



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

Ansiedade, qualidade do relacionamento conjugal e
vinculação materna ao feto - estudo com
grávidas primíparas e múltiparas

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Cláudia Sofia Pereira Magalhães



FACULDADE DE FILOSOFIA
ABRIL 2013



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

**Ansiedade, qualidade do relacionamento conjugal e
vinculação materna ao feto – estudo com
grávidas primíparas e múltiparas**

**Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.****

Cláudia Sofia Pereira Magalhães

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Costa
Co-Orientação da Dr.^a **Ana Margarida
Trovisqueira****



**FACULDADE DE FILOSOFIA
ABRIL 2013**

Agradecimentos

A presente dissertação de Mestrado não teria sido possível sem a ajuda e colaboração de algumas pessoas, às quais gostaria de agradecer.

Agradeço ajuda e colaboração imprescindível da professora e amiga Ana Margarida Trovisqueira, orientadora desta tese. Graças à ajuda prestada e à partilha de novos conhecimentos foi possível tornar esta dissertação um projeto viável, inventivo e recompensador. Um muito obrigado pela pertinência dos seus comentários, críticas e sugestões e pela excelente orientação que originaram um enriquecimento profissional e pessoal.

Um agradecimento especial à Dr.^a. Zita Moreira pela confiança depositada em mim e nas minhas capacidades profissionais, pela sua dedicação, apoio, incentivo e disponibilidade prestada na realização desta investigação.

Agradeço também ao ACES Alto Ave (Centro de Saúde de Fafe, Cabeceiras de Basto e Mondim de Basto) pela disponibilidade apresentada para a realização deste trabalho.

Agradeço a todas as enfermeiras que colaboraram comigo na investigação, em particular à Enfermeira Fátima Leite, Patrícia Capela e Cláudia Boticas, pela ajuda que me deram na entrega e na recolha dos questionários.

Um agradecimento especial à Marina pela partilha, carinho, amizade e pela paciência das nossas longas conversas ao longo deste trajeto.

Agradeço à Dr.^a. Ana Paula Camarneiro e Dr.^a. Bárbara Figueiredo por concederem a possibilidade de utilizar neste estudo, a escala de Vinculação Pré-Natal Materna e a escala da Qualidade do Relacionamento Conjugal.

A todas as grávidas que aceitaram colaborar, o meu muito obrigado, pois sem a sua participação nada teria sido possível.

Agradeço à minha família, em particular aos meus pais, irmão, cunhada e sobrinha, que foram incansáveis pelo apoio, incentivo, compreensão e tolerância que tiveram comigo ao longo deste trabalho.

Agradeço ao meu namorado por estar sempre presente, por toda a dedicação, apoio, carinho e pelo seu constante amor demonstrado em todos os momentos.

Aos meus amigos, pelo apoio e incentivo prestado em todos os momentos.

A todas as pessoas referenciadas e a todas as outras que me possam ter esquecido, o meu muito obrigada.

Resumo

A gravidez é um período caracterizado por várias mudanças na vida da mulher. É nesta fase repleta de sentimentos ambivalentes, que se dá início à formação do vínculo mãe-bebé. Esta vinculação pré-natal materna relaciona-se com diferentes variáveis psicossociais como a ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal que influenciam o bem-estar da grávida e do bebé. O objetivo central desta investigação foi comparar uma amostra de mulheres grávidas primíparas com um grupo de mulheres múltiparas em relação à vinculação pré-natal materna ao feto, à ansiedade na gravidez e à qualidade do relacionamento conjugal. A investigação foi de natureza observacional, descritivo-transversal. A amostra foi constituída por 62 utentes do ACES Alto Ave. Foram administrados o Antenatal Emotional Attachment Scale, o State- Trait Anxiety Inventory (STAI) e Relationship Questionnaire (RQ). Os resultados mostraram que a qualidade do relacionamento conjugal positivo difere entre as grávidas múltiparas e primíparas, evidenciando as últimas mais aspetos positivos na relação conjugal. Constatou-se também que ao nível da subescala ansiedade traço, as grávidas múltiparas apresentam maior sintomatologia ansiosa do que as grávidas primíparas. Ao nível da vinculação pré-natal e ansiedade estado não se verificaram diferenças entre as grávidas primíparas e múltiparas. Os resultados desta investigação no âmbito da Psicologia da Parentalidade sublinham a necessidade de um maior investimento na prevenção e intervenção durante o período da gravidez com a finalidade de promover uma melhor parentalidade.

Palavras-chave: ansiedade; relacionamento conjugal; vinculação pré-natal; paridade.

Abstract

Pregnancy is a period characterized by several changes in women's lives. It is at this stage, full of ambivalent feelings, where the formation of the bond between mother and baby is initiated. This prenatal maternal linking relates to different psychosocial variables such as anxiety and marital relationship quality, affecting the welfare of pregnant woman and baby. The main goal of this research was to compare a sample of pregnant gilts, with a group of multiparous women, in terms of prenatal maternal attachment to fetus during pregnancy, and anxiety and quality of the marital relationship. The research was observational, descriptive and transversal. The sample consisted of 62 users of *ACES Alto Ave* (Regional Health Care Center Cluster of Alto Ave), who were administered the Antenatal Emotional Attachment Scale, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Relationship Questionnaire (RQ). The results showed that the quality of the marital relationship differs between positive pregnant multiparous and primiparous, and the latest have shown most positive aspects in the marital relationship. It was also found that as far as the level of trait anxiety subscale is concerned, multiparous pregnant women have higher anxiety symptoms than pregnant gilts. In terms of prenatal linking and anxiety state, there were no differences registered between primiparous and multiparous pregnant women. The results of this research in the psychology of parenting, stress the need for greater investment in prevention and intervention during pregnancy, in order to promote better parenting.

Keywords: anxiety, marital relationship, prenatal attachment, parity.

Índice

Introdução	1
Parte I- Enquadramento Teórico	3
1. Vinculação mãe-bebé	4
1.1. Vinculação: abordagens teóricas	5
2. Vinculação materna pré-natal.....	8
2.1. Gravidez e vinculação pré-natal	11
2.2. Padrões de vinculação pré-natal	12
2.3. Variáveis associadas à vinculação materna pré-natal.....	14
2.3.1. Ansiedade e vinculação pré-natal	17
2.3.2. Qualidade do relacionamento conjugal e vinculação pré-natal	18
2.4. Investigação no âmbito da vinculação materna pré-natal.....	20
Parte II- Estudo Empírico	25
1. Metodologia.....	26
1.1. Objetivos e desenho de estudo	26
1.2. Variáveis em estudo	27
1.3. Procedimentos de recolha de dados.....	27
1.4. Amostra	28
1.4.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra Total	28
1.4.2. Caracterização Clínica da Amostra Total	30
1.4.3. Dados relativos à gravidez/parentalidade na amostra total.....	31
1.4.4. Caracterização Sociodemográfica e clínica das gestantes primíparas e múltíparas	34
1.4.5. Dados relativos à gravidez e parentalidade das grávidas: primíparas e múltíparas.	38
1.5. Material e Instrumentos de Avaliação	43
1.5.1. Questionário de dados sociodemográficos, dados clínicos e de conhecimentos acerca da gravidez.....	43
1.5.2. Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS Condon, 1993; versão portuguesa Camarneiro & Justo, 2007).....	44
1.5.2.1. Características psicométricas da AEAS na amostra em estudo.....	45
1.5.3. State- Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; versão portuguesa Silva, 2003).....	47
1.5.3.1. Características Psicométricas do STAI na amostra em estudo.....	48

1.5.4. Relationship Questionnaire (RQ- Figueiredo, Diego, Hernandez-Rief, Deeds & Ascencio, 2008)	50
1.5.4.1. Características psicométricas do RQ na amostra em estudo.....	50
1.6. Procedimentos de análise de dados	52
2. Apresentação dos resultados	54
2.1. Resultados descritivos	54
2.1.1. Vinculação materna pré-natal	54
2.1.2. Ansiedade	54
2.1.3. Qualidade do relacionamento conjugal	55
2.1.4. Conhecimentos acerca da gravidez.....	55
2.2. Comparação de grupos: grávidas primíparas e múltiparas.....	64
2.2.1. Vinculação materna pré-natal	64
2.2.2. Ansiedade	65
2.2.3. Qualidade do Relacionamento Conjugal	66
2.3. Associação entre as variáveis	67
2.3.1. Relação entre ansiedade, qualidade de relacionamento conjugal e vinculação materna na amostra total	67
2.3.2. Associação entre vinculação materna, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal no grupo de grávidas primíparas e no grupo das gestantes múltiparas.....	69
2.4. Variação dos resultados de acordo com as variáveis sociodemográficas.....	71
2.5. Variação dos resultados de acordo com as variáveis clínicas	82
3. Discussão dos resultados	88
3.1. Resultados descritivos	88
3.2. Estudo de comparação de grupos	90
3.3. Associação das subescalas.....	92
3.4. Variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas e clínicas	92
3.4.1. <i>Idade</i>	93
3.4.2. <i>Tempo de relacionamento conjugal</i>	94
3.4.3. <i>Área de residência</i>	95
3.4.4. <i>Habilitações literárias</i>	95
3.4.5. <i>Profissão</i>	96
3.4.6. <i>Tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez</i>	98
3.4.7. <i>Preocupação com a gravidez/bebé</i>	98

4. Conclusão, limitações do estudo e implicações futuras.....	100
Referências Bibliográficas	104
Anexos	115
Anexo 1	116
Parecer da ARS Norte	116
Anexo 2	117
Consentimento Informado	117
Anexo 3	119
Folha de rosto dos instrumentos de avaliação	119

Índice de Figuras

Figura 1: Padrões de vinculação pré-natal.....	13
--	----

Índice de Quadros

Quadro 1: Caracterização Sociodemográfica da Amostra Total (N=62)	29
Quadro 2: Caracterização Sociodemográfica da Amostra Total (N=62) (continuação).....	30
Quadro 3: Caracterização Clínica da amostra total (N=62)	31
Quadro 4: Dados relativos à gravidez/ parentalidade na amostra total (N=62).....	33
Quadro 5: Dados relativos à gravidez/ parentalidade na amostra total (N=62) (continuação).....	34
Quadro 6: Caracterização Sociodemográfica e Clínica das grávidas: primíparas e múltíparas (N=62)..	37
Quadro 7: Caracterização Sociodemográfica e Clínica das grávidas: primíparas e múltíparas (N=62) (continuação).....	38
Quadro 8: Caraterização dos dados relativos à gravidez/ parentalidade das grávidas primíparas e múltíparas (N=62)	41
Quadro 9: Caracterização dos dados relativos à gravidez/ parentalidade das grávidas primíparas e múltíparas (N=62) (continuação)	42
Quadro 10: Resultados da análise de consistência interna da subescala qualidade de vinculação (N=62)	45
Quadro 11: Resultados da análise de consistência interna da subescala qualidade de vinculação (N=62) (continuação).....	46
Quadro 12: Resultados da análise de consistência interna da subescala Intensidade de Preocupação (N=62)	46
Quadro 13: Resultados da análise de consistência interna da subescala ansiedade estado (N=62).....	48
Quadro 14: Resultados da análise de consistência interna da subescala ansiedade traço (N=62).....	49
Quadro 15: Resultados da consistência interna do relacionamento conjugal positivo na amostra em estudo (N=62).....	51
Quadro 16: Resultados da análise de consistência interna do relacionamento conjugal negativo da amostra total (N=62)	51
Quadro 17: Resultados da análise de consistência interna do relacionamento conjugal total da amostra total (N=62)	52
Quadro 18: Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo para a amostra total na vinculação pré-natal materna, subescala qualidade de vinculação e intensidade de preocupação (N=62).....	54
Quadro 19: Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo para a amostra total da ansiedade total, subescalas ansiedade estado e ansiedade traço (N=62).....	54
Quadro 20: Média, desvios-padrão, mínimo e máximo para a amostra total da qualidade do relacionamento conjugal, subescalas relacionamento conjugal positivo e negativo (N=62)	55
Quadro 21: Frequências e percentagens das respostas verdadeiras, falsas e desconhecimento sobre a gravidez (N=62)	57
Quadro 22: Frequências e percentagens das respostas verdadeiras, falsas e desconhecimento sobre a gravidez (N=62) (continuação)	58
Quadro 23: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez nas grávidas múltíparas (n=30).....	60
Quadro 24: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez nas grávidas múltíparas (n=30) (continuação).....	61

Quadro 25: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez nas grávidas primíparas (n=32)	63
Quadro 26: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez nas grávidas primíparas (n=32) (continuação)	64
Quadro 27: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> na comparação de grupos em função da paridade, para o total da qualidade de vinculação (N=62).....	65
Quadro 28: Resultados do <i>Anova one-way</i> na comparação de grupos em função da paridade, para o total da intensidade de preocupação na amostra em estudo (N=62).....	65
Quadro 29: Resultados da análise de multivariada para as subescalas ansiedade estado e ansiedade traço nos subgrupos de grávidas (N=62).....	66
Quadro 30: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> na comparação de grupos em função da paridade, para a qualidade de relacionamento conjugal positivo e negativo (N=62).....	67
Quadro 31: Coeficientes de correlação de <i>Spearman's Rho</i> entre as subescalas da vinculação pré-natal materna, qualidade do relacionamento conjugal e ansiedade (N=62).....	68
Quadro 32: Coeficientes de correlação de <i>Spearman's Rho</i> entre as subescalas da vinculação pré-natal, relacionamento conjugal e ansiedade no grupo de grávidas primíparas (n=32).....	69
Quadro 33: Coeficientes de correlação de <i>Spearman's Rho</i> entre as subescalas vinculação pré-natal, relacionamento conjugal e ansiedade no grupo de grávidas múltíparas (n=30).....	70
Quadro 34: Resultados do teste <i>U Mann- Whitney</i> na subescala qualidade de vinculação, em função da idade (N=62)	71
Quadro 35: Resultados da análise <i>Anova One-Way</i> para a subescala intensidade de preocupação em função da idade (N=62).....	72
Quadro 36: Resultados da análise de variância multivariada das subescalas ansiedade estado e ansiedade traço na amostra total (N=62).....	72
Quadro 37: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> nas subescalas qualidade de relacionamento conjugal positivo e negativo em função da idade na amostra total (N=62)	73
Quadro 38: Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> na comparação de grupos em função do tempo de relacionamento conjugal, para a subescala qualidade de vinculação na amostra total (N=62).....	74
Quadro 39: Resultados da análise univariada na comparação de grupos em função do tempo de relacionamento conjugal para a subescala intensidade de preocupação na amostra total (N=62)	74
Quadro 40: Resultados do teste <i>Kruskal Wallis</i> na comparação de grupos em função o tempo de relacionamento conjugal na subescala ansiedade estado e ansiedade traço na amostra total (N=62)...	75
Quadro 41: Resultados do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> na comparação de grupos em função do tempo de relacionamento, para as subescalas do relacionamento conjugal (N=62)	75
Quadro 42: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> na comparação de grupos em função da área de residência na subescala intensidade de preocupação na Amostra total (N=62)	76
Quadro 43: Resultados da análise da variância em função da área de residência na subescala intensidade de preocupação na amostra total (N=62).....	76
Quadro 44: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> na comparação de grupos em função da área de residência nas subescalas qualidade de relacionamento conjugal positivo e negativo na amostra total (N=62).....	77
Quadro 45: Resultados da análise de variância multivariada em função da área de residência nas subescalas do STAI na amostra total (N=62).....	77
Quadro 46: Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> em função das habilitações literárias na qualidade de vinculação na amostra total (N=62)	78
Quadro 47: Resultados da análise de variância <i>Anova One-Way</i> em função da escolaridade das gestantes na subescala intensidade de preocupação (N=62)	78

Quadro 48: Resultados da <i>Manova</i> na comparação do grupos de grávidas em função da escolaridade nas subescalas ansiedade estado e ansiedade traço (N=62).....	79
Quadro 49: Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> na comparação dos grupos de grávidas em função das habilitações literárias nas subescalas de relacionamento conjugal (N=62).....	79
Quadro 50: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> na subescala da qualidade de vinculação em função do nível profissional na amostra total (N=62).....	80
Quadro 51: Resultados da análise de variância na subescala intensidade de preocupação em função do nível profissional na amostra total (N=62).....	81
Quadro 52: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> nas subescalas da ansiedade na amostra total em função do nível profissional das gestantes (N=62).....	81
Quadro 53: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> nas subescalas do relacionamento conjugal em função do nível profissional na amostra total (N=62).....	81
Quadro 54: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> na subescala qualidade de vinculação em função do tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez (N=62)	82
Quadro 55: Resultados da análise de variância na subescala intensidade de preocupação em função do tempo de gestação na amostra total (N=62)	83
Quadro 56: Resultados da análise de variância multivariada das subescalas de ansiedade em função do tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez na amostra total (N=62).....	83
Quadro 57: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> nas subescalas de relacionamento conjugal em função do tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez, na amostra total (N=62).....	84
Quadro 58: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> na subescala qualidade de vinculação em função da preocupação da gravidez/bebé na amostra total (N=62).....	84
Quadro 59: Resultados da análise de variância em função da preocupação com a gravidez/bebé na subescala intensidade de preocupação (N=62).....	85
Quadro 60: Resultados da análise de variância multivariada em função da preocupação com a gravidez/bebé nas subescalas de ansiedade na amostra total (N=62).....	85
Quadro 61: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> nas subescalas de relacionamento conjugal em função da preocupação da gravidez/bebé, na amostra total (N=62).....	85

Introdução

O conceito de vinculação pré-natal surgiu com a importância atribuída ao investimento afetivo da mãe pelo bebé durante a gravidez, o qual determina as relações futuras entre a mãe e o bebé (Camarneiro, 2011). Segundo Gomez e Leal (2007) a vinculação na gravidez define-se como uma ligação emocional entre a mãe e o feto, aumentado progressivamente ao longo da gestação, mais concretamente após a perceção dos primeiros movimentos fetais.

São vários os fatores que já desde o período da gravidez influenciam o vínculo mãe-bebé. Klaus, Kennell e Klaus (2000) demonstram que a qualidade do vínculo mãe-bebé é determinada pelo planeamento da gravidez, perceção dos primeiros movimentos fetais, perceção do feto como uma pessoa individual, experiência do trabalho do parto, nascimento, visualização do bebé, toque, prestação dos cuidados ao bebé e aceitação do bebé como uma pessoa única. Para além de todos estes fatores, também os fatores psicossociais, sociodemográficos e clínicos que estão presentes ao longo da gravidez influenciam a vinculação materna (Bouchard, Boudreau & Hébert, 2006). De facto, os fatores psicológicos (e.g. ansiedade, depressão) interferem na vinculação pré-natal. Vários estudos têm demonstrado que os estados psicológicos negativos da mãe afetam a ligação entre a mãe e o bebé (Camarneiro, 2011). De referir também, que o período da gravidez implica mudanças ao nível da qualidade do relacionamento conjugal o que também pode interferir com a relação mãe-bebé. Vários autores consideram a transição para a parentalidade, um momento de crise para o casal, estando na maioria das vezes associadas a mudanças negativas na qualidade do relacionamento conjugal e também a níveis elevados de sintomatologia psicopatológica no casal durante a gravidez (Figueiredo, 2005). Também a paridade influencia a sintomatologia ansiosa e esta, por sua vez, pode afetar a vinculação ao feto. As gestantes apresentam níveis mais elevados de ansiedade nos 1º e 2º trimestres de gravidez (Cardoso, 2010), sendo a promoção da ligação mãe-bebé no período da gravidez uma das estratégias apontadas na literatura para diminuir a ansiedade da grávida,

O presente estudo tem como objetivo central comparar uma amostra de mulheres grávidas primíparas com um grupo de gestantes múltiparas em relação à vinculação pré-natal materna ao feto, à ansiedade na gravidez e à qualidade do relacionamento conjugal. Esta dissertação de mestrado está organizada em duas partes, conceptualização teórica e o estudo empírico. A componente teórica aborda a vinculação mãe-bebé, focando particularmente a vinculação pré-

natal materna e as variáveis que a influenciam ao longo da gestação, nomeadamente o estado emocional da mãe, os fatores sociodemográficos, os fatores biológicos e clínicos, os fatores situacionais, o suporte social recebido e a qualidade do relacionamento conjugal. A componente prática apresenta o estudo empírico, descrevendo os aspetos metodológicos do estudo, os resultados encontrados, a discussão dos mesmos, as limitações do estudo e as propostas para estudos futuros.

Parte I- Enquadramento Teórico

Esta primeira parte da dissertação de mestrado tem como finalidade desenvolver as temáticas centrais da investigação, com o objetivo de enquadrar teoricamente o estudo. A revisão teórica efetuada centra-se na vinculação pré-natal mãe-bebé e nas variáveis associadas, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal.

1. Vinculação mãe-bebé

A vinculação mãe-bebé foi contextualizada na Teoria de Vinculação de John Bowlby (1969/1984), na segunda metade do século XX (Veríssimo, Monteiro, Vaughn, Santos & Watters, 2005).

Esta temática tem sido alvo de várias pesquisas, tendo sido analisadas diversas teorias que reconhecem o vínculo mãe-bebé como um fator preponderante no desenvolvimento emocional, cognitivo e social do bebé ao longo de todo o seu ciclo de vida (Maldonado, 2002). Ao nível do desenvolvimento global, a relação afetiva que a mãe estabelece com o bebé tem sido merecedora de um grande destaque em vários estudos que consagram o estudo da díade. Contudo, estes estudos têm demonstrado que a formação do vínculo mãe-bebé durante a gravidez é importante para a infância e também para as fases posteriores. De tal modo que o carácter emocional da mãe serve como guia para o bebé, conferindo-lhe assim qualidade de vida à sua experiência de ser mãe e também à sua vida psíquica (Maldonado, 2002).

Com a chegada de um bebé dá-se início a um relacionamento entre a mãe e o bebé. A mãe desempenha as suas funções maternas com o bebé, de modo a que este vínculo promova a saúde mental de ambos (Lebovici, 2004; cit. in Solis-Ponton, 2004). Segundo Figueiredo (2005), a mãe, após o nascimento do filho estabelece o primeiro contato com o bebé através da amamentação, concretamente na qualidade dos cuidados que presta à criança, sendo fundamental para uma boa ligação afetiva entre ambos. Os primeiros dias e semanas após o nascimento compõem um período essencial para o estabelecimento de uma ligação afetiva saudável entre a mãe e o bebé (Vasconcelos, Paiva & Galvão, 2006). Os primeiros dias e horas de vida criam um período denominado por reconhecimento, pois os dois membros da díade conhecem-se um ao outro (Wilheim, 2003). Assim, a mãe e o bebé sustentam um padrão comportamental com uma interação constante, quer isto dizer cada comportamento de um membro constituem um estímulo para o comportamento do outro (Odent, 2000).

Segundo Dias e Sá (2003), o vínculo mãe-bebé propaga a existência de relações materno-fetais afetuosas que podem ser positivas ou negativas. As relações positivas assinalam-se como uma relação sólida, segura que resguarda os estados emocionais da mãe, promovendo que a criança seja confiante e extrovertida. Contrariamente, os autores apontam que as relações negativas aparecem como efeitos de abandono da mãe ao bebé, o que gera mal-estar ao bebé, originando por vezes dificuldades emocionais que poderão dar origem a uma criança indecisa, ambivalente e tímida.

1.1. Vinculação: abordagens teóricas

Durante a infância, as relações de vinculação apresentam-se como uma tarefa fundamental do desenvolvimento sócio emocional. Segundo Bowlby (1988), a vinculação permite aos sujeitos a regulação dos comportamentos de modo a obter ou manter a proximidade e o contacto com a figura de vinculação funcionando em função das características do ambiente, como base segura para a sua exploração e descoberta ou como refúgio de segurança e conforto quando se sente em perigo (Holmes, 1993). Também Bowlby (1990; cit. in Sá, 2001) menciona que o ser humano nasce com uma predisposição para estabelecer laços emocionais com indivíduos significativos que permanecem ao longo do ciclo de vida. A ligação da criança à mãe estabelece-se como um princípio de controlo comportamental que condiciona os comportamentos de proximidade e exploração do meio, tendo como principal finalidade não só conservar a proximidade entre a mãe e a criança, mas também a proteção da criança de perigos ocasionais. Bowlby (1977; cit. in Soares, 1996) refere que a ligação mãe-bebé se cria através de um sistema de interação em que estão presentes duas funções diferentes: procura por parte do bebé dos cuidados que lhe asseguram a satisfação das necessidades; e a disponibilidade do adulto em prestar esses cuidados. De referir, que estas relações se alteram ao longo da vida, assim como a figura que consideramos imprescindível para a nossa sobrevivência na infância, normalmente nesta fase é a mãe, na adolescência os pares e na idade adulta a vinculação do casal. Aliás, Bowlby (1969) analisa as distintas figuras de vinculação não tendo os mesmos significados e os mesmos valores para a criança.

Segundo Weiss (1991; cit. in Canavarro, 1999), as características da vinculação são a procura da proximidade (a criança procura manter-se próxima dos pais, atenuando a distância em situações estranhas ou ameaçadoras); asseveração na altura de separação (a criança procura as figuras de vinculação quando se sente ansiosa perante a ameaça); especificidade da figura de vinculação (a criança estabelece outras relações de vinculação a partir da relação com a figura de vinculação); impossibilidade de controlo consciente (os sentimentos que a criança sente com a figura de vinculação mantêm-se mesmo na sua ausência, permanecendo os protestos por algum tempo); persistência (o grau da vinculação mantêm-se inalterável ao longo do tempo); a separação constante da figura de vinculação provoca um trabalho de luto acompanhado de ansiedade e tristeza; independência de outros atributos da relação (a vinculação prossegue mesmo quando a figura de vinculação é descuidada, surgindo nestas alturas um aborrecimento e uma raiva, no entanto a segurança persiste).

Desta forma, torna-se pertinente distinguir a diferença entre ligação afetiva e vinculação, uma vez que não são dois conceitos análogos. Canavarro (1999) menciona que a vinculação é um tipo exclusivo de ligação afetiva. Já Ainsworth (1994) define as ligações afetivas como uma existência individual em que estabelecem relações com os outros, tendo como características o desejo de manter proximidade com a figura significativa, percepção de agrupamento aprazível, separações que possam causar stress e a perda ser vista como dolente para o indivíduo.

Bowlby (1982; cit. in Soares, 2001) menciona que os bebés têm mais de que uma figura de vinculação. Neste mesmo sentido, o autor considera que a relação de vinculação está focalizada para a regulação de segurança, uma vez que há uma figura que procura proteção e há uma figura de vinculação, sendo considerada a mais forte e mais capaz de enfrentar o mundo, pois oferece segurança e conforto. No entanto, Bowlby (1944; cit. in Bretherton, 1992) menciona que os pais não funcionam apenas como protetores de perigo físico, mas como bases seguras para a exploração do mundo interior da criança. Salienta-se assim, que o indivíduo ao longo do seu percurso de vida funda relações com diferentes figuras significativas, que laboram como fator de risco ou de proteção, simultaneamente, agenciam emoções de abonação, autoconfiança e conforto integral ou qualidades antagónicas causadoras de ansiedade e emoções de insuficiência (Canavarro, 1999). Assim, a infância é uma das fases mais importantes para o desenvolvimento na totalidade do ser humano.

A Teoria da Vinculação teve origem nos anos trinta, com os trabalhos de Bowlby e Ainsworth. Esta teoria tem como base os constructos retirados da cibernética, etologia, processamento de informação, da psicologia do desenvolvimento e da psicanálise (Ribeiro & Sousa, 2002). Segundo estes autores esta teoria fundamenta-se especialmente no modelo de desenvolvimento emocional que demanda a ligação da mãe ao bebé. Baseia-se também no modelo de relações futuras do indivíduo, solicitando perspectivas acerca do próprio e dos outros, o que determina a competência social e o desenvolvimento emocional ao longo da vida.

Bowlby teve um grande papel na compreensão da origem e no desenvolvimento de padrões de relacionamento que se estabelecem ao longo do percurso do nosso desenvolvimento, dando especial atenção à primeira relação que a criança institui com as figuras de vinculação (Feeney & Noller, 1996). O autor também colaborou no desenvolvimento da interação familiar e o fenómeno intergeracional (Bowlby, 1961). Estas interações precoces entre os pais e as crianças criavam o desenvolvimento emocional e comportamental da futura criança, e das

relações que este estabelecia com o meio exterior, referindo assim que as relações bem estabelecidas entre os pais e os filhos eram consideradas como acionadores de uma nova saúde a nível mental de uma próxima prole (Bowlby, 1988). Esta teoria fornece uma grande conceção de ascendência e incremento dos padrões de relacionamento que os indivíduos estabelecem ao longo do seu desenvolvimento, especialmente a relação que a criança institui com a principal figura de vinculação durante a puerícia (Feeney & Noller, 1996).

Também é importante ressaltar que Ainsworth teve um grande papel na conceção desta teoria. Para tal, a autora elaborou um procedimento de analisar a vinculação em laboratório, designado por *Situação Estranha*. *A situação estranha* é uma técnica clássica idealizada para analisar os padrões de vinculação entre um bebé e um adulto (Canavarro, 1999). Existem três padrões, padrão *inseguro-evitante*, *seguro* e o *inseguro-ansioso* (Canavarro, 1999). O padrão *inseguro-evitante* significa que a criança separa-se da mãe para explorar o ambiente, e estabelece relação com figuras estranhas. O padrão *seguro* significa que a criança tem como base de proteção a mãe para exploração do ambiente, para brincar afasta-se da mãe e estabelece relações com outras pessoas sem a presença da mãe. Contrariamente o padrão *inseguro-ansioso* necessita sempre da presença da mãe para estabelecer interações com os outros (Ainsworth e colaboradores, 1978; cit. in Canavarro, 1999). Posto isto, os padrões de vinculação criados pelo processo experimental são a melhor forma de analisar a relação mãe-bebé em situações causadoras de stress (Canavarro, 1999). De facto, diversos estudos têm-se debruçado sobre esta questão, e têm comprovado que a qualidade da vinculação (segura versus insegura) intervém no comportamento e no bem-estar dos indivíduos, em diferentes momentos e em diferentes contextos de desenvolvimento (Muderrisoglu, 1999).

De acordo, com Muderrisoglu (1999), na idade adulta os indivíduos que apresentam um tipo de vinculação segura, comparados com os sujeitos inseguros, demonstram índices de stress mais baixos, pois utilizam estratégias defensivas mais adequadas e são menos impulsivos, mostrando assim reações emocionais menos intensas. Os adultos com um estilo de vinculação segura originam um maior número de comportamentos de exploração e também apresentam na generalidade representações de si e dos outros, mais complexas, existindo assim uma associação negativa entre a vinculação segura e diversos sinais de mal-estar psicológico, como é o caso da depressão (Green & Campbell, 2000).

Assim, a vinculação é o centro do ajustamento sucessivo da criança ao ambiente. Daí a vinculação ser considerada uma tarefa normativa da infância. Desta maneira, os laços vinculativos não terminam na adolescência ou na idade adulta, apesar de terem um menor

significado em relação ao passado, sendo os pais, possivelmente, trocados pelos cúmplices românticos (Woods & Mitchell, 1996). Como refere Almeida (1997; cit. in Soares, 2007), a vinculação atualmente é um conceito psicologicamente científico, tendo uma grande capacidade de explicar o desenvolvimento do comportamento do indivíduo e a formação do “eu”.

Bowlby explica a vinculação após o nascimento da criança. No entanto, surgiram outros trabalhos que dão ênfase à vinculação nos momentos anteriores ao nascimento da criança, como será desenvolvido no próximo ponto.

2. Vinculação materna pré-natal

A ligação que a mãe institui com o bebê inicia-se durante a gravidez. Atualmente vários investigadores defendem que esta ligação se estabelece com o início da gravidez e prolonga-se com o decorrer da gravidez (Gomez & Leal, 2007). Assim, o processo de vinculação pré-natal é do encargo dos pais e da competência que estes têm em se relacionar com o bebê que ainda não nasceu. De acordo com Condon (1993), o conceito de vinculação pré-natal está presente na qualidade das relações afetivas, como na separação, carinho/impaciência, agonia na perda de ideias. Também está presente na intensidade da preocupação, no que diz respeito, o tempo despendido a falar com o feto, a sonhar e acariciar. Assim o conceito de vinculação pré-natal apresenta-se como um conceito tanto teórico como clínico, representando assim uma maneira de expressar intimidade, submergindo um objeto caracterizado por uma combinação de fantasia e realidade.

Muller (1993) explicou a vinculação pré-natal como sendo uma relação afetiva única que se estabelece entre a mãe e o feto, durante nove meses de gestação. Assim este autor criou um modelo explicativo da vinculação pré-natal. Segundo este autor, as experiências iniciais da vinculação levam ao acréscimo das representações internas que influenciam às outras vinculações. Salienta-se assim que este modelo menciona que as relações entre as representações internas de vinculação, a vinculação conjugal e adaptação á gravidez definem a vinculação ao feto. No entanto, um dos grandes debates que a vinculação pré-natal foi alvo foi a distinção entre *bonding* e *attachement*. O *bonding* diz respeito a uma ligação biológica, genética e emocional entre a mãe e o bebê durante a gravidez e o nascimento. Contrariamente o termo *attachement* diz respeito às interações entre os cuidadores e a criança durante os primeiros anos de vida (James, 1991).

A vinculação pré-natal traduz a representação cognitiva que a mãe tem do feto, denotando-se nos comportamentos de cuidado e de união ao bebê (Salisbury, Law, Labasse & Lester, 2003). Para, além disso, a representação cognitiva do feto constitui um conceito multifatorial, em que todas as dimensões da vinculação pré-natal estão presentes e se relacionam (Camarneiro, 2011).

A teoria de Salisbury, Law, Labasse e Lester (2003), refere que a vinculação materna ao feto baseia-se numa representação cognitiva do feto, contendo a imaginação de panoramas entre a mãe e a criança, como imputação de qualidades físicas e psicológicas ao feto. Segundo, os autores contemplam a preocupação com o feto, no que diz respeito à alimentação benéfica, carência de substâncias nocivas, cuidados de saúde e cuidados para a recuperação ao bebê. Assim, ao longo deste período a mãe deve criar um espaço mental para acolher o recém-nascido, o que permitirá estabelecer um melhor envolvimento com este, após o nascimento. Este envolvimento cresce ao longo da gravidez e possibilita uma melhor interação, aumentando assim a sensibilidade materna, garantindo um melhor e mais rápido reconhecimento das necessidades do filho após o nascimento (Figueiredo, 2003). No que concerne ao bebê, a experiência de interação que este vivencia quando está no útero da mãe, constitui uma base de vinculação muito importante, uma vez que o ambiente intrauterino é permeável a influências externas e submetidas a diversas variações e mudanças (Sá, 2003). De facto, é dentro do útero que o bebê desenvolve o seu sistema sensorial, uma vez que recebem informações através de todos os sentidos e as suas percepções permitem uma melhor adaptação da criança ao mundo e às pessoas mais próximas (Brazelton & Cramer, 1992). De acordo, com Colman e Colman (1994) existem vários comportamentos vinculativos da mãe, especialmente quando a mãe fala com o feto, ao atribuir-lhe um nome, mexendo na barriga e quando pede ao parceiro que observe essa mesma ação e ainda encorajá-lo a realizar a mesma.

Na generalidade, antes do nascimento, as mães desenham um retrato mental do seu bebê, onde imaginam a cor dos cabelos, o sexo, a forma do rosto e a cor dos olhos (Soulé, 1987). No entanto, na maioria das vezes o bebê que a mãe mentalmente imagina não corresponde à realidade. Assim, a literatura indica que quando o pai está presente durante a gravidez e tem uma relação agradável com a companheira, a grávida é capaz de enfatizar o seu bebê real de todos os bebês que imaginou, fazendo uma união com a vida e a relação, uma vez que é o pai que ajuda a mãe a assegurar o desenvolvimento do bebê prestando-lhe segurança, cuidado e nutrição para que estes tenham um desenvolvimento saudável. Contrariamente, quando o pai se encontra ausente, a mãe e o bebê apresentam repercussões negativas, sendo um fator de

risco para a ocorrência de parto prematuro, constituindo um facto que influencia o desenvolvimento cognitivo, emocional, social do bebé e também na interação que estabelece com a mãe (Botero, 2004). Assim, sem o apoio do pai as funções maternas estão possivelmente afetadas, acarretando um empobrecimento das tarefas que promovem o vínculo mãe-bebé (Stern, 1997).

De acordo com Spitz (2000) as emoções que a mãe tem em relação ao seu filho são muito importantes. Este autor refere que na maternidade todas as mulheres se tornam afetuosas, amorosas e dedicadas. A ternura e o carinho pelo filho torna um elemento de contínuo interesse para a mãe, além de proporcionar uma gama sempre restaurada e modificada, conglomerada de um mundo de experiências essenciais. O autor ainda refere que o carácter emocional da mãe serve para orientar o afeto do bebé e confiar uma boa qualidade de vida ao mesmo.

De facto, a vinculação pré-natal materna não deve ser confundida com o investimento da mulher na gravidez. A vinculação pré-natal é um processo funcional que provoca a realização de tarefas, contrariamente o período da gravidez corresponde à duração das relações de vinculação entre a mãe e o filho, tornando-se esse laço afetivo essencial e vinculado no pós-parto (Camarneiro, 2011). Assim, a ligação mãe-bebé desempenha um papel preponderante no envolvimento emocional da mulher com o bebé após o nascimento, no entanto os fatores psicossociais influenciam em grande parte este envolvimento. As grávidas desempregadas, solteiras, que já tiveram problemas obstétricos e que permaneceram deprimidas durante a gravidez apresentam um pior envolvimento com o bebé (Figueiredo & Costa, 2009) e consequentemente uma pior vinculação (George & Solomon, 1999). Ainda que durante a gravidez as mães apresentem a capacidade necessária para a interação adequada com o bebé após o nascimento, criam um mundo interno que promove o seu envolvimento (Stern, 1995). Deste modo vários autores (Fleming, Rubble, Krieger & Wong, 1997) referem o primeiro contacto com um bem essencial.

Vários estudos recentes têm verificado que a vinculação pré-natal constitui um indicador de competência da mãe para cuidar do bebé e está relacionado com a sua sensibilidade para a futura interação com o bebé. Isto é uma baixa vinculação pré-natal está relacionada com problemas em lidar consigo própria e, por conseguinte com o bebé, o que pode provocar uma gravidez de risco ou complicações no parto (Vedova, Dabrassi & Imbasciati, 2008). Por isso, a vinculação é um indicador muito importante para a saúde e bem-estar da grávida, dado que a confiança na figura de vinculação suaviza o medo e a ansiedade. Esta confiança básica

aumenta durante a infância e compõe perspectivas positivas que seguem a pessoa ao longo da sua vida, influenciando as relações que funda (Bowlby, 1988).

2.1. Gravidez e vinculação pré-natal

O conceito de vinculação, tal como é explicado através da teoria de vinculação tem sido alvo de vários estudos, que referem que a vinculação começa durante a gravidez. Tal como o conceito de vinculação também o conceito de vinculação pré-natal foi construído de uma forma minuciosa, sofrendo várias transformações desde as primeiras definições.

A ligação dos pais ao bebé constrói-se durante toda a gestação, particularmente nos momentos em que aumenta a consciência da presença do bebé no ventre da mãe, ou seja, quando se descobre que a mulher está grávida, quando se ouve o batimento cardíaco, quando vêm a primeira ecografia e quando são percebidos os primeiros movimentos do bebé. Assim, o processo de vinculação pré-natal é da responsabilidade dos pais e da capacidade de estabelecerem relações com o bebé (Sá, 2001). Segundo Brazelton e Cramer (1992) existem quatro momentos de vinculação pré-natal dos pais ao bebé. O primeiro momento diz respeito ao desejo da gravidez e consecutivamente à organização do bebé fantasmático, o segundo momento diz respeito a realização da comensuração de vida, mediante a audição dos batimentos cardíacos fetais, o terceiro momento corresponde à visualização da primeira ecografia o que permite o acesso à imagem real do bebé, e por último o quarto momento que consiste no sentir dos movimentos fetais, o que proporciona aos pais a ideia de individualidade do bebé (Brazelton & Cramer, 1992).

Diversos investigadores como Bayle (2006) e Sá (2004) defendem que a vinculação pré-natal é um processo sucessivo que se relaciona diretamente com o bem estar-psicológico e que vai emergindo ao longo das várias etapas sucessivas da gravidez. Deste modo, a gravidez é considerada como um projeto de vida, que faz com que a mulher ultrapasse várias etapas adaptativas, experimentando diversos papéis e tarefas maternas, ligando-se afetivamente à criança. Assim, a mãe tem que congrega uma nova essência na sua identidade, o seu filho, e ao mesmo tempo aprender a aceitá-lo como uma pessoa única e com vida própria (Canavarro, 2001).

Durante a gravidez, a mãe tem condições psicológicas necessárias para ter uma boa interação e prestar cuidados ao bebé de forma adequada, criando um espaço mental para acolher o recém-nascido (Figueiredo, 2003). Este espaço permite estabelecer um melhor envolvimento ao longo da gravidez, intensificando-se pela infância, de forma a possibilitar

uma interação e um aumento da sensibilidade materna, assegurando assim, um reconhecimento das necessidades do filho após o nascimento (Figueiredo, 2003).

A gravidez também é considerada um período definido por uma enorme vulnerabilidade emocional e por sentimentos ambivalentes, que não devem ser desprezados, pois as perspectivas da mulher relativas ao seu novo papel de mãe e as fantasias que têm em relação à definição de maternidade afetam o seu estado emocional. Assim sendo, as mulheres que têm complicações neste período podem transformar esta fase normativa numa fase de anormalidade (Figueiredo, 2005).

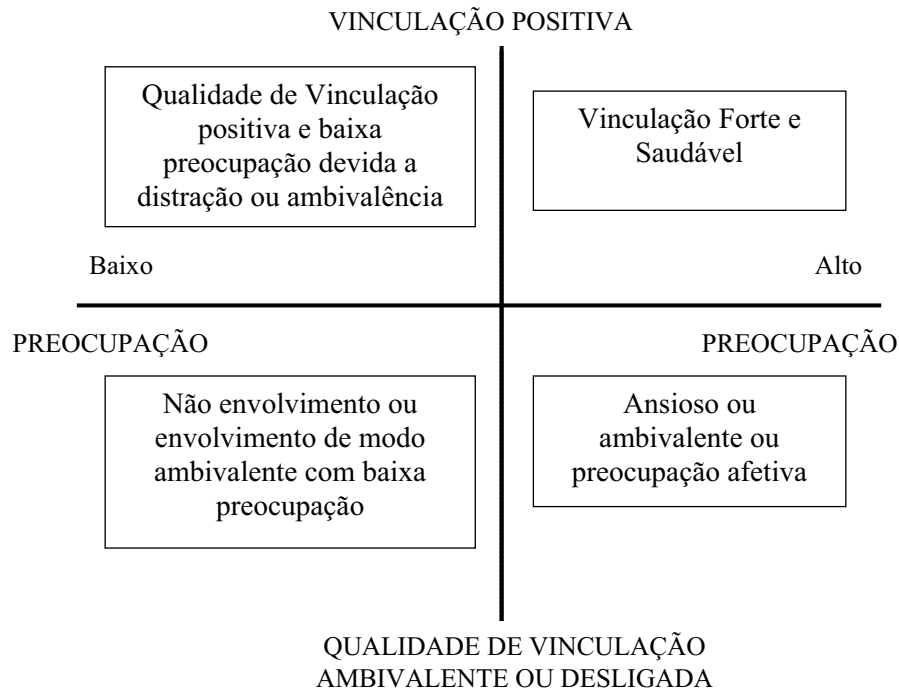
2.2. Padrões de vinculação pré-natal

Os padrões de vinculação propagam-se ao longo das gerações e influenciam o sentido de si e o modo como os outros formam o apoio emocional e social (Dickstein, Seifer & Albus, 2009). Assim as mães que estabelecem uma vinculação forte antes do nascimento terão uma forte vinculação após o nascimento, promovendo o bem-estar e a saúde do bebé e da mãe (Siddiqui & Hagglof, 2000).

Stern e Stern (1997) conduzindo-se pela teoria clássica de vinculação indicada por Ainsworth (1969, 1976), apontam diferentes tipos de vinculação materna pré-natal entendidos como normativos e que representam diversas formas de adaptação à tarefa de ser mãe. Assim, estes autores assinalam três padrões de vinculação pré-natal gerais: padrão evitante, padrão de vinculação ambivalente e o padrão de vinculação segura. Segundo estes autores, o padrão de vinculação evitante, acontece quando as mães mantêm a maternidade distanciada, de maneira a saberem lidar com ele. As mulheres que têm este tipo de vinculação demonstram pouco entusiasmo face à gravidez, esquecendo-se da própria infância, o que pode comprometer o envolvimento emocional na maternidade. No entanto, quando as mulheres se envolvem de uma forma intensa na experiência da maternidade, mantendo uma relação muito próxima com as suas mães durante e após as gravidezes, assumem um padrão de vinculação ambivalente. O padrão de vinculação segura consiste quando as mães se dedicam integralmente à relação com o seu filho, mantendo uma relação com a sua própria mãe de uma maneira controlada, contudo consegue refletir sobre as suas experiências enquanto filha (Stern & Bruchweiller-Stern, 2005). Outro autor, Condon (1993) deliberou a existência de quatro padrões de vinculação pré-natal: vinculação forte e saudável, qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação, pais não envolvidos ou envolvidos de modo ambivalente com baixa preocupação e pais ansiosos, ambivalentes ou com preocupação afetiva.

Os padrões de vinculação identificados por Condon (1993) também têm sido aplicados aos estudos de vinculação mãe-feto no período da gravidez. O esquema 1 que se segue explica os padrões de vinculação pré-natal.

Figura 1: Padrões de vinculação pré-natal



(adaptado de Condon, 1993)

Durante o período gestacional o padrão de vinculação forte e saudável (Condon, 1993) acontece quando os pais mostram preocupação com o bebê, cuja intensidade de preocupação é acompanhada por sentimentos de proximidade, ternura e desejo do bebê. A qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação estão presentes quando os pais apresentam um tipo de vinculação afetiva semelhante à dos próprios pais, mas dependendo de uma forma menor das experiências prazerosas. Segundo o autor, o tipo de vinculação não envolvido ou envolvido de um modo ambivalente com baixa preocupação acontece quando os pais pensam pouco tempo no seu bebê e apresentam poucos afetos prosaicos face ao bebê. Estes pais são muito desligados e preocupam-se pouco com o bebê ou denotam sentimentos ambivalentes. Por último, o tipo de vinculação pais ansiosos ou com preocupação afetiva acontece quando os pais estão preocupados com o bebê mas têm pouco afeto, apresentam poucos sentimentos de prazer e afetividade.

De facto, os padrões de vinculação influenciam o sentido de si e o modo como os outros compõem o apoio emocional e social e também o modo como se relacionam ao longo das gerações (Dickstein, Seifer & Albus, 2009). Logo, uma vinculação forte antes do nascimento

está relacionada com uma forte vinculação depois do nascimento, agenciando a saúde e o bem-estar da mãe e do bebé (Condon & Corkindale, 1997).

2.3. Variáveis associadas à vinculação materna pré-natal

Diversos estudos têm comprovado que existem vários fatores que se correlacionam positivamente com a ligação da mãe ao bebé, especificamente características da personalidade da mãe (e.g. empatia), estado emocional da mãe (ansiedade; depressão), atitudes face à gravidez, fatores situacionais presentes ao longo da gravidez, suporte social recebido durante a gestação, relacionamento conjugal e particularidades da gravidez (e.g. estádios de gestação; sintomas físicos e psicológicos; idealização da gravidez) (Doan & Zimmerman, 2003). Para além de todas as variáveis que influenciam a vinculação pré-natal, também os fatores sociodemográficos parecem associar-se à vinculação pré-natal. Segundo Mendes (2002) o nível de escolaridade influencia a vinculação pré-natal, pois quanto mais elevado for o nível de escolaridade mais elevadas serão as aptidões de leitura, interpretação e de compreensão, o que promove o acesso à informação e constrói uma forma de bem-estar mais saudável da mãe. No entanto, outros estudos tem demonstrado que quanto mais elevados forem os anos de escolaridade menor será a vinculação pré-natal (Lindgren, 2001). Também o nível socioeconómico apresenta-se como uma variável fundamental para uma boa vinculação pré-natal. A literatura indica que esta variável é muito importante e está diretamente relacionada com a profissão. Quanto mais elevados os rendimentos, maior será a procura dos cuidados de saúde, devido à acessibilidade de informação considerada pertinente neste período (Mendes, 2002). Por fim, a idade materna também tem sido uma variável associada à vinculação pré-natal, embora haja diversos estudos que não encontraram nenhuma relação direta entre estas duas variáveis. Contudo, estes resultados não são unânimes. Outros estudos demonstraram não existir relação entre as variáveis sociodemográficas e a vinculação pré-natal (e.g. escolaridade, nível socioeconómico; idade materna) (Mendes, 2002).

Quanto aos fatores biológicos e clínicos, também estes têm sido alvo de estudo. Mais concretamente as variáveis como a paridade, planeamento da gravidez, idade gestacional, história de fertilidade, perceção dos movimentos fetais, risco obstétrico e história de aborto anterior.

No que concerne à paridade, Mendes (2002) tem demonstrado que as mães primíparas vivenciam a gravidez como um processo mais profundo, não significando que vivenciam de uma forma mais importante do que as múltiparas. Também Lorensen, Wilson e White (2004) demonstraram que a vinculação pré-natal é mais elevada na primeira gravidez do que as

restantes. Estes autores explicam o facto de as mulheres estarem orgulhosas com a gravidez pode levar a um aumento da vinculação pré-natal. De facto, diversos autores verificaram que as primíparas estão mais vinculadas ao feto comparativamente do que as múltiparas na vinculação global e na intensidade da preocupação (e.g. excitação; orgulho; novidade). Porém, não encontram diferenças entre grávidas primíparas e múltiparas ao nível da qualidade de vinculação ao feto (Tsartsara & Johnson, 2006). Também a aceitação da gravidez por parte dos outros indivíduos que constituem a rede social da grávida é muito importante, para que a mãe se vincule ao feto de uma forma mais segura (Mendes, 2002). Siddiqui, Hagglof e Eisemann (1999), relacionaram a variável idade com a paridade e demonstraram que as grávidas primíparas mais novas encontram-se mais vinculadas, apresentando afeição, fantasia e prazer em comparação com as primíparas mais velhas. Também a relação com o pai da criança constitui uma variável fundamental para o desenvolvimento da vinculação materno-fetal (Siddiqui, Hagglof & Eisemann, 1999).

A idade gestacional, muitas vezes relacionada com um aumento da percepção dos movimentos fetais, aumenta a relação da mãe com o bebé (Mendes, 2002). Siddiqui, Hagglof e Eisemann (1999) comprovaram que as mulheres que planeiam a gravidez apresentam maiores índices de vinculação pré-natal, no que diz respeito à afeição. Contudo Bouchard, Boudreau e Hébert (2006) mencionam que aproximadamente 23% das gravidezes que chegam ao fim são não planeadas.

Quanto à interrupção espontânea da gravidez (IEG), perda da gravidez antes das vinte e quatro semanas da gravidez, diversos estudos recentes têm demonstrado que a gestação após a ocorrência de uma interrupção espontânea da gravidez é seguida por stress psicológico e sentimentos ansiosos agregados a sentimentos de incerteza sobre o planeta em geral e sobre a gravidez em particular (Camarneiro, 2011).

O estatuto conjugal também está relacionado com a vinculação pré-natal e pós-natal. Segundo Muller (1993), as grávidas solteiras encontram-se mais vinculadas ao feto em comparação com as casadas e as solteiras. No que diz respeito, à variável número de filhos em relação à vinculação pré-natal, diversos estudos têm demonstrado que as grávidas pela primeira vez apresentam maiores índices de vinculação pré-natal do que as grávidas que têm mais do que um filho (Muller, 1993).

As experiências que a grávida vivenciou na sua infância também influenciam a vinculação pré-natal. Um estudo desenvolvido por Siddiqui e Hagglof (2000) comprovou que as mulheres com uma forte vinculação pré-natal apresentam emoções mais cordiais com as mães

e uma rejeição por parte dos pais. Este estudo ressaltou a importância do pai para as mulheres, nomeadamente no desenvolvimento da identidade materna e da capacidade para estabelecer a vinculação pré-natal. Também foi demonstrado que as mulheres que apresentavam maior rejeição por parte dos pais encontravam-se mais vinculadas ao bebé na sua generalidade. Os autores constataram ainda que as mulheres que demonstravam uma melhor relação com a mãe apresentavam também uma maior vinculação ao feto. Deste modo, os autores puderam concluir que quanto mais elevada for a recusa emocional dos pais, maior será a ascensão do bebé, isto é, o bebé é percebido como uma pessoa individual e legítima (Siddiqui & Hagglof, 2000). Salienta-se assim, a importância que a qualidade das relações interpessoais tem na vinculação pré-natal, como o apoio social por parte da família e dos amigos, a qualidade da relação conjugal, o equilíbrio familiar e o contexto cultural (Camarneiro, 2011).

Diversos estudos têm também verificado que a antecipação do parto influencia a vinculação pré-natal. De acordo com Salisbury, Law, LaGasse e Lester (2003), a experiência do parto é uma passagem expressiva dos pais que estão à espera de um filho. Assim este momento é considerado um momento de transição na vida familiar, Mercer (1996) menciona que a experiência do parto está diretamente relacionada com a vinculação materna. Conforme refere Figueiredo, Costa e Pacheco (2002) as mulheres que não falam naturalmente sobre a experiência do parto, ou seja, que encaram este momento como difícil, carregado de dor, medo e de emoções negativas têm um pior ajustamento emocional ao pós-parto e apresentam uma pior relação com o seu bebé. No entanto, as mulheres que encaram o parto como não tendo grande importância apresentam um melhor ajustamento emocional ao pós-parto e um melhor envolvimento emocional com o bebé. De facto, a ligação que a mãe estabelece com o filho desencadeia um papel fundamental no envolvimento emocional entre a mãe e o filho no período pós-natal. Porém, podem existir fatores psicossociais na gestação que influenciam negativamente esta ligação (e.g. desemprego, estado civil, depressão, problemas obstétricos pré-natais) que podem prejudicar o envolvimento emocional após o nascimento (Figueiredo Costa, Pacheco & Pais, 2009).

Os fatores relacionais estão relacionados com a vinculação pré-natal, nomeadamente a gravidez não planeada, devido à vivência de baixos níveis de vinculação segura e de elevados níveis de vinculação ansiosa ou evitante na mulher e no homem. A gravidez não planeada é condicionada por fatores pessoais de risco, especificamente a idade, escolaridade, rendimento, duração da relação conjugal e estatuto conjugal, também a depressão, stress percebido e baixo

nível de ajustamento e de consciencialização (Bouchard, 2005). Assim, num estudo de Perry, Ettinger, Mendelson e Le (2011) comprovaram que o facto da gravidez ser planeada é um preditor da vinculação pós-natal materna, pois as mulheres que não planearam a gravidez apresentam menor vinculação pós-natal.

2.3.1. Ansiedade e vinculação pré-natal

A ansiedade materna tem sido alvo de vários estudos sendo considerada um estado emocional que acarreta sentimentos negativos associadas à gravidez e ao feto (Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds & Ascencio, 2008). Leal (2005) refere que níveis elevados de sintomatologia ansiosa estão presentes em cada vez mais grávidas, colocando em risco a saúde materna da mãe e o desenvolvimento do bebé. Assim, a gravidez é um período marcado por experiências psicológicas diversificadas, com mudanças muito frequentes, o que leva a ansiedade e regressões emocionais que fazem com que a grávida e o seu companheiro se sintam abatidos e incompletos, o que poderá desencadear perturbações psicológicas associadas a este período (Brazelton & Cramer, 1993). Desta maneira, a ansiedade é uma emoção que geralmente acompanha toda a gravidez, podendo gerar um estado de insatisfação, insegurança, incerteza e medo da experiência desconhecida (Baptista, Baptista & Torres, 2006). Esta ansiedade pode perdurar dias ou semanas e pode desencadear sintomatologia física própria, bem como provocar aborto ou parto prematuro (Soifer, 1992).

De facto, o tempo gestacional é caracterizado por experiências psicológicas com mudanças muito acentuadas e conseqüentemente com angústias e regressões emocionais que afetam o ajustamento adaptativo das grávidas e a vinculação ao feto (Camarneiro, 2011). Condon e Corkindale (1997) realizaram um estudo com 238 mulheres grávidas, que se encontram no terceiro trimestre da gravidez, verificaram que as gestantes com menor vinculação pré-natal, são mulheres que apresentam altos níveis de ansiedade e depressão e conseqüentemente baixos níveis de apoio social, excetuando a relação conjugal. Também Rodríguez, Pérez-López e Nuez (2004), verificaram que a ansiedade cognitiva e fisiológica está inversamente associada com a vinculação pré-natal. Assim, a ansiedade é considerada um estado emocional que acarreta sentimentos negativos associados à gravidez, ao feto e à vinculação pré-natal (Figueiredo, 2007). Apresentando assim, as grávidas primíparas maior sintomatologia ansiosa do que as múltiparas (Alhusen, 2008). Num outro estudo de Condon (1993), os casais que se encontram na segunda gravidez revelaram índices de sintomatologia ansiosa mais elevada e uma menor ligação pré-natal com o bebé do que as primíparas. Com efeito, um estudo de

Larson (2004; cit. in Camarneiro & Justo, 2012) comprovou que as multíparas apresentam mais sintomas depressivos no pré-natal do que as gestantes primíparas.

Diversos estudos realizados recentemente colocam em causa certas situações que causam stress na gravidez o que denotam uma associação negativa com a vinculação materna pré-natal. Muitas dessas situações têm presentes fatores de risco e acontecimentos traumáticos para a mulher (Lawson, Shelley & Turriff-Jonasson, 2005). Assim, vários estudos (Schewerdtfefer & Goff, 2007) demonstram existir uma associação entre os acontecimentos traumáticos da história de vida e experiências dos cuidados parentais do passado, na afirmação da vinculação pré-natal, demonstrando assim que os acontecimentos traumáticos da vida da mulher não apresentam nenhum impacto negativo no estabelecimento da vinculação materna pré-natal.

Um estudo de Allison, Stafford e Anumba (2011) mostrou que as mães com dúvidas sobre a saúde do seu feto apresentam uma elevação nos níveis de stress e ansiedade, o que pode interferir no vínculo mãe-bebé.

Um estudo recente de Camarneiro (2011) realizado em Portugal verificou que a ansiedade está relacionada negativamente com a qualidade de vinculação materna, contudo não apresenta nenhuma significância com a intensidade de preocupação, nem com a qualidade de vinculação pré-natal total.

Atualmente destaca-se a importância de promover um estado emocional positivo da mãe com uma diminuição dos níveis de stress e ansiedade, pois os estados de humor negativos apresentam-se nocivos para o desenvolvimento do feto e das suas competências (Camarneiro, 2011). Segundo Justo (1994), a experiência psicológica desenvolvida ao longo da gravidez é crucial para feições da vida humana. Quer isto dizer que a experiência perturbada da gravidez leva a muitas dificuldades, tais como, dificuldades na elaboração psicológica da maternidade, acarretando assim consequências no estabelecimento da relação primordial, resultando assim uma menor interação e uma interação com menor qualidade da mãe – bebé.

2.3.2. Qualidade do relacionamento conjugal e vinculação pré-natal

A gravidez e a transição para a parentalidade implicam uma reestruturação das relações estabelecidas com os procriadores, com o parceiro e também com outras pessoas consideradas significativas da rede do suporte social (Rodrigues, 2009).

O nascimento de uma criança exige ao casal uma reavaliação e uma reestruturação do relacionamento conjugal (Colman & Colman, 1994). Segundo os autores o casal tem de estabelecer uma nova aliança emocional bem como uma nova aliança parental, de modo a que

esta aliança permita ao casal um crescimento quer ao nível individual, quer ao nível do casal. Este crescimento tem que ser suficiente para que a criança sinta apoio no futuro, independentemente da falha de outras alianças, como a aliança conjugal (Colman & Colman, 1994). Deste modo, o relacionamento conjugal vai ser desafiado, procedendo-se às modificações conjugais imprescindíveis à entrada de uma criança na família traduzidas na readaptação da relação, no plano afetivo, da rotina diária e do relacionamento sexual, de forma a constituição prévia de um casal (Canavarro, 2001). Na maioria das vezes, a assimilação de um novo elemento na relação, nomeadamente nos casais primíparos, não se realiza através de um processo na totalidade, mas sim através da incorporação de novas funções e identidades adicionadas às já existentes. As novas funções são integradas num “*todo pré-existente*”, e como consequência uma reestruturação das mais antigas. Por isso, a qualidade do relacionamento conjugal torna-se pertinente para promover uma melhor adaptação psicológica do indivíduo, principalmente no que se refere aos níveis de vulnerabilidade ao stress que estão patentes durante a transição para a parentalidade (Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds & Ascencio, 2008).

A qualidade da relação conjugal torna-se preponderante na aceitação da gravidez, assim como no desenvolvimento da ligação mãe-feto (Mendes, 2002). Lamb (1992) refere que a relação conjugal e familiar atual é caracterizada como mais autónoma dos familiares e do exterior, criando-se assim segundo a ideia de envolvimento uma família nuclear, fechada, partilhando novos papéis. Segundo este autor foi com a criação desta nova família que se começou a ter laços emocionais mais fortes entre os seus membros, mas também os pais apresentaram mais preocupação sobre os estilos educativos dos filhos. Assim, a literatura refere que o envolvimento paterno cria-se primeiro no período pós-parto e só depois no pré-natal, o que provocou ao homem uma participação ativa na gravidez e no parto.

Os conflitos conjugais têm um papel preponderante na qualidade do relacionamento do casal, no ajustamento materno e paterno em relação ao nascimento do bebé, no momento pós-natal. Vários estudos têm indicado que os casais com casamentos melodiosos não sofrem nenhum impacto negativo na sua qualidade conjugal com a chegada de um bebé. Contrariamente os casais que apresentam dificuldades adaptativas no período pré-natal, têm probabilidade de terem problemas após o nascimento, o que pode comprometer gravemente a relação conjugal e a adaptação ao novo papel de pais (Houts, Barnett-Walker, Payey & Cox, 2008). Embora a apreensão com a conjugalidade durante a gestação influencia nas vinculações futuras que se pode estabelecer com a criança. Do mesmo modo, Isabela e Belky

(1985) verificaram que a satisfação conjugal positiva na gravidez do primeiro filho predispõe o nascimento de bebês que apresentarão padrões de vinculação seguros no fim do primeiro ano de idade e que as mães de crianças com vinculação insegura, um ano após o parto, sentem uma diminuição nos aspetos positivos do casamento e um aumento dos aspetos negativos, comparativamente com as mães de bebês que estabelecem vinculações seguras.

Para, além disso, a conjugalidade e a parentalidade são dois conceitos profundamente ligados e os estados emocionais presentes na gravidez são fatores a terem em consideração.

2.4. Investigação no âmbito da vinculação materna pré-natal

A mãe é uma fonte de segurança e afetividade para o bebé. Durante a gravidez, o conceito de vinculação pré-natal tem sido cada vez mais alvo de estudos, devido a esta ser considerada uma fase do ciclo de vida da mulher muito importante. De facto é neste período que se inicia a ligação mãe-bebé, o que vai determinar o bem-estar de ambos nos momentos posteriores ao nascimento.

Figueiredo (2005) realizou um estudo em que o principal objetivo era caracterizar a vinculação pré-natal em mães e pais, durante a gravidez, na sua maioria pais primíparos, que se encontravam maioritariamente no 3º trimestre. Para tal, utilizou uma amostra de 630 pessoas, sendo 434 mulheres e 196 homens. No que concerne aos resultados verificou que o grupo materno em relação às quatro dimensões de vinculação pré-natal, apresenta índices mais elevados nas dimensões “*qualidade de vinculação e individualidade do bebé*”, o que denota que a amostra é constituída na sua multiplicidade por mães que experienciam a gravidez de modo favorável e apresentam uma elevada afetividade em relação ao seu bebé e ao período que estão a viver. O grupo masculino também demonstrou uma vinculação pré-natal positiva, ou seja, os pais sentem-se envolvidos na gravidez e ligam-se emocionalmente ao bebé.

Rodrigues (2009) realizou um estudo em que a principal finalidade era comparar a vinculação pré-natal em mulheres grávidas e sem história de interrupção da gravidez com um grupo de mulheres que já tinham sofrido pelo menos uma interrupção da gravidez. Para tal recorreu a uma amostra de 114 mulheres, em que 52 tinham história de interrupção de gravidez e 62 não apresentavam. Verificou-se que os níveis de vinculação pré-natal não são muito diferentes entre as mulheres com história de interrupção da gravidez e sem história.

Rodrigues (2011) realizou um outro estudo em que a principal finalidade era analisar a relação entre o padrão de vinculação pré-natal materna, o risco de incidência da depressão

pós-parto e a percepção materna do comportamento do recém-nascido, assim como a confiança materna para cuidar do bebê. Para tal, realizou um estudo longitudinal, em dois momentos, o primeiro momento correspondia ao terceiro trimestre de gravidez e o segundo momento correspondia a algumas semanas depois do pós-parto. Desta forma recorreu a uma amostra constituída por 31 grávidas no terceiro trimestre (29 a 40 semanas). Os autores verificaram que o facto da gravidez ser planeada estava relacionado positivamente com a vinculação pré-natal materna, daí as grávidas que planearam a gravidez apresentaram um padrão de vinculação pré-natal materna do tipo seguro. Também verificou que a sintomatologia depressiva no pós-parto aparece menos nas grávidas cujas representações de vinculação pré-natal se apresentam com um tipo de vinculação pré-natal seguro, o que pode ser considerado um fator protetor para que não haja a ocorrência de sintomatologia depressiva no pós-parto. Contudo, demonstraram também que as grávidas com representações de vinculação pré-natal do tipo seguro apresentam uma percepção mais positiva face aos comportamentos do bebê (“responsivo, alerta durante a mamada e fácil”) e menos impredizíveis face aos outros comportamentos (“*irrequieto, irritável durante a mamada*”) (Rodrigues, 2011). Também as grávidas que apresentam vinculação pré-natal do tipo seguro apresentam maiores índices de confiança nos cuidados que restam aos bebês durante a amamentação e na confiança global, o que denota que as grávidas apresentam percepções positivas em relação à confiança dos cuidados que proporcionam ao bebê. No entanto, as gestantes que apresentam percepções maternas negativas estão correlacionadas com a presença de sintomatologia depressiva no pós-parto, havendo uma agregação estatisticamente significativa com o aparecimento de sintomatologia depressiva no pós-parto e nas percepções que as mães têm face aos comportamentos do bebê. Conferiu-se, também existir uma convergência para as grávidas que apresentam sintomatologia depressiva no pós-parto conterem menos percepções de comportamento do bebê de natureza positiva. Por último, constatou que a ocorrência de sintomatologia depressiva no pós-parto é influenciada pelas percepções que as grávidas têm face aos comportamentos que prestam ao bebê, principalmente as grávidas que apresentam sintomatologia depressiva no pós-parto e percepções de falta de confiança sobre a capacidade de prestar cuidados aos bebês, apresentarem uma maior propensão para as grávidas que apresentam sintomatologia depressiva terem menores percepções de confiança global (Rodrigues, 2011).

Samorinha, Figueiredo e Cruz (2009) realizaram outro estudo, tendo como finalidade principal analisar o impacto da ecografia do 1º trimestre da gravidez, no que concerne aos

níveis de vinculação pré-natal e da ansiedade das mães e dos pais, assim como analisar as diferenças entre os sexos ao nível destas variáveis. Este estudo é de carácter longitudinal, amostra foi constituída por 22 casais, tendo idades compreendidas entre 21 e 40 anos no sexo feminino e de 24 a 44 anos para o sexo masculino. Estes autores concluíram que a ecografia é uma técnica que é muito importante como instrumento de diagnóstico e tratamento da grávida, mas também sendo muito importante para a qualidade de vinculação que os pais estabelecem com o bebé durante a gravidez, o que será demonstrado posteriormente nos cuidados que lhe são prestados.

Recentemente, Camarneiro (2011) realizou um estudo em que os principais objetivos eram estudar a articulação entre a vinculação pré-natal e as variáveis psicológicas que influenciavam o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica. No estudo, de natureza observacional, longitudinal e analítico-prospetiva, a autora recrutou uma amostra de 407 casais grávidos. A autora verificou que a representação da vinculação de cada membro do casal é influenciada por vários fatores psicológicos, como também por fatores sociodemográficos e clínicos. Constatou que a satisfação conjugal é preditora da vinculação pré-natal no casal, comprovando assim a necessidade dos psicólogos e de outros profissionais de saúde terem mais atenção nas relações conjugais durante o período da gravidez. Também neste estudo verificaram que a vinculação pré-natal materna, na sua dimensão total está relacionada com variáveis psicológicas das mulheres, apresentando uma maior relação quando associado também a melhores atitudes face à gravidez e maternidade. Os fatores sociodemográficos e clínicos, mais concretamente, a idade materna, o planeamento da gravidez e aceitação da gravidez influencia a vinculação pré-natal.

Schmidt e Argirmon (2009) realizaram um estudo com o objetivo de analisar as relações existentes entre o tipo de vinculação da gestante e, o apego com o seu bebé ainda intra-útero e a presença ou não de sintomas de ansiedade e depressão. O estudo foi de natureza quantitativa do tipo transversal, correlacional. Os autores recorreram a uma amostra de 136 grávidas primíparas e múltiparas, com uma média de idades de 27,88. No que diz respeito aos resultados estes autores conferiram que existe relação entre o padrão de vinculação da gestante e o nível de apego materno fetal (AMF), ressaltando que as grávidas que apresentam vinculação segura demonstram um AMF mais elevado e apresentam uma diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos. Também verificaram que as grávidas primíparas apresentam um apego materno fetal mais elevado comparativamente com as grávidas que já têm outros filhos.

Mais recentemente, Camarneiro e Justo (2012) realizaram um estudo em que tinha como principal objetivo comparar a satisfação conjugal e a vinculação pré-natal das mulheres e dos homens durante a gravidez de acordo com o número de filhos. O estudo foi de natureza transversal descritivo-correlacional. A amostra foi constituída por 407 mulheres e homens, a média de idade das mulheres era de 29.62 e dos homens de 31.77. Os autores comprovaram que a satisfação conjugal nos homens e nas mulheres é mais elevada na primeira gravidez do que a segunda, também concluíram que a vinculação materna e paterna não varia consoante o número de filhos. Assim, a dimensão de vinculação pré-natal total e a dimensão de intensidade da preocupação paterna são mais elevadas nos homens que não têm filhos. Todavia nas mulheres estas variáveis não são influenciadas pelo número de filhos, na globalidade das variáveis da vinculação pré-natal (global, qualidade da vinculação materna e intensidade da preocupação materna) não apresentam diferenças estatisticamente significativas quer sejam grávidas primíparas ou múltíparas.

Sumariando, a vinculação pré-natal está relacionada com diversas variáveis associadas ao desenvolvimento da gravidez, nomeadamente a saúde obstétrica, tempo gestacional, complicações da gestação, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal ao longo deste período.

Segundo Figueiredo (2005) durante a gravidez ocorrem trocas e relações entre o bebé e o mundo que o rodeia muito antes do nascimento. A mãe e o bebé estabelecem uma relação harmoniosa e de interdependência biológica e recíproca que se transmite sobe forma de amor primário. A partilha e a complementaridade entre a mãe e o bebé criam uma ligação profunda que se inicia durante a gravidez, com os primeiros movimentos fetais no útero materno, sendo este um ponto de partida para o esboço da identidade do futuro indivíduo. Assim à medida que o tempo de gestação aumenta, a mãe e o bebé reforçam a sua vinculação. Deste modo, a vinculação pré-natal exige cuidados ao nível da saúde psicológica nomeadamente o relacionamento conjugal desempenha um papel fundamental na vinculação pré-natal, os elevados níveis de ansiedade e depressão, e baixo suporte social também influenciam a vinculação pré-natal. Neste sentido torna-se fundamental que os psicólogos e os demais profissionais de saúde tenham um papel ativo em intervenções precoces durante a gestação,

tendo em consideração à satisfação, a qualidade das relações conjugais e a sintomatologia psicopatológica apresentada pelas mulheres durante este período (Camarneiro, 2011).

Parte II- Estudo Empírico

A segunda parte da dissertação de Mestrado é constituída pela parte empírica deste estudo, na qual se descreve a investigação realizada. Inicialmente é descrita a metodologia, e posteriormente são apresentados os resultados obtidos. Serão interpretados e discutidos os resultados, e serão apresentadas as limitações do estudo, as conclusões retiradas e as sugestões para futuras investigações.

1. Metodologia

Este ponto descreve os procedimentos metodológicos utilizados na concretização desta investigação. Serão apresentados inicialmente os objetivos delineados para este estudo. De seguida serão enumeradas as variáveis estudadas e descritos os procedimentos de recolha dos dados. Seguir-se-á a caracterização sociodemográfica e clínica das participantes. Por fim serão apresentados e descritos os materiais e instrumentos de avaliação usados, bem como os procedimentos estatísticos utilizados.

1.1. Objetivos e desenho de estudo

O objetivo geral deste estudo é comparar uma amostra de mulheres grávidas primíparas com um grupo de mulheres múltiparas, durante o período da gravidez, em relação à vinculação pré-natal materna ao feto, à ansiedade na gravidez e à qualidade do relacionamento conjugal. Pretende-se que este estudo funde uma primeira fase de recolha de informação pertinente para um futuro plano de intervenção nos Cuidados de Saúde Primários, concretamente na Saúde Materna. Perante o exposto, esta investigação foi ainda desenvolvida com base nos seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar as mulheres grávidas em relação à vinculação pré-natal ao feto, aos níveis de sintomatologia ansiosa e à qualidade do relacionamento conjugal no período gestacional;
- Analisar a relação entre a perceção da mulher acerca da qualidade do relacionamento conjugal, a sintomatologia ansiosa e a qualidade da vinculação pré-natal da mãe ao feto;
- Investigar a variação dos resultados em função das características sociodemográficas e clínicas das participantes;
- Contribuir para o aumento do conhecimento científico acerca da vivência do período da gravidez;
- Contribuir com informação pertinente para o desenvolvimento futuro de um programa de intervenção que vise promover uma melhor adaptação materna à gravidez e parentalidade.

Tendo em conta os objetivos traçados e seguindo um modelo de investigação quantitativa foi desenhado um estudo observacional, descritivo-transversal com comparação de grupos. Procura-se assim explorar os resultados através da análise de relações estatísticas entre variáveis num só momento de avaliação (Ribeiro, 2010) numa amostra de grávidas.

1.2. Variáveis em estudo

Atendendo aos objetivos descritos anteriormente e à revisão bibliográfica efetuada, foram consideradas nesta investigação um conjunto de variáveis que foram agrupadas nos seguintes grupos: variáveis psicológicas; variáveis sociodemográficas; e variáveis clínicas e relativas à gravidez.

- **Variáveis psicológicas:** ansiedade; vinculação pré-natal da mãe ao feto; perceção da qualidade da relação conjugal.
- **Variáveis sociodemográficas:** idade, estado civil, tempo de relacionamento com o companheiro, área de residência, habilitações literárias, profissão, estatuto profissional, nível socioeconómico e constituição do agregado familiar,
- **Variáveis clínicas e relativas à gravidez:** doenças médicas; história de acompanhamento psicológico/psiquiátrico; medicação; tempo de gestação; planeamento e desejo da gravidez, aceitação inicial da gravidez pela grávida e pelo companheiro; número de filhos projetados pela grávida e pelo casal; paridade (primípara ou múltipara); história de gravidez de risco (pessoal e familiar); acompanhamento conjugal na gravidez; tempo até engravidar; número de ecografias realizadas; conhecimento do sexo do bebé; frequência e intensidade com que sente os movimentos do bebé; e conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade.

1.3. Procedimentos de recolha de dados

Deferido o pedido de autorização pela ARS Norte para a concretização da presente investigação (anexo 1), foi marcada uma reunião com o diretor do Centro de Saúde de Fafe para apresentar o estudo e a sua finalidade. Posteriormente, as participantes foram abordadas pessoalmente pelo investigador principal deste estudo na sala de espera do no Centro de Saúde de Fafe, Cabeceiras de Basto e Mondim de Basto, nos dias de semana da consulta de Saúde Materna. Neste contacto foram apresentados os objetivos do estudo, os procedimentos de recolha de dados e a pertinência da participação no estudo. As participantes foram informadas do carácter voluntário da sua investigação e foi lhes garantida a confidencialidade dos dados. As participantes que aceitaram participar no estudo assinaram um consentimento informado escrito (anexo 2). A avaliação psicométrica das participantes decorreu individualmente através do uso de medidas de autorrelato, tendo sido fornecidas as instruções para o seu preenchimento. Os questionários (anexo 3) foram identificados através de um código, o qual foi utilizado na base de dados, conservando a confidencialidade das participantes do estudo.

1.4. Amostra

A amostra foi constituída por 62 mulheres grávidas, primíparas e múltíparas utentes do ACES Alto Ave (Centro de Saúde de Fafe, Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto e Centro de Saúde de Mondim de Basto) em Consulta de Saúde Materna. Os critérios de inclusão para a participação no referido estudo foram os seguintes: idade superior a 18 anos e possuírem competências mínimas que permitissem compreender e preencher os instrumentos de avaliação.

Esta investigação seguiu um processo de amostragem não probabilística intencional e de conveniência, uma vez que foram selecionadas as grávidas mais acessíveis ao investigador.

1.4.1. Caraterização Sociodemográfica da Amostra Total

Os quadros 1 e 2 apresentam as características sociodemográficas da amostra total. A amostra é constituída por 62 grávidas. A idade das participantes varia entre os 22 e os 42 anos, com uma média de idade de 30.48 anos (D.P.=4.57). 48.4% das participantes apresentam idade inferior a 30 anos e 51.6% das participantes apresentam idade superior a 30 anos.

Quanto ao estado civil, 54 grávidas são casadas (87.1%), 5 vivem em união de facto (8.1%), 2 são solteiras (3.2%) e 1 é separada (1.6%). No que concerne à idade do companheiro, varia entre 21 e os 51 anos, com uma média de idade de 33.02. 48.4% dos companheiros tem idades inferior/ igual a 32 anos e 50% dos companheiros apresentam idade superior a 32 anos. O tempo de relacionamento dos casais varia entre 1 e 20 anos, com uma média de 9.12 anos (D.P.= 4.88), mantendo 29% grávidas um relacionamento entre os 0 e os 5 anos, 32.3% grávidas mantém o relacionamento entre os 6 e os 11 anos e 33.9% grávidas têm um relacionamento entre os 11 e os 20 anos.

Ao nível da residência 24 gestantes residem em meio rural (38.7) e 38 grávidas residem em meio urbano (61.3). Quanto às habilitações literárias a amostra é constituída por 27 grávidas com o ensino secundário (10º a 12º ano) (43.5%), 21 grávidas com ensino superior (bacharelato/ licenciatura) (33.9%), 11 grávidas com ensino unificado (7º a 9ºano) (16.1%) e 2 grávidas com ensino preparatório (5º a 6º ano).

No que concerne à profissão, 43.5% das grávidas apresentam profissões de competência média, comerciantes industriais de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas (Nível I) e 56.4% das grávidas são operárias especializadas semiespecializadas e domésticas (Nível II). Relativamente ao estatuto profissional a amostra apresenta 47 grávidas empregadas (75.8%), 13 grávidas desempregadas (21%), 1 grávida estudante (1.6%) e 1 grávida com um estatuto profissional não especificado (1.6%).

Quanto à composição do agregado familiar, a amostra indica que 46.8% das participantes é composto pelo casal, 45.3% três pessoas, 4.8% quatro pessoas e 3.2% cinco ou mais pessoas. No que diz respeito aos rendimentos mensais do agregado familiar a amostra apresenta 37 gestantes com rendimentos que se situam entre os 750€ e os 1500€ mensais (59.7%), 11 gestantes com rendimentos de 1500€ a 2500€ (17.7%), 9 gestantes com rendimentos de 485€ a 750€ mensais (14.5%), 3 gestantes com rendimentos superiores a 2500€ mensais (4.8%) e 2 gestantes com rendimentos até 485€ mensais (3.2%). A amostra é constituída por 58 grávidas com irmãos (93.5%), 4 grávidas não têm irmãos (6.5%).

Quadro 1: Caracterização Sociodemográfica da Amostra Total (N=62)

Variáveis Sociodemográficas	n	%	M	DP	Mín	Máx
Idade	62	100	30.48	4.57	22	42
Idade Categorizada						
<30 anos	30	48.4				
≥30 anos	32	51.6				
Estado Civil						
Solteira	2	3.2				
Casada	54	87.1				
Separada	5	8.1				
Idade do companheiro	62		32.97	5.63	21	51
Idade categorizada do companheiro						
≤32	30	48.4				
>32	31	50				
Tempo de relacionamento	59		9.12	4.88	1	20
Tempo de relacionamento categorizado						
0 a 5 anos	18	29				
6 a 11 anos	20	32.3				
11 a 20 anos	21	33.9				
Área de Residência						
Urbana	24	38.7				
Rural	38	61.3				
Habilitações Literárias						
Ensino preparatório (5º a 6º ano)	2	3.2				
Ensino unificado (7º a 9º ano)	10	16.1				
Ensino secundário (10º a 12º ano)	27	43.5				
Ensino superior (licenciatura/ bacharelato)	21	33.9				
Pós-graduação (Mestrado/ Doutoramento)	2	3.2				
Profissão Categorizada						
Profissões de competência média, comerciante industrial de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas	27	43.5				
Operárias especializadas e semiespecializadas e domésticas	35	56.5				

Quadro 2: Caracterização Sociodemográfica da Amostra Total (N=62) (continuação)

Variáveis Sociodemográficas	n	%
Estatuto Profissional		
Empregada	47	75.8
Desempregada	13	21
Estudante	1	1.6
Composição do Agregado Familiar		
Casal	29	46.8
Três pessoas	28	45.2
Quatro pessoas	3	4.8
Cinco ou mais pessoas	2	3.2
Rendimento mensal do agregado familiar		
Até 485€ mensais	2	3.2
De 485€ mensais a 750€ mensais	9	14.5
De 750€ mensais a 1500€ mensais	37	59.7
De 1500€ mensais a 2500€ mensais	11	17.7
Mais de 2500€ mensais	3	4.8

1.4.2. Caracterização Clínica da Amostra Total

As principais características clínicas da amostra total são apresentadas no quadro 3. Relativamente à informação clínica apurou-se que 10 participantes possuem uma doença física (16.1%) nomeadamente bronquite, diabetes, doença de Chron, gastrite crónica, lúpus e hipotiroidismo. 52 grávidas não têm qualquer tipo de doença (83.9%). Ao nível do acompanhamento psicológico/ psiquiátrico atual, a amostra total (n=62) refere que não está a ter qualquer tipo de acompanhamento (100%). No entanto, no passado, 7 grávidas já tiveram acompanhamento psicológico/psiquiátrico (11.3%). De referir que as grávidas que tiveram acompanhamento no passado especificam a problemática, como depressão, depressão pós-parto, infertilidade, terrores noturnos e autoconfiança. Relativamente à medicação 17 grávidas referem que tomam medicação (27.4%), sendo a medicação na sua maioria para a gravidez (ácido fólico, ferro, vitaminas) com exceção de cinco grávidas que tomam medicação para o hipotiroidismo, lúpus, bronquite, gastrite e diabetes.

Quadro 3: Caracterização Clínica da amostra total (N=62)

Variáveis Clínicas	n	%
Doença Física		
Sim	10	16.1
Não	52	83.9
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico atual		
Não	62	100
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico passado		
Sim	7	11.3
Não	55	88.7
Toma Medicação		
Sim	17	27.4
Não	45	72.6
Tipo de Medicação		
Ácido fólico	4	6.4
Ferro	2	3.2
Vitaminas	2	3.2
Hipotireoidismo	2	3.2
Lúpus	1	1.6
Bronquite	1	1.6
Gastrite	1	1.6
Diabetes	1	1.6

1.4.3. Dados relativos à gravidez/parentalidade na amostra total

Os dados relativos à gravidez/ maternidade encontram-se descritos nos quadros 4 e 5. No que concerne à história obstétrica antecedente, 51.6% das grávidas são mães pela primeira vez e 48.4% já têm filhos. No grupo das gestantes primíparas 32 grávidas (51.6%) referem que é o primeiro filho, 28 (45.2%) referem que é o segundo filho e 2 (3.2%) referem que é o terceiro filho

Em relação ao tempo de gestação, 19 grávidas encontram-se com 24-32 semanas de gestação (30.6%), 17 grávidas apresentam 32-36 semanas (27.4%), 9 grávidas estão com 18-24 semanas (14.5%), 6 grávidas estão com mais de 37 semanas (9.7%), 5 grávidas estão com 4-8/8-12 semanas (8.1%), 5 grávidas estão com 12-18 semanas (8.1%) e 1 grávida está com 4 semanas (1.6%). Relativamente ao conhecimento da gravidez, 37 grávidas referem que tiveram conhecimento da gravidez com 4-5 semanas de gestação (59.7%), 22 grávidas com 6-10 semanas (35.5%), 2 grávidas com 11-18 semanas (3.2%) e 1 grávida descobriu a gravidez com mais de 18 semanas (1.6%). No que diz respeito ao planeamento da gravidez 49 grávidas referem que a gravidez foi planeada (79%) e 13 grávidas referem que não foi planeada (21%). Quanto à pergunta planeava ter filhos, 60 grávidas referem que planeavam (96.8%) e 2

grávidas referem que não planeavam (3.2%). Relativamente ao número de filhos, as grávidas referem que gostariam de ter em média 2 filhos, variando entre um mínimo 1 filho e um máximo de 4 filhos. Em relação à variável gravidez de risco, 50 mulheres mencionam que a gravidez não é de risco (80.6%) e 12 mulheres têm uma gravidez de risco (19.4%). Quanto à história de aborto, 46 grávidas nunca sofreram nenhum tipo de aborto (74.2%) e 16 mulheres já sofreram aborto (74.2%). Relativamente à preferência do sexo do bebé, 43 grávidas não têm preferência pelo sexo do bebé, 19 grávidas referem que têm preferência pelo sexo do bebé, destacando-se que 10 mulheres preferem um menino (16.1%) e 8 grávidas preferem uma menina (12.9%). Das participantes que demonstraram ter preferência pelo sexo do bebé, 51 mulheres conhecem o sexo do bebé (82.3%) e 11 mulheres não conhecem o sexo do bebé. Das grávidas que conhecem o sexo do bebé, 29 grávidas estão à espera de um menino (46.8%) e 22 grávidas de uma menina (35.5%). No que concerne à preocupação com a gravidez/ bebé, 33 grávidas referem que estão um pouco preocupadas (53.2%), 10 grávidas estão bastante preocupadas (16.1%), 9 grávidas estão muito preocupadas (14.5%), 6 grávidas estão demasiado preocupadas (9.7%) e 4 grávidas não estão preocupadas. As grávidas referem na sua maioria que sentem o bebé mexer (83.9%) e 10 grávidas referem não sentir (16.1%).

Relativamente à variável acariciar a barriga, 60 grávidas acariciam a barriga todos os dias (96.8%) e 2 grávidas referem que acariciam 1-2 vezes por semana. Em relação à variável falar com o bebé, 52 grávidas falam com a barriga todos os dias (83.9%), 5 grávidas falam 1-2 vezes por semana (8.1%), 4 grávidas referem que raramente falam (6.5%), e 1 grávida refere que não fala (1.6%). No que concerne à variável costuma a ler sobre a gravidez/maternidade, 48 grávidas referem que costumam ler com frequência (77.4%) e 14 grávidas mencionam ler por vezes (22.6%). Quanto à participação do companheiro nas consultas, 32 gestantes referem que o companheiro frequentemente participa nas consultas (51.6%), 20 grávidas referem às vezes (32.3%), 6 grávidas referem que raramente (9.7%) e 4 grávidas referem que nunca as acompanharam (6.5%). No que se refere ao apoio da família, 55 grávidas referem terem o apoio frequentemente (88.7%), 6 grávidas referem que raramente têm apoio (9.7%) e 1 referem que não têm o apoio da família (1.6%). Pelo contrário, na variável apoio pelo pai do bebé as grávidas referem que 57 mulheres frequentemente sentem-se apoiadas (91.9%), 4 mulheres mencionam às vezes (6.5%) e 1 mulher refere que nunca teve o apoio por parte do pai do bebé (1.6%). Relativamente à presença do pai nas ecografias 52 grávidas referem que os companheiros estão presentes (83.9%), 10 grávidas indicam que o pai não está presente nas ecografias (16.1%). Quanto à presença do pai no parto 52 mulheres referem que querem que o

companheiro participe (83.9%) e 10 mulheres referem não quer a presença do pai no parto (16.1%).

Quadro 4: Dados relativos à gravidez/ parentalidade na amostra total (N=62)

<i>Variáveis</i>	n	%
Tem filhos		
Sim	30	48.4
Não	32	51.6
Este bebé é:		
Primeiro filho	32	51.6
Segundo filho	28	45.2
Terceiro filho	2	3.2
Tempo de gestação		
4 semanas	1	1.6
4-8 semanas/8-12 semanas	5	8.1
12-18 semanas	5	8.1
18-24 semanas	9	14.5
24-32 semanas	19	30.6
32-36 semanas	17	27.4
≥37 semanas	6	9.7
Há quantas semanas descobriu que estava grávida		
4-5 semanas	37	59.7
6-10 semanas	22	35.5
11-18 semanas	2	3.2
Gravidez planeada		
Sim	49	79
Não	13	21
Planeava ter filhos		
Sim	60	96.8
Não	2	3.2
Gravidez de risco		
Sim	12	19.4
Não	50	80.6
Aborto		
Sim	16	25.8
Não	46	74.2
Preferência pelo sexo do bebé		
Sim	19	30.6
Não	43	69.4
Preferência de género		
Menino	10	16.1
Menina	8	12.9
Conhecimento do sexo do bebé		
Sim	51	82.3
Não	11	17.7
Se sim:		
Menino	29	46.8
Menina	22	35.5
Preocupação com a Gravidez/Bebé		
Nada	4	6.5
Um pouco	33	53.2
Bastante	10	16.1
Muito	9	14.5

Quadro 5: Dados relativos à gravidez/ parentalidade na amostra total (N=62) (continuação)

<i>Variáveis</i>	n	%
Alguma vez sentiu o bebé mexer		
Sim	52	83.9
Não	10	16.1
Frequência com que acaricia a Barriga		
Todos os dias	60	96.8
1-2 vezes por semana	2	3.2
Frequência com que “Fala com a Barriga”		
Todos os dias	52	83.9
1-2 vezes por semana	5	8.1
Raramente	4	6.5
Não falo	1	1.6
Costuma ler sobre a Gravidez/ Maternidade		
Sim, com frequência.	48	77.4
Por vezes	14	22.6
Companheiro acompanha nas consultas		
Nunca	4	6.5
Raramente	6	9.7
Às vezes	20	32.3
Frequentemente	32	51.6
Preocupação de apoio pelo pai do bebé		
Nunca	1	1.6
Às vezes	4	6.5
Frequentemente	57	91.9
Presença do pai na ecografia		
Sim	52	83.9
Não	10	16.1
Deseja a presença do pai no parto		
Sim	52	83.9
Não	10	16.1

1.4.4. Caracterização Sociodemográfica e clínica das gestantes primíparas e múltiparas

As características sociodemográficas das grávidas por paridade são apresentadas nos quadros 6 e 7. Utilizou-se o *t-test* para testar as diferenças entre as grávidas primíparas e múltiparas nas variáveis de natureza intervalar ou contínua (e.g. idade) e o teste de *Qui-Quadrado* nas variáveis categóricas (e.g. estado civil).

Em relação à idade, a amostra é constituída por 32 grávidas primíparas com uma média de idade de 28.7 (DP=4.01) e por 30 grávidas múltiparas com uma média de idade de 32.4 (DP=4.38). Esta diferença é estatisticamente significativa ($t=3.55$; $p=.00$), sendo as grávidas múltiparas mais velhas do que as primíparas. A idade das grávidas primíparas varia entre os 22 e os 39 anos e a idade das grávidas múltiparas varia entre os 25 e os 42 anos.

Quanto à idade categorizada, 65.6% grávidas primíparas apresentam idades entre 20-30 anos e 34.4% apresentam idades entre 30-42. Em relação às múltiparas a amostra é constituída por 30% de grávidas com idades entre os 20-30 anos e por 70% grávidas entre os

30-42. Verificam-se diferenças significativas em relação à idade categorizada ($\chi^2=7.87$; $p=.01$), apresentando o grupo das grávidas múltiplas um maior número de elementos com idade entre 30-42 anos.

Relativamente ao estado civil, 78.1% grávidas primíparas são casadas e 21.9% grávidas primíparas são solteiras ou têm outro estado civil. Quanto às grávidas múltiplas 96.7% são casadas e 3.3% são solteiras ou têm outro estado civil. Também se verifica diferenças estatisticamente significativas ($t=4.74$; $p=.05$), apresentando o grupo das grávidas múltiplas um maior número de grávidas casadas.

No que concerne ao tempo de relacionamento categorizado, 41.9% grávidas primíparas referem que o seu relacionamento com o seu companheiro varia entre os 0 a 5 anos, 35.5% grávidas primíparas referem que o seu relacionamento já perdura entre os 6 e os 10 anos e 22.6% grávidas primíparas referem que o seu relacionamento tem entre 11 a 20 anos. Em relação às grávidas múltiplas, 17.9% apresentam um relacionamento entre os 0 e os 5 anos, 32.1% referem ter um relacionamento entre os 6 e os 10 anos e 50% mantêm um relacionamento entre os 11 e os 20 anos. Verificam-se assim diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2= 5.95$; $p=.05$), apresentando as grávidas primíparas maior tempo de relacionamento conjugal entre os 0 a 5 anos e os 6 a 10 anos do que as múltiplas. No entanto as grávidas múltiplas apresentam maior tempo de relacionamento conjugal entre os 11 e os 20 anos.

Nas grávidas primíparas, 40.6% da amostra residem no meio urbano e 59.4% da amostra reside no meio rural. Nas grávidas múltiplas, 36.7% da amostra reside no meio urbano e 63.3% no meio rural. Na presente amostra não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação à área de residência ($\chi^2= 0.10$; $p=0.80$).

Quanto às habilitações literárias, 50% das grávidas primíparas apresentam habilitações inferiores ao 12ºano e 50% das grávidas primíparas apresentam habilitações igual ou superior ao 12ºano. As grávidas múltiplas, 76.7% da amostra apresentam habilitações inferior ao 12º ano e 23.3% da amostra apresentam habilitações iguais ou superiores ao 12º ano. Assim, nesta amostra verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível das habilitações ($\chi^2= 4.72$; $p= 0.04$), evidenciando as grávidas primíparas maior escolaridade ($\geq 12^\circ$ ano) do que as grávidas múltiplas.

No que diz respeito à profissão, 50% grávidas primíparas têm profissões de competência média, comerciantes, industriais de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas, 50% grávidas primíparas são operários especializados e semiespecializadas, trabalhadoras rurais e

domésticas. Quanto às grávidas múltíparas 36.7% da amostra têm profissões de competência média, comerciantes, industriais de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas e 63.3% são operários especializados e semiespecializados, trabalhadoras rurais e domésticas. Na presente amostra não se verificam diferenças de profissão em relação à paridade ($\chi^2=1.12$; $p=0.32$).

Relativamente ao estatuto profissional 75% das grávidas primíparas são empregadas e 25% grávidas primíparas são desempregadas. No que concerne às grávidas múltíparas 79.3% da amostra são empregadas e 9.8% são desempregadas. Deste modo, não se verificam diferenças entre os grupos no estatuto profissional em relação à paridade ($\chi^2=0.16$; $p=0.77$).

No que concerne à constituição do agregado familiar, 84.4% grávidas primíparas referem que o seu agregado é constituído por duas pessoas e 15.6% grávidas primíparas referem que o seu agregado é composto por três ou mais pessoas. Nas grávidas múltíparas 6.7% da amostra refere que o seu agregado é constituído por duas pessoas e 93.3% residem com três ou mais pessoas. Assim, verificam-se diferenças entre os grupos na constituição do agregado familiar ($\chi^2=37.56$; $p=0.00$). As grávidas primíparas apresentam uma maior percentagem de agregado familiar constituído por duas pessoas do que as grávidas múltíparas.

Quanto ao rendimento mensal do agregado familiar, 12.50% das grávidas primíparas apresentam rendimentos entre o intervalo [485€ a 750€] e 87.50% grávidas primíparas apresentam rendimentos entre os 750€ a mais de 2500€ mensais. Nas grávidas múltíparas, 23.3% da amostra tem rendimentos entre os 485€ e os 750€ mensais, e 76.7% têm rendimentos entre os 750€ e mais de 2500€ mensais. Nesta amostra, não se verificam diferenças entre os grupos em relação aos rendimentos ($\chi^2=1.25$; $p=0.33$).

Relativamente à pergunta tem irmãos, 93.8% grávidas primíparas referem terem irmãos, e 6.2% grávidas primíparas não têm irmãos. Nas grávidas múltíparas 93.3% da amostra têm irmãos e 6.7% da amostra referem não ter. Deste modo, não se verificam diferenças entre os grupos em relação a esta variável ($\chi^2=0.00$; $p=1$).

No que diz respeito às características clínicas, 15.6% grávidas primíparas têm doença e 84.4% grávidas primíparas não têm doenças. Nas múltíparas 16.7% da amostra têm doença e 83.3% da amostra não têm doença. Nesta amostra, não se verificam diferenças em relação a esta variável ($\chi^2=0.01$; $p=1$).

Quanto ao acompanhamento psicológico/ psiquiátrico, 9.4% grávidas primíparas referem que já tiveram acompanhamento, 90.6% grávidas primíparas nunca tiveram acompanhamento. Nas grávidas múltíparas 13.3% da amostra já tiveram acompanhamento e 86.7% da amostra

nunca tiveram acompanhamento. Deste modo, não se verificam diferenças significativas entre esta variável e a paridade ($\chi^2=0.24$; $p=0.70$).

No que concerne à medicação 40.6% das grávidas primíparas tomam medicação e 59.4% não tomam medicação. Nas grávidas múltíparas 13.3% da amostra tomam medicação e 87.7% da amostra não tomam medicação. Nesta amostra verificam-se diferenças significativas entre estas variáveis ($\chi^2=5.80$; $p=0.02$), as grávidas primíparas ingerem mais medicação do que as múltíparas.

Quadro 6: Caracterização Sociodemográfica e Clínica das grávidas: primíparas e múltíparas (N=62)

Variáveis	Grávidas Primíparas				Grávidas Múltíparas			
	n	%	M	DP	n	%	M	DP
Idade	32		28.66	4.01	30		32.4	4.38
Idade categorizada								
20-30 anos	21	65.6			9	30		
30-42 anos	11	34.4			21	70		
Estado civil								
Casada	25	78.1			29	96.7		
Solteira/Outra	7	21.9			1	3.3		
Tempo de relacionamento categorizado								
≤5 anos	13	41.9			5	17.9		
≤10 anos	11	35.5			9	32.1		
≤20 anos	7	22.6			14	50		
Área de residência								
Urbana	13	40.6			11	36.7		
Rural	19	59.4			19	63.3		
Habilitações literárias categorizada								
≤12º ano	16	50			23	76.7		
>12º ano	16	50			7	23.3		
Profissão								
Nível I	16	50			11	36.7		
Nível II	16	50			19	63.3		
Estatuto Profissional								
Empregada	24	75			23	79.3		
Desempregada	8	25			6	20.7		
Número de elementos do Agregado Familiar								
Casal	27	84.4			2	6.7		
Três ou mais pessoas	5	15.6			28	93.3		
Rendimentos								
[485€ a 750€[4	12.5			7	23.3		
[750€ a mais de 2500€[28	87.5			23	76.7		

Quadro 7: Caracterização Sociodemográfica e Clínica das grávidas: primíparas e múltíparas (N=62) (continuação)

Variáveis	Grávidas Primíparas		Grávidas Múltíparas	
	n	%	n	%
Tem irmãos			28	93.3
Sim	30	93.8	2	6.7
Não	2	6.2	28	93.3
Tem alguma doença				
Sim	5	15.6	5	16.7
Não	27	84.4	25	83.3
Já teve acompanhamento no passado				
Sim	3	9.4	4	13.3
Não	29	90.6	26	86.7
Toma medicação				
Sim	13	40.6	4	13.3
Não	19	59.4	26	87.7

Sumariando, a análise das características sociodemográficas da amostra por paridade, revela que se verificam diferenças entre os grupos de grávidas (primíparas e múltíparas) em algumas variáveis, nomeadamente na idade, na idade categorizada, no estado civil, no tempo de relacionamento, nas habilitações literárias, no número de elementos que constituem o agregado familiar e na medicação. Assim, as gestantes múltíparas são de um modo geral mais velhas, apresentam um maior número de grávidas com idades entre os 30-42 anos, também apresentam um maior número de grávidas com o estado civil casada. Possuem também habilitações académicas mais elevadas, sendo a maior parte das grávidas operárias especializadas e semiespecializadas, trabalhadoras rurais e domésticas. Estas diferenças serão tidas em consideração nas análises estatísticas e na interpretação dos resultados.

1.4.5. Dados relativos à gravidez e parentalidade das grávidas: primíparas e múltíparas

Os dados relativos à gravidez/parentalidade das subamostras primíparas e múltíparas são apresentados nos quadros 8 e 9.

Relativamente ao tempo de gestação, 37.5% das grávidas primíparas apresentam menos de 24 semanas, 62.5% das grávidas têm 24 ou mais semanas de gestação. Nas grávidas múltíparas 26.7% da amostra têm menos de 24 semanas e 73.3% da amostra têm 24 ou mais semanas de gestação. Não se verificam diferenças significativas entre as variáveis ($\chi^2=0.83$; $p=0.42$).

No que concerne à variável quando descobriu que estava grávida, 71.9% das grávidas primíparas referem ter descoberto entre as 4 e 5 semanas, e 28.1% das grávidas primíparas

referem terem descoberto a partir das 6 semanas. Nas grávidas múltíparas 46.7% da amostra refere ter descoberto entre as 4 e 5 semanas e 53.3% da amostra referem terem descoberto a partir das 6 semanas. Nesta amostra verificam-se diferenças entre as variáveis ($\chi^2=4.09$; $p=0.07$), tendo 16 grávidas múltíparas (53.3%) tido conhecimento do estado da gravidez após as seis semanas.

Em relação à variável a gravidez foi planeada, 87.5% das grávidas primíparas referem que sim e 12.5% das grávidas primíparas referem que não. Nas grávidas múltíparas referem que 70% das grávidas refere que foi planeada e 30% da amostra refere que não. Nesta amostra, não se verifica, diferenças significativas entre as variáveis ($\chi^2=2.86$; $p=0.12$).

Relativamente à variável pensava ter filhos, 96.9% das grávidas primíparas referem que pensavam ter filhos, 3.1% das grávidas primíparas referem não terem pensado em ter filhos. Nas grávidas múltíparas 96.7% da amostra referem terem pensado e 3.3% da amostra referem que não pensava. Assim sendo, não se verificaram diferenças significativas entre estas variáveis ($\chi^2=0.00$; $p=1$).

No que concerne à variável a gravidez é de risco, 18.8% das grávidas primíparas referem que sim, 81.2% das grávidas primíparas referem que não. Nas grávidas múltíparas, 20% da amostra refere que a gravidez é de risco e 80% da amostra refere que não é de risco. De referir, que não existem diferenças significativas entre estas variáveis ($\chi^2=0.02$; $p=1$).

Quanto à variável história anterior de aborto, 12.5% das grávidas primíparas referem que já sofreram um aborto, 87.5% das grávidas primíparas referem que nunca sofreram um aborto. Nas grávidas múltíparas 40% da amostra referem que já sofreram um aborto e 60% da amostra nunca sofreram um aborto. Nesta amostra verificam-se diferenças significativas entre as variáveis ($\chi^2=6.12$; $p=0.02$), evidenciando as grávidas múltíparas maior percentagem de ocorrência de abortos anteriores a esta gravidez.

Relativamente à variável preferência pelo sexo do bebé, 34.4% das grávidas primíparas referem que tem preferência pelo sexo do bebé, tendo 50% das grávidas tem preferência por um menino e 50% das grávidas preferem uma menina. 73.3% das grávidas primíparas referem que não tem preferência pelo sexo do bebé. 26.7% das grávidas múltíparas referem ter preferência, tendo 62.5% das grávidas múltíparas preferência por um menino e 37.5% por uma menina. De referir que não se verificam diferenças significativas entre a preferência do sexo do bebé e a paridade ($\chi^2=0.43$; $p=0.59$). Não se verificam assim diferenças significativas entre os grupos de grávidas em relação à variável preferência pelo sexo do bebé ($\chi^2=0.28$; $p=0.66$).

No que diz respeito a ter conhecimento do sexo do bebê, 78.1% das grávidas primíparas referem que sim, 21.9% das grávidas primíparas referem que não. Nas grávidas múltíparas 86.7% das grávidas já sabem o sexo do bebê e 13.3% das grávidas não sabem. Estas variáveis não apresentam diferenças significativas com a paridade ($\chi^2=0.77$; $p=0.51$). Das grávidas primíparas 64% referem que vão ter um menino e 36% das grávidas primíparas referem que vão ter uma menina. Nas grávidas múltíparas 50% da amostra referem que vão ter um menino e 50% da amostra referem que vão ter uma menina. Deste modo, não se verificam diferenças entre as grávidas primíparas e múltíparas nesta variável ($\chi^2=1.02$ $p=0.31$).

Quanto à preocupação com a gravidez, 65.6% das grávidas primíparas referem sentir pouca preocupação, 34.4% das grávidas primíparas demonstram bastante a muita preocupação. Nas grávidas múltíparas 56.7% da amostra demonstram pouca preocupação, 43.3% da amostra demonstram bastante a muita preocupação. Nesta variável não existem diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2=0.52$; $p=0.60$).

Referente à variável já alguma vez sentiu o bebê mexer, 78.1% das grávidas primíparas já sentiram o bebê mexer e 21.9% das grávidas primíparas ainda não sentiram o bebê mexer. Nas grávidas múltíparas 90% da amostra já sentiram o bebê mexer e 10% da amostra ainda não sentiram o bebê. Assim sendo, não se verificaram diferenças significativas nesta variável ($\chi^2=1.61$; $p=0.30$).

Quanto à variável com que frequência acaricia a barriga 100% das grávidas primíparas e 100% das grávidas múltíparas referem que acariciam todos os dias. Nas grávidas primíparas 90.6% referem que falam sempre com a barriga e 9.4% das grávidas primíparas referem que falam com a barriga algumas vezes. Nas grávidas múltíparas, 76.7% falam sempre com a barriga e 23.3% das grávidas múltíparas referem que falam algumas vezes falam com a barriga. Não existem assim diferenças significativas entre as grávidas múltíparas e primíparas nestas variáveis ($\chi^2=2.23$; $p=0.18$).

No que diz respeito à variável costuma ler sobre a gravidez/maternidade 87.5% das grávidas primíparas referem que costumam ler com frequência e 12.5% referem que costumam ler por vezes. Nas grávidas múltíparas 66.7% da amostra refere que costuma ler com frequência e 33.3% da amostra referem que costumam ler por vezes. Nesta variável verificam-se diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2=3.84$; $p=0.07$), sendo que uma maior percentagem de grávidas primíparas lê acerca da gravidez/parentalidade.

Quanto à presença do pai nas consultas 18.8% das grávidas primíparas referem que o pai não os acompanha e 81.2% das grávidas primíparas referem que acompanha. Nas gestantes

múltiparas 13.3% da amostra referem que o pai não as acompanha e 86.7% das grávidas referem que o pai acompanha nas consultas. Deste modo, os grupos de grávidas não apresentam diferenças significativas entre as variáveis ($\chi^2=0.34$; $p=0.73$).

Relativamente à variável sente-se apoiada pela família, 9.4% das grávidas primíparas sentem-se pouco apoiadas pela família, 90.6% das grávidas primíparas referem que se sentem apoiadas sempre. Nas grávidas múltiparas 13.3% da amostra referem que se sentem pouco apoiadas e 86.7% da amostra sentem-se sempre apoiadas. Assim sendo, não existe diferenças significativas entre as grávidas múltiparas e primíparas ($\chi^2=0.24$; $p=0.70$). Quanto à variável sente-se apoiada pelo pai do bebé 96.9% das grávidas primíparas referem que se sentem apoiadas e 3.1% das grávidas primíparas referem que não se sentem apoiadas. No grupo das múltiparas todas as grávidas se sentem apoiadas pelo pai do bebé. Neste estudo, não existe diferenças significativas entre os grupos de grávidas ($\chi^2=0.95$; $p=1$). No que concerne à variável o pai já assistiu alguma ecografia 84.4% das grávidas primíparas referem que o pai já assistiu, 15.6% das grávidas primíparas referem que o pai nunca assistiu a nenhuma ecografia. Nas grávidas múltiparas 83.3% da amostra referem que o pai já assistiu a ecografias e 16.7% da amostra referem que nunca assistiram a nenhuma ecografia. Neste estudo não existem diferenças entre as grávidas múltiparas e primíparas ($\chi^2=0.01$; $p=1$).

Por último, a variável gostava que o pai assistisse ao parto, 84.4% das grávidas primíparas referem que sim e 15.6% das grávidas primíparas referem que não querem que o pai assista ao parto. Nas grávidas múltiparas 83.3% da amostra querem que o pai assista ao parto e 16.7% da amostra não querem que o pai assista ao parto. Deste modo, não existem diferenças entre os grupos de grávidas ($\chi^2=0.01$; $p=1$).

Quadro 8: Caracterização dos dados relativos à gravidez/ parentalidade das grávidas primíparas e múltiparas (N=62)

Variáveis	Grávidas Primíparas		Grávidas Múltiparas		t/χ^2	p
	n	%	n	%		
Tempo de gestação					0.83	0.42
<24 semanas	12	37.5	8	26.7		
≥24 semanas	20	62.5	22	73.3		
Com quantas semanas descobriu a gravidez					4.09	0.07
4-5 semanas	23	71.9	14	46.7		
A partir das 6 semanas	9	28.1	16	53.3		
A gravidez foi planeada					2.86	0.12
Sim	28	87.5	21	70		
Não	4	12.50	9	30		
Pensava em ter filhos					0.00	1
Sim	31	96.9				
Não	1	3.1	29	96.7		

Quadro 9: Caracterização dos dados relativos à gravidez/ parentalidade das grávidas primíparas e múltiparas (N=62) (continuação)

Variáveis	Grávidas Primíparas		Grávidas Múltiparas		t/χ^2	p
	n	%	n	%		
A gravidez é considerada de risco					0.02	1
Sim	6	18.8	6	20		
Não	26	81.2	24	80		
Já teve algum aborto					6.12	0.02
Sim	4	12.50	12	40		
Não	28	87.50	18	60		
Tem preferência pelo sexo do bebê					0.43	0.59
Sim	11	34.4	8	26.7		
Não	21	65.6	22	73.3		
Preferência					0.28	0.66
Menino	5	50	5	62.5		
Menina	5	50	3	37.5		
Já sabe o sexo do bebê					0.77	0.51
Sim	25	78.1	26	86.7		
Não	7	21.9	4	13.3		
Qual é o sexo					1.02	0.31
Menino	16	64	13	50		
Menina	9	36	13	50		
Preocupa-se com a gravidez					0.52	0.60
Um pouco	21	65.6	17	56.7		
Bastante a muito	11	34.4	13	43.3		
Já alguma vez sentiu o bebê mexer					1.61	0.30
Sim	25	78.1	27	90		
Não	7	21.9	3	10		
Acaricia a barriga					-	-
Sim	32	100	30	100		
Com que frequência “fala com a barriga”					2.23	0.18
Sempre	29	90.6	23	76.7		
Algumas vezes	3	9.4	7	23.3		
Costuma ler sobre a gravidez/maternidade					3.84	0.07
Sim, com frequência	28	87.5	20	66.7		
Por vezes	4	12.5	10	33.3		
O pai acompanha nas consultas					0.34	0.73
Não acompanha	6	18.8	4	13.3		
Acompanha	26	81.2	26	86.7		
Sente-se apoiada pela família					0.24	0.70
Pouco apoiada	3	9.4	4	13.3		
Apoiada sempre	29	90.6	26	86.7		
Sente-se apoiada pelo pai do bebê					0.95	1
Sim	31	96.9	30	100		
Não	1	3.1	0	0		
O pai já assistiu alguma ecografia					0.01	1
Sim	27	84.4	25	83.3		
Não	5	15.6	5	16.7		
Gostava que o companheiro estivesse presente no parto					0.01	1
Sim	27	84.4	25	83.3		
Não	5	15.6	5	16.7		

Nos dados relativos à gravidez/ parentalidade por paridade verificaram-se diferenças ao nível da paridade em algumas variáveis, tempo de gestação em que descobriu a gravidez, história de aborto e costuma ler sobre a gravidez e a parentalidade. Os dados obtidos evidenciam que as grávidas primíparas apresentam uma menor percentagem de história de aborto, um maior número de grávidas que descobriram a gravidez com menos tempo gestacional e também um maior número de grávidas que costuma ler com frequência sobre a gravidez e a parentalidade comparativamente com as grávidas múltiparas. Seguidamente serão apresentadas as medidas de avaliação utilizadas neste estudo.

1.5. Material e Instrumentos de Avaliação

Na recolha dos dados foram utilizadas as versões portuguesas dos seguintes instrumentos de avaliação: *Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS)*, *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* e o *Relationship Questionnaire (RQ)*. Estes instrumentos encontram-se validados e aferidos para a população portuguesa tendo já sido utilizados em estudos com grávidas. Foi desenvolvido apenas para este estudo, um questionário para recolha de dados sociodemográficos, dados clínicos e acerca dos conhecimentos das participantes sobre a gravidez.

1.5.1. Questionário de dados sociodemográficos, dados clínicos e de conhecimentos acerca da gravidez

O questionário de dados sociodemográficos e clínicos foi utilizado para a recolha de informações sociais, demográficas e alguns dados clínicos das participantes. Os itens deste instrumento são constituídos por questões de escolha múltipla e de resposta breve e referem-se à idade, estado civil, tempo de relacionamento com o companheiro, área de residência, habilitações literárias, profissão estatuto profissional, nível socioeconómico, constituição do agregado familiar. Relativamente aos dados clínicos, o questionário permitiu recolher informação acerca de variáveis clínicas, como condição atual em termos psiquiátricos e médicos, doenças médicas, história de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, medicação. Também permitiu recolher informação acerca de dados relativos à gravidez, como tempo gestacional, planeamento e de desejo da gravidez, aceitação inicial pela grávida e pelo companheiro, projetados pela grávida e pelo casal, paridade (primípara ou múltipara), história de gravidez de risco (pessoal e familiar) e acompanhamento conjugal na gravidez, tempo até engravidar, número de ecografias realizadas, conhecimento do sexo do bebé, e a frequência e intensidade com que sente os movimentos do bebé. A última parte deste questionário foca os

conhecimentos que as participantes tem acerca da gravidez e é constituída através de questões acerca dos cuidados pré-natais da finalidade das ecografias realizadas ao longo da gravidez, das mudanças que este período implica tanto a nível físico como psicológico da gestante (mudanças no companheiro, mudanças ao nível conjugal, implicações ao nível sexual, funções do cordão umbilical, importância da placenta para o bebé), das fases da gravidez e do desenvolvimento do bebé ao longo na gravidez.

1.5.2. Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS Condon, 1993; versão portuguesa Camarneiro & Justo, 2007).

A Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale – MAAS (Condon, 1993) foi traduzida e adaptada por Camarneiro & Justo (2007). Esta escala de vinculação pré-natal avalia a vinculação dos pais ao feto e é constituída por duas subescalas: a escala materna com 19 itens e a escala paterna com 16 itens. Neste estudo utilizou-se a escala materna. De acordo com Condon (1993; cit. in Rodrigues, 2009), as duas escalas avaliam os sentimentos, atitudes e comportamentos dirigidos ao feto. Contudo, ambas as escalas representam duas dimensões distintas: a qualidade da vinculação e a intensidade da vinculação. A qualidade de vinculação mostra a qualidade das experiências afetivas e abrange sentimentos positivos de proximidade, ternura, prazer na interação, tensão perante a fantasia da perda do bebé e conceptualização do feto como uma pessoa segura. A outra dimensão é a intensidade da vinculação que revela a força e a intensidade da preocupação com o feto, que inclui a quantidade de tempo passado a pensar, falar sobre, sonhar sobre ou palpar o feto, bem como a intensidade dos sentimentos que acompanham estas experiências (Gomez & Leal, 2007). De acordo com (Mendes, 2002) a vinculação total representa a amplitude de concordância entre o que a mãe descreve de si e dos seus comportamentos face ao bebé.

Nas duas escalas, cada afirmação tem cinco opções de resposta (1- baixa vinculação; 5- alta vinculação) com pontuação crescente de 1 a 5 (itens 2, 4, 9, 10, 11 e 14), ou na ordem inversa de 5 a 1 (itens 1, 3, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 15 e 16). Os totais de cada escala resultam do somatório dos respectivos itens. As notas mais elevadas demonstram um estilo de vinculação mais positivo. Ambas as escalas são de preenchimento rápido (aproximadamente de cinco minutos) e estão adaptadas para os pais com e sem filhos anteriores (Gomez & Leal, 2007).

Cada escala tem os seguintes itens (os itens entre parênteses devem ser invertidos), qualidade de vinculação, (3), (6), (9), (10), 11, (12), 13, (15), (16) e 19, na dimensão intensidade de preocupação, (1), 2, 4, (5), 8, 14, 17, (18)

Ao nível da fidelidade, diferentes estudos demonstraram que a escala apresenta uma boa consistência interna. No estudo de validação do instrumento, Camarneiro e Justo (2010) realizaram um estudo numa amostra de 212 casais (424 sujeitos) que se encontravam no 2º trimestre de gravidez e que frequentavam as consultas de vigilância pré-natal em centros de saúde e maternidade na região do Centro do País. Relativamente aos resultados os autores encontraram uma consistência interna razoável, comprovada com *alfa de Cronbach* de 0.73 para a dimensão qualidade de vinculação e de .60 para a subescala intensidade de preocupação. De referir, que os autores organizaram a dimensão qualidade de vinculação materna em oito itens: 2, 3, 6,7,9,11,12 e 13, e a dimensão intensidade de preocupação ou tempo despendido no modo de vinculação, em sete itens: 1, 4, 5, 8, 10, 17 e 18. Em geral, o estudo de validação da AEAS indicou, segundo os autores, boas características de fidelidade e validade que permitem a sua utilização com confiança.

1.5.2.1. Características psicométricas da AEAS na amostra em estudo

Na avaliação da consistência interna, tal como efetuado pelos autores originais, foi calculado o *alfa de Cronbach* para a escala total e para as subescalas qualidade de vinculação e intensidade de preocupação. Nos quadros 10, 11 e 12 são apresentados respetivamente os coeficientes de consistência interna da subescala qualidade de vinculação, da subescala intensidade de preocupação e da total AEAS. Apesar de haver itens que se fossem eliminados aumentariam ligeiramente o α de *Cronbach*, considerou-se não se justificar a eliminação dos itens. No quadro 10 e 11 são apresentados os coeficientes de consistência interna da subescala qualidade de vinculação. Na subescala qualidade de vinculação obteve-se um *alfa de Cronbach* de .49 inferior ao do estudo original (0.60).

Quadro 10: Resultados da análise de consistência interna da subescala qualidade de vinculação (N=62)

Itens	Correlação do Item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1. Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido:	.39	.40
2. Nas duas últimas semanas, eu penso no bebé em desenvolvimento, principalmente como:	.03	.54
3. Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que tenho dentro de mim ou falo para ele, os meus pensamentos:	.51	.38
4. A imagem que eu tenho da aparência do bebé dentro do meu útero, neste momento é:	.30	.46
5. Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que trago no meu ventre, os meus sentimentos são:	.47	.38

Quadro 11: Resultados da análise de consistência interna da subescala qualidade de vinculação (N=62) (continuação)

Itens	Correlação do Item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
6. Algumas mulheres grávidas, às vezes, ficam tão irritadas com o bebê que trazem no seu ventre que sentem como se tivessem vontade de magoá-lo ou castigá-lo:	.22	.46
7. Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido:	.23	.45
8. Quando vir o meu bebê pela primeira vez depois de nascer, espero sentir:	.40	.49
9. Quando o meu bebê nascer, eu gostaria de pegar nele:	.10	.48
10. Se a gravidez se perdesse neste momento (espontaneamente ou devido a qualquer acidente) sem disso resultar dor ou lesão para mim, penso que iria sentir-me:	.05	.50
$\alpha = 0.49$		

No estudo da consistência interna da subescala Intensidade de Preocupação (quadros 12) obteve-se um *alfa de Cronbach* de 0.66, o que evidencia uma consistência interna aceitável, tendo estes resultados revelado um *alfa de Cronbach* muito próximo do *alfa* da validação do instrumento da vinculação pré-natal.

Quadro 12: Resultados da análise de consistência interna da subescala Intensidade de Preocupação (N=62)

Itens	Correlação do Item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1. Nas duas últimas semanas tenho pensado no bebê que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele:	.23	.66
2. Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebê que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram:	.29	.64
3. Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebê em desenvolvimento. Este desejo é:	.54	.59
4. Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebê em desenvolvimento no meu útero:	.36	.63
5. Nas duas últimas semanas, dei por mim a falar para o meu bebê quando estou sozinha:	.51	.58
6. Nas duas últimas semanas, tive cuidado com aquilo que comi para me certificar que o bebê recebe uma boa dieta:	.22	.66
7. Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebê:	.40	.62
8. Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a mão a minha barriga no sítio onde o bebê se encontra:	.42	.63
$\alpha = .66$		

Os resultados do estudo de fidelidade mostram que nesta amostra, a escala da vinculação pré-natal revela características psicométricas o que permite a sua utilização nesta população.

1.5.3. State- Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; versão portuguesa Silva, 2003).

O STAI é um instrumento de autoaplicação, que tem como principal finalidade avaliar a ansiedade estado e ansiedade traço do sujeito. Este inventário é um instrumento de relato pessoal e é constituído por duas escalas com 20 itens cada, a escala Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço. As respostas estão cotadas numa escala do tipo *Lickert* que varia entre 1 e 4 pontos, correspondendo 1 ao grau mínimo e 4 ao grau máximo. Cada escala tem como pontuação máxima 80 e mínima de 20. Quanto maior alto for o resultado obtido pelo sujeito mais elevados serão os níveis de sintomatologia ansiosa (Silva, 2003). Na escala estado de ansiedade, as respostas classificam-se da seguinte maneira: 1-“não”, 2-“um pouco”, 3-“moderadamente”, 4 “muito”. Na escala traço de ansiedade 1 significa “quase nunca”, 2-“algumas vezes”, 3- “frequentemente, 4 - “quase sempre” (Cardoso, 2010).

No estudo de validação para a população portuguesa foram realizados três estudos. O primeiro estudo foi experimental (Santos & Silva, 1997). O primeiro estudo preliminar foi constituído por 201 estudantes pertencentes a dois grupos de estudantes do ensino secundário e universitário de ambos os sexos. De referir que a versão deste estudo era constituída por 23 itens na escala estado de ansiedade e 22 itens na escala traço de ansiedade. Contudo, os autores ao nível da consistência interna obtiveram um *alfa de Cronbach* de 0.85 para a escala ansiedade estado e um alfa de 0.86 para a escala traço de ansiedade. Os valores das correlações variaram entre 0.18 e 0.56 na escala estado de ansiedade e de 0.30 e 0.59 na escala traço de ansiedade. Consequentemente, com base nestes dados foi criada a versão experimental portuguesa do STAI. Esta versão foi aplicada a um grupo de estudantes do ensino secundário, 112 rapazes e 110 raparigas. Neste estudo, os autores obtiveram um *alfa de Cronbach* de 0.89 para a escala estado de ansiedade e de 0.88 para escala traço de ansiedade (Santos & Campos, 1998). Posteriormente Silva, Silva, Rodrigues e Luís (2000) realizaram o último estudo de validação para a população portuguesa, composto por 1000 indivíduos de ambos os sexos (193 mulheres e 807 homens), com idades entre os 17 e os 33 anos. Ao nível do estudo da consistência interna obtiveram um alfa de 0.91 e de 0.93 para escala estado de ansiedade, em mulheres e homens, respetivamente e de .89 para a escala traço de ansiedade em ambos os sexos. Quanto à correlação item-total corrigido os itens são

bons, os valores na escala de ansiedade varia entre 0.35 e 0.70 para o sexo masculino e de 0.37 e 0.71 no sexo feminino. Na escala traço de ansiedade os valores oscilaram entre 0.36 e 0.66 no sexo masculino e de 0.31 e 0.72 no sexo feminino. Deste modo, os autores puderam concluir que os resultados alcançados demonstram as boas qualidades psicométricas da escala.

1.5.3.1. Características Psicométricas do STAI na amostra em estudo

A análise das características psicométricas deste instrumento na presente investigação incidu no estudo da consistência interna. Foi calculado o *alfa de Cronbach* para a subescala ansiedade estado e ansiedade traço (quadros 13 e 14). Na análise da consistência interna da subescala ansiedade estado obteve-se um *alfa de Cronbach* de .85 (quadro 13).

Quadro 13: Resultados da análise de consistência interna da subescala ansiedade estado (N=62)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1. Sinto-me calma	.53	.84
2. Sinto-me segura	.53	.84
3. Estou tensa	.47	.84
4. Sinto-me com "culpas"	.31	.84
5. Sinto-me à vontade	.36	.84
6. Sinto-me aborrecida	.32	.85
7. Sinto-me presentemente preocupada com possíveis contratempos	.66	.83
8. Sinto-me descansada	.59	.83
9. Sinto-me ansiosa	.36	.84
10. Sinto-me confortável	.54	.83
11. Sinto-me com confiança em mim própria	.46	.84
12. Sinto-me nervosa	.56	.83
13. Sinto-me uma pilha de nervos	.44	.84
14. Sinto-me prestes a rebentar	.42	.84
15. Estou descontraindo	.67	.83
16. Sinto-me contente	.17	.85
17. Estou preocupada	.70	.82
18. Sinto-me muito excitada e aturdida	.23	.85
19. Sinto-me alegre	.12	.85
20. Sinto-me bem disposta	.10	.85

$\alpha = .85$

O valor de *alfa de Cronbach* obtido na subescala ansiedade traço foi de .76 (quadro 14).

Quadro 14: Resultados da análise de consistência interna da subescala ansiedade traço (N=62)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
21. Sinto-me bem disposta	.59	.73
22. Canso-me com facilidade	.30	.75
23. Apetece-me chorar	.38	.79
24. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	.25	.76
25. Perco oportunidades pois não consigo decidir com rapidez	.33	.75
26. Sinto-me descansada	.74	.71
27. Sou “calma, indiferente e serena”	.55	.73
28. Sinto que as dificuldades se amontoam de maneira que não consigo ultrapassá-las	.52	.74
29. Inquieto-me com coisas que na realidade não têm importância	.38	.75
30. Sou feliz	.27	.75
31. Levo as coisas muito a sério	.09	.77
32. Tenho falta de confiança em mim próprio	.38	.75
33. Sinto-me segura	.58	.73
34. Tento evitar fazer frente a uma crise ou dificuldade	.00	.78
35. Sinto-me “neura”	.22	.76
36. Alguns pensamentos sem importância passam pela minha cabeça e aborrecem-me	.31	.75
37. Tomo as contrariedades tão a sério que não consigo deixar de pensar nelas	.44	.74
38. Sou uma pessoa imperturbável	.01	.77
39. Quando penso nos assuntos que tenho entre mãos fico tensa e a “ferver por dentro”	.43	.74

$\alpha = .76$

Na análise da consistência interna das subescalas do inventário de ansiedade estado e ansiedade traço obtivemos *alfas de Cronbach* próximos aos do estudo original, demonstrando uma boa consistência interna. Assim, podemos concluir que o instrumento apresenta uma boa fidelidade e pode ser utilizado na amostra em estudo.

1.5.4. Relationship Questionnaire (RQ- Figueiredo, Diego, Hernandez-Rief, Deeds & Ascencio, 2008)

O Relationship Questionnaire é um instrumento de autorrelato que permite avaliar os aspetos positivos e negativos da relação conjugal. É constituído por 12 itens classificados numa escala do tipo *Lickert*, varia entre 1 e 4. Divide-se em duas subescalas, a subescala positiva e a subescala negativa (Cardoso, 2010).

A subescala positiva é constituída por 8 itens, em que avaliam dimensões como o sentimento do suporte e afeição, proximidade e atividades de interesse mútuo. Na subescala negativa são avaliadas dimensões como a ansiedade, irritabilidade e criticismo. Uma pontuação elevada na subescala positiva demonstra que os aspetos positivos prevalecem na relação conjugal. Contrariamente, pontuações elevadas na subescala negativa indica que os aspetos negativos prevalecem na relação conjugal. Deste modo, quanto maior for o resultado na escala total, melhor será a perceção acerca do relacionamento conjugal (Cardoso, 2010).

A versão portuguesa deste instrumento apresenta uma boa consistência interna. Na escala total o *alfa de Cronbach* obtido foi de 0.79, na subescala positiva 0.90 e na subescala negativa 0.72 e fidelidade teste-reteste $r=0.74$ para a escala total (Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds & Ascencio, 2008).

Cardoso (2010) realizou um estudo longitudinal com 260 casais e obteve um alfa de Cronbach para a subescala de relacionamento conjugal positivo de 0.80 no primeiro trimestre, de 0.80 no segundo trimestre, 0.82 no terceiro trimestre, de 0.81 no parto, 0.80 três meses após o parto e 0.81 vinte e quatro meses após o parto. Na subescala de relacionamento conjugal negativo obteve um alfa de 0.80 no primeiro trimestre e no segundo trimestre, 0.82 no terceiro trimestre, 0.81 no momento do parto e após 24 meses e de 0.80 após três meses.

1.5.4.1. Características psicométricas do RQ na amostra em estudo

A análise das características psicométricas deste instrumento incidiu no estudo da fidelidade interna. Nos quadros 15, 16 e 17 são apresentados respetivamente os coeficientes de consistência interna das subescalas de qualidade de relacionamento conjugal positivo e negativo. Na subescala da qualidade do relacionamento conjugal positivo obteve-se um *alfa de Cronbach* de .92.

Quadro 15: Resultados da consistência interna do relacionamento conjugal positivo na amostra em estudo (N=62)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1. Compartilha com o seu parceiro atividades que são de interesse de ambos?	.70	.57
2. Quando precisa de ajuda o seu parceiro ajuda-a, como gostaria que ele a ajudasse?	.78	.66
3. O seu parceiro está sempre ao seu lado?	.76	.65
4. Você e o seu parceiro demonstram afeto um pelo outro?	.70	.64
5. O seu parceiro cuida de si e preocupa-se consigo?	.83	.78
6. Você e o seu parceiro divertem-se muito quando estão juntos?	.71	.57
7. Quando algo corre mal, o seu parceiro vai ter consigo para ajudar?	.70	.54
8. Conta tudo ao seu parceiro?	.73	.64
$\alpha=.92$		

Na subescala qualidade do relacionamento conjugal negativo obteve-se um *alfa de Cronbach* de .49 (quadro 16).

Quadro 16: Resultados da análise de consistência interna do relacionamento conjugal negativo da amostra total (N=62)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1. Discute com o seu parceiro?	.24	.47
2. Sente-se aborrecida quando o seu parceiro está longe de si?	.00	.66
3. Você e o seu parceiro ficam irritados um com o outro?	.61	.13
4. O seu parceiro geralmente critica-a?	.41	.29
$\alpha= .49$		

O coeficiente *alfa de Cronbach* para a escala total da qualidade de relacionamento conjugal foi de .75 (quadro 17), revelando uma consistência interna boa .

Quadro 17: Resultados da análise de consistência interna do relacionamento conjugal total da amostra total (N=62)

	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
9. Compartilha com o seu parceiro atividades que são de interesse de ambos?	.68	.70
10. Quando precisa de ajuda o seu parceiro ajuda-a, como gostaria que ele a ajudasse?	.63	.71
11. O seu parceiro está sempre ao seu lado?	.65	.71
12. Você e o seu parceiro demonstram afeto um pelo outro?	.69	.71
13. Discute com o seu parceiro?	.35	.71
14. O seu parceiro cuida de si e preocupa-se consigo?	.69	.81
15. Você e o seu parceiro divertem-se muito quando estão juntos?	.65	.71.
16. Quando algo corre mal, o seu parceiro vai ter consigo para ajudar?	.55	.71
17. Conta tudo ao seu parceiro?	.46	.73
18. Sente-se aborrecida quando o seu parceiro está longe?	.04	.71
19. Você e o seu parceiro ficam irritados um com o outro?	.16	.71
20. O seu parceiro geralmente critica-a?	.65	.70
$\alpha = .75$		

Na análise da consistência interna das subescalas da qualidade de relacionamento conjugal da escala total os *alfas de Cronbach* que obtivemos estão próximos do estudo original, embora o *alfa* da escala de relacionamento conjugal negativo se encontre inferior. Assim, podemos concluir que o instrumento assegura uma boa fidelidade e pode ser utilizado na amostra em estudo.

1.6. Procedimentos de análise de dados

Após a recolha dos dados junto das participantes, procedeu-se à inserção dos dados numa base de dados do programa estatístico IBM SPSS (IBM- *Statistical Package for the Social Sciences*- versão 19).

Previamente à análise dos dados foi realizado um estudo de normalidade e homogeneidade dos dados dos diferentes instrumentos utilizados, através do teste *kolmogorov-Smirnov*, teste *de levene* e dos índices de *Kurtose e assimetria*. Nas variáveis com distribuição normal e homogeneidade da variância realizaram-se testes paramétricos. Quando violados os pressupostos de normalidade, utilizaram-se procedimentos não paramétricos.

No que concerne à caracterização da amostra, recorreu-se à estatística descritiva e à análise de distribuições e frequências. No estudo das diferenças existentes entre as grávidas

primíparas e múltíparas, nas variáveis sociodemográficas, clínicas e da gravidez/parentalidade, foram realizados o teste t para amostras independentes (nas variáveis intervalares e contínuas) e o teste *Qui-quadrado* (nas variáveis nominais). Foram ainda efetuados cálculos de coeficientes de correlação de *Sperman's Rho* para estudar a associação entre as subescalas e a correlação parcial para estudar a associação das covariantes.

Na comparação de grupos entre as grávidas primíparas e múltíparas, atendendo à distribuição dos dados, foram utilizados testes não paramétricos *U Mann-Whitney* e testes paramétricos *Anova One-Way* e *Manova*. Nas análises exploratórias para investigar a variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas e clínicas e dados acerca da gravidez/parentalidade foram utilizados testes não paramétricos *U Mann-Whitney* e *Kruskals-Wallis* e testes paramétricos *Anova One-Way*, *Manova* e *Mancova*.

Neste estudo assumiu-se um valor de significância de .05 como valor crítico de significância dos resultados dos testes. Considerou-se tendência de significância um valor de $p < .10$.

2. Apresentação dos resultados

Nesta parte da dissertação de mestrado apresentamos os resultados das análises estatísticas realizadas, sendo salientados os resultados mais relevantes e com maiores implicações para este estudo.

Os dados foram organizados de forma a dar resposta aos objetivos que orientam este estudo. Primeiramente serão apresentados os resultados descritivos obtidos nos diversos questionários, seguidamente serão apresentados os resultados dos testes estatísticos realizados na comparação de grupos, e por último, serão apresentados os dados obtidos nas análises exploratórias.

2.1. Resultados descritivos

De seguida são expostos os resultados descritivos na amostra total relativos à vinculação pré-natal, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal bem como e as percentagens relativas aos conhecimentos acerca da gravidez.

2.1.1. Vinculação materna pré-natal

Os resultados descritivos para as subescalas qualidade de vinculação e intensidade de preocupação encontram-se descritos no quadro 18. Na escala de vinculação pré-natal total verificou-se uma média de 79.16 (DP=5.98), tendo sido a resposta mínima encontrada de 62 e a máxima de 90. Relativamente à subescala qualidade de vinculação a média é de 43.27 (DP= 2.42), variando a resposta entre um mínimo de 34 a um máximo de 46. No que diz respeito à subescala intensidade de preocupação a média é de 30.95 (DP= 4.31), tendo as respostas variado entre um mínimo de 22 e um máximo de 40.

Quadro 18: Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo para a amostra total na vinculação pré-natal materna, subescala qualidade de vinculação e intensidade de preocupação (N=62)

Vinculação Materna Pré-Natal	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Max</i>
Vinculação Pré-Natal Materna Total	79.16	5.98	62	90
Qualidade de Vinculação	43.27	2.42	34	46
Intensidade de Preocupação	30.95	4.31	22	40

2.1.2. Ansiedade

No quadro 19 encontram-se descritos os resultados descritivos para as subescalas ansiedade estado e ansiedade traço (médias, desvio-padrão, mínimo e máximo).

Quadro 19: Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo para a amostra total da ansiedade total, subescalas ansiedade estado e ansiedade traço (N=62)

Subescalas do STAI	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Max</i>
Ansiedade Estado	36.60	8.02	23	58
Ansiedade Traço	42.11	6.45	29	57

Como podemos observar no quadro 19, na subescala ansiedade estado a média é de 36.60 (DP=8.02), variando entre um mínimo de 23 e um máximo de 58. No que diz respeito à escala ansiedade traço a média é de 42.11 (DP=6.45), encontrando-se entre um mínimo de 29 a um máximo de 57.

2.1.3. Qualidade do relacionamento conjugal

No quadro 20 encontram-se os resultados descritivos para a qualidade de relacionamento conjugal total e para as subescalas relacionamento conjugal positivo e negativo.

Quadro 20: Média, desvios-padrão, mínimo e máximo para a amostra total da qualidade do relacionamento conjugal, subescalas relacionamento conjugal positivo e negativo (N=62)

Qualidade do Relacionamento Conjugal	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Relacionamento Conjugal Positivo	9.76	1.82	5	16
Relacionamento Conjugal Negativo	28.32	4.20	9	32

Como podemos observar no quadro 20 na subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo a média é de 9.76 (DP=1.82), variando entre um mínimo de 5 e um máximo de 16. No que diz respeito à escala relacionamento conjugal negativo a média é de 28.32 (DP=4.20), encontrando-se entre um valor mínimo de 9 e máximo de 32.

2.1.4. Conhecimentos acerca da gravidez

Os dados referentes aos conhecimentos acerca da gravidez foram recolhidos na terceira parte do questionário de dados sociodemográficos, dados clínicos e de informação acerca da gravidez. Estes dados foram recolhidos com o intuito de realizar uma análise qualitativa exploratória acerca dos conhecimentos que os participantes possuíam acerca da gravidez. Os quadros 21 e 22 mostram os resultados obtidos sobre os conhecimentos acerca da gravidez pelas participantes do estudo.

Os resultados mostram que ao nível dos sinais de gravidez, 62 grávidas referem que os principais sinais de uma gravidez são a falta de menstruação (100%), seguindo-se as náuseas e os vómitos (98.4%), havendo uma grávida que refere desconhecer se as náuseas e os vómitos correspondem a um sinal de gravidez (1.6%). Quanto ao cansaço, 48 grávidas reconhecem o cansaço como um sinal da gravidez (77.4%), 6 grávidas referem que o cansaço não é um sinal da gravidez e 8 grávidas não sabem se o cansaço é um sinal da gravidez (12.9%). No que concerne à necessidade de urinar, principalmente durante a noite, 42 grávidas consideram este sintoma associado à gravidez (67.7%), 10 grávidas referem que a necessidade de urinar não é um sintoma da gravidez (16.1%) e 10 grávidas referem que não

sabem (16.1%). Referente à sensibilidade no peito, 60 grávidas consideram a sensibilidade como um sinal de gravidez (96.8%) e 2 grávidas não consideram um sinal da gravidez (3.2%). Quanto à variável excessiva salivação, 26 grávidas não consideram um sinal da gravidez (41.9%), 12 grávidas consideram o excesso de salivação como um sinal de gravidez (19.4%) e 24 grávidas não sabem se o excesso da salivação é um sinal de uma possível gravidez (38.7%). No que concerne às mudanças de pele, 27.4% grávidas referem que não é um sinal da gravidez, 40.3% grávidas referem que é um sinal e 32.3% referem que não sabem. Ao nível da sensação do abdómen 27.4% referem que não é um sinal da gravidez, 35.5% referem que é um sinal e 37.1% referem que não sabem.

Quanto às alterações emocionais e hormonais da gravidez, 9.7% das grávidas referem que não ocorrem alterações de humor, 87.1% referem que ocorrem alterações de humor e 3.2% referem que não sabem. Relativamente às alterações hormonais, 1.6% grávidas referem que não ocorrem, 82.3% referem que ocorre e 14.5% referem que não sabem. A sensibilidade emocional, para 88.7% das grávidas ocorre na gravidez e 1.3% referem que não ocorre. Relativamente à ansiedade e ao medo, 11.3% das grávidas referem que não ocorre, 69.4% referem que ocorre e 19.4% não sabem se ocorre.

Ao nível dos enjoos, 91.9% das grávidas consideram este sintoma associado à gravidez, 6.5% das grávidas não consideram um sintoma da gravidez e 1.6% das grávidas não sabem.

Quanto às relações sexuais 88.7% referem que se pode praticar atividade sexual e 11.3% referem que não se pode praticar.

No que concerne ao ácido fólico, 3.2% das grávidas referem que não se deve ingerir ácido fólico, 90.3% referem que se deve ingerir e 6.4% das grávidas não sabem. Quanto ao ferro, 6.5% referem que a grávida não deve ingerir, 87.1% referem que deve ser tomado durante a gravidez e 6.5% das grávidas não sabem se devem ingerir.

Relativamente à prática de atividade física, 1.6% referem que não deve ser praticado exercício físico, 96.8% referem que deve ser praticado e 16% referem não saber. Em relação há variável, as mulheres podem praticar atividade física durante a gravidez, 4.8% das grávidas referem que é falso, 64.5% referem que é verdadeiro e 30.6% não sabem. Quanto à variável suportam melhores as dores, 11.5% referem que é falso, 58.1% referem que é verdadeiro e 30.6% não sabem. No que concerne à variável estão menos expostas a intervenções cirúrgicas (e.g. cesariana), 33.9% referem que é falso, 29% mencionam que é verdadeiro e 37.1% não sabem.

Quanto à variável na última fase da gravidez o bebé já ouviu sons e reage a estímulos externos 3.2% referem que é falso, 83.5% mencionam que é verdadeiro e 3.2% não sabem.

Em relação à variável o estado emocional influencia o bebé 3.2% refere que é falso, 93.5% referem que é verdadeiro e 3.2% não sabe.

No que concerne à variável os medicamentos influenciam o bebé, 6.5% referem que não 83.9% referem que sim e 9.7% não sabem.

Quanto à variável o bebé pode nascer com 36 semanas 14.5% referem que não, 75.8% referem que sim e 9.7% referem não saber. No que concerne ao peso, 53.2% das grávidas referem que o peso médio que as grávidas devem aumentar é entre os 11.5 e os 16 kg, 30.6% referem que é não é o peso médio e 10.1% referem não saber.

Relativamente à variável quando a grávida deve dirigir-se ao hospital, 100% referem que é quando há o rebentamento da bolsa de água, 95.2% referem também que devem dirigir-se quando há perda de líquido ensanguentado ou esverdeado e 100% quando há perda de sangue.

Quadro 21: Frequências e percentagens das respostas verdadeiras, falsas e desconhecimento sobre a gravidez (N=62)

Conhecimentos acerca da gravidez	Falso		Verdadeiro		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
1. Os sinais em que há suspeita de uma gravidez são:						
a) Falta de menstruação	-	-	6	100	-	-
b) Náuseas e vômitos	-	-	6	98.4	1	1.6
c) Cansaço	6	9.7	4	77.4	8	12.9
d) Necessidade de urinar, principalmente durante a	10	16.1	4	67.7	1	16.1
e) Sensibilidade no peito	2	3.2	6	96.8	-	-
f) Excessiva salivagem	26	41.9	1	19.4	2	38.7
g) Mudanças na pele (e.g. borbulhas na face)	17	27.4	2	40.3	2	32.3
h) Sensação de movimento no abdómen	28	45.2	2	32.3	1	22.6
i) Aumento da temperatura do corpo	17	27.4	2	35.5	2	37.1
2. A gravidez pode implicar:						
a) alterações de humor	6	9.7	5	87.1	2	3.2
b) alterações hormonais	1	1.6	6	86.8	1	1.6
c) irritabilidade emocional	2	3.2	5	82.3	9	14.5
d) ansiedade e medo	7	11.3	4	69.4	1	19.4
3. Os enjoos acontecem predominantemente no 1º trimestre da gravidez	4	6.5	5	91.9	1	1.6
4. Devem evitar-se as relações sexuais durante os primeiros meses de gravidez	55	88.7	7	11.3	5	88.7
5. As grávidas devem tomar:						
a) ácido fólico	2	3.2	5	90.3	4	6.4
b) ferro	4	6.5	5	87.1	4	6.5
c) ácidos gordos	38	61.3	6	9.7	1	29
6. Durante a gravidez, a grávida pode praticar atividade física	1	1.6	6	96.8	1	1.6
			0			

Quadro 22: Frequências e percentagens das respostas verdadeiras, falsas e desconhecimento sobre a gravidez (N=62) (continuação)

Conhecimentos acerca da gravidez	Falso		Verdadeiro		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
7. As mulheres que praticam atividade física durante a gravidez têm, geralmente:						
a) um trabalho de parto mais rápido	3	4.8	40	64.5	19	30.6
b) suportam melhor as dores das contrações	7	11.3	36	58.1	19	30.6
c) estão menos expostas à necessidade de intervenções médicas (por exemplo: cesariana)	21	33.9	18	29	23	37.1
8. Na última fase da gravidez, o bebé já ouve sons e reage a estímulos externos	2	3.2	58	93.5	2	3.2
9. O estado emocional da grávida (triste ou nervosa) influencia o bebé	2	3.2	58	93.5	2	3.2
10. Na gravidez, alguns tipos de medicamentos da grávida podem afetar o bebé	4	6.5	52	83.9	6	9.7
11. Às 36 semanas de gravidez o bebé pode nascer com segurança	9	14.5	47	75.8	6	9.7
12. O aumento de peso médio ideal recomendado para uma grávida é de 11.5- 16kg	19	30.6	33	53.2	10	16.1
13. A grávida deve dirigir-se ao hospital quando:						
a) ocorre o rebentamento da bolsa de água	-	-	62	100	-	-
b) há perda de líquido ensanguentado ou esverdeado	-	-	59	95.2	3	4.8
c) há perda de sangue igual ou superior a uma menstruação	-	-	62	100	-	-

Seguidamente encontram-se descritos os conhecimentos acerca da gravidez pelas grávidas multíparas (quadros 23 e 24).

Os resultados evidenciam que ao nível dos sinais de uma suspeita de uma gravidez, 100% das grávidas referem que os sinais são a falta de menstruação, náuseas, vômitos e cansaço. Quanto a outros sinais de uma suspeita de gravidez, nomeadamente a necessidade de urinar 66.7% das grávidas consideram este um sintoma associado à gravidez, 13.3% das grávidas não consideram um sinal da gravidez e 20% das grávidas não sabem. Relativamente ao excesso de salivação, 40% das grávidas não consideram um sinal da gravidez, 20% grávidas consideram um sinal e 40% referem que não sabem. No que diz respeito às mudanças de pele, 28.1% das grávidas consideram que não é um sinal da gravidez, 43.8% referem que é um sinal, e 28.1% não sabem. Quanto à sensação de movimento do abdómen, 40% das grávidas não consideram um sintoma associado à gravidez, 30% das grávidas consideram um sinal da gravidez e 30% não sabem. Referente, ao aumento da temperatura corporal 20% das grávidas

não consideram um sinal da gravidez, 33.3% consideram um sinal associado à gravidez e 46.7% não sabem.

Ao nível das implicações da gravidez 13.3% das grávidas não consideram que ocorram alterações de humor, 80% referem que ocorrem alterações de humor durante a gravidez e 6.2% não sabem. Nas alterações hormonais, 3.3% das grávidas não consideram uma implicação da gravidez, 93.3% das grávidas consideram uma implicação da gravidez e 3.3% não sabem. Quanto à instabilidade emocional, 3.3% das grávidas referem que não acontecem durante a gravidez, 76.7% das grávidas referem que ocorre instabilidade emocional durante a gravidez e 20% das grávidas referem não sabem. No item da sensibilidade emocional 83.3% das grávidas referem durante a gravidez ocorre sensibilidade emocional e 16.7% das grávidas não sabem. Também na variável ansiedade e medo, 6.7% das grávidas referem que não ocorre ansiedade e medo durante a gravidez, 77.6% referem que ocorre e 16.7% não sabem.

No que concerne aos enjoos, 10% das grávidas referem que durante a gravidez não ocorre enjoos e 90% das grávidas referem que acontece.

Referente à prática de relações sexuais, 90% das grávidas referem se pode praticar atividade sexual durante a gravidez e 10% referem que não se pode praticar atividade sexual.

Quanto ao ácido fólico, 3.3% das grávidas referem que não se deve ingerir ácido fólico, 83.3% referem que se deve tomar e 13.3% não sabem. Quanto ao ferro, 86.7% referem que não se deve ingerir 6.7% referem que se deve tomar e 6.5% não sabem. Nos ácidos gordos, 56.7% das grávidas referem que não se deve ingerir 10% referem que se deve ingerir e 33.3% não sabem.

Relativamente à prática de atividade física todas as grávidas consideram que se deve praticar atividade física durante a gravidez (100%). No que concerne à variável as mulheres que praticam atividade física durante a gravidez tem um melhor trabalho de parto 10% das grávidas respondem que não têm melhor trabalho de parto, 63.3% referem que têm um melhor trabalho de parto e 26.7% referem não saber. Quanto à variável suportam melhores as dores das contrações, 36,7% das grávidas referem que não suportam melhor as dores, 33.3% das grávidas referem que sim e 30% referem não saber. No que concerne à variável estão menos expostas a intervenções cirúrgicas, como por exemplo, cesariana, 6.7% referem que é falso, 90% referem que é verdadeiro e 13.3% referem não saber.

Referente à variável na última fase da gravidez o bebê ouve sons e reage a estímulos, 3.3% das grávidas referem que não ouvem, 93.3% referem que ouvem e 3.3.% referem não saberem.

No que diz respeito ao estado emocional influencia o bebê, 83.3% das grávidas referem que sim e 16.7% referem que não.

Referente à variável os medicamentos influenciam o bebê, 16.7% das grávidas referem que não influenciam, 70% referem que influenciam e 13.3% referem não saber. No que diz respeito, à variável o bebê pode nascer a partir das 36 semanas, 16.7% das grávidas referem que não, 70% referem que sim e 13.3% referem não saber.

Relativamente ao peso, 26.7% não consideram que o peso médio que devem aumentar durante a gravidez seja de 11.5-16 kg, 56.7% referem que este é o intervalo de peso que devem aumentar e 16.7% referem não saber.

Quanto às variáveis as grávidas devem dirigir ao hospital quando ocorre rebentamento da bolsa de água, perda de líquido ensanguentado e perda de sangue todas as grávidas consideram essas variáveis como verdadeiras.

Quadro 23: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez nas grávidas múltiparas (n=30)

Gestantes Múltiparas (n=30)						
	Falso		Verdadeiro		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
1. Os sinais em qua há suspeita de uma gravidez são:						
a) Falta de menstruação	-	-	30	100	-	-
b) Náuseas e vômitos	-	-	30	100	-	-
c) Cansaço	-	-	30	100	-	-
d) Necessidade de urinar, principalmente durante a	4	13.3	20	66.7	6	20
e) Sensibilidade no peito	-	-	30	100	-	--
f) Excessiva salivação	1	40	6	20	12	40
g) Mudanças na pelo (e.g. borbulhas na face)	9	28.1	14	43.8	9	28.1
h) Sensação de movimento no abdómen	1	40	9	30	9	30
i) Aumento da temperatura do corpo	6	20	10	33.3	14	46.7
2. A gravidez pode implicar:						
a) Alterações de humor	4	13.3	24	80	2	6.7
b) Alterações hormonais	1	3.3	28	93.3	1	3.3
c) Irritabilidade emocional	1	3.3	23	76.7	6	20
d) Sensibilidade emocional	-	-	25	83.3	5	16.7
e) Ansiedade e medo	2	6.7	23	76.7	5	16.7
3. Os enjoos acontecem predominantemente no 1º trimestre da gravidez						
4. Devem evitar-se as relações sexuais durante os primeiros meses de gravidez	2	90	3	10	-	-
5. As grávidas devem tomar:						
a) Ácido fólico	1	3.3	25	83.3	4	13.3
b) Ferro	2	86.7	2	6.7	2	6.7
c) Ácidos gordos	1	56.7	3	10	10	33.3

Quadro 24: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez nas grávidas múltiparas (n=30) (continuação)

Gestantes Múltiparas (n=30)						
	Falso		Verdadeiro		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
6. Os enjoos acontecem predominantemente no 1º trimestre da gravidez	3	10	27	90	-	-
7. Durante a gravidez, a grávida pode praticar atividade física	-	-	30	100	-	-
8. As mulheres que praticam atividade física durante a gravidez têm, geralmente:						
a) Um trabalho de parto mais rápido	3	10	19	63.3	8	26.7
b) Suportam melhor as dores das contrações	1	36.7	10	33.3	9	30
c) Estão menos expostas à necessidade de intervenções médicas (por exemplo: cesariana)	2	6.7	27	90	1	3.3
9. Na última fase da gravidez, o bebé já ouve sons e reage a estímulos externos	1	3.3	28	93.3	1	3.3
10. O estado emocional da grávida (triste ou nervosa) influencia o bebé	-	-	25	83.3	5	16.7
11. Na gravidez, alguns tipos de medicamentos da grávida podem afetar o bebé	5	16.7	21	70	4	13.3
12. Às 36 semanas de gravidez o bebé pode nascer com segurança	5	16.7	21	70	4	13.3
13. O aumento de peso médio ideal recomendado para uma grávida é de 11.5-16 kg	8	26.7	17	56.7	5	16.7
14. A grávida deve dirigir-se ao hospital quando:						
a) ocorre o rebentamento da bolsa de água	-	-	30	100	-	-
b) há perda de líquido ensanguentado ou esverdeado	-	-	30	100	-	-
c) há perda de sangue igual ou superior a uma menstruação	-	-	30	100	-	-

Os resultados das grávidas primíparas (quadros 25 e 26) mostram que ao nível dos sinais de gravidez, a falta de menstruação é o principal sintoma (100%), seguindo-se as náuseas e os vómitos (96.9%). Quanto ao sinal cansaço, 6.3% das grávidas não consideram um sinal da gravidez, 87.5% das grávidas consideram que é um sinal da gravidez e 6.3% referem não saber. Em relação à variável necessidade de urinar, principalmente durante a noite, 15.6% das grávidas não consideram um sinal associado à gravidez, 75% consideram um sinal da gravidez e 9.4% referem não saber. No que diz respeito à sensibilidade no peito 6.3% das grávidas não consideram a sensibilidade do peito um sinal da gravidez e 93.8% das grávidas consideram que a sensibilidade no peito é um sinal da gravidez. À variável excesso de salivação, 43.8% não consideram um sinal da gravidez, 18.8% consideram um sinal da gravidez e 37.5% referem não saber. Quanto às mudanças de pele 28.1% das grávidas referem que durante a gravidez não acontece mudanças na pele, 43.8% referem que acontecem

mudanças na pele com a gravidez e 28.1% referem não saber. Referente à variável sensação de movimentação de abdómen 34.4% refere que a sensação de movimento do abdómen não é um sinal da gravidez, 37.5% das grávidas consideram um sinal e 28.1% referem não saber.

No que diz respeito a gravidez pode implicar alterações de humor todas as grávidas responderam que sim (100%). Quanto às alterações hormonais 3.3% das grávidas referem que durante a gravidez não acontecem alterações hormonais, 93.3% das grávidas referem que sim e 3.3% referem não saberem. Quanto à instabilidade emocional 3.1% das grávidas não consideram a instabilidade emocional como uma implicação da gravidez, 87.5% referem que é uma implicação da gravidez e 9.4% referem que não sabem. À sensibilidade no peito, 93.8% das grávidas primíparas referem que ocorre sensibilidade no peito durante a gravidez e 6.3% referem não saber, também a variável ansiedade e medo 13.6% das grávidas não consideram que ocorra ansiedade e medo durante a gravidez, pelo contrário 62.5% das grávidas referem que ocorre ansiedade e medo e 21.9% das grávidas refere não saber.

Relativamente à variável enjoo durante o primeiro trimestre, 3.1% das grávidas responderam que estes não acontecem, 93.8% das grávidas responderam que ocorrem e 3.1% responderam que não sabem.

Quanto à prática de relações sexuais, 87.5% das grávidas responderam que durante a gravidez não se pode praticar atividade sexual, 12.5% das grávidas responderam que se pode praticar atividade sexual durante a gravidez.

Em relação, as grávidas devem tomar ácido fólico 3.1% das grávidas respondem que não se deve tomar e 96.9% respondem que se deve tomar. Em relação, deve-se ingerir ferro 6.3% das grávidas respondem que não se deve ingerir, 87.5% das grávidas respondem que devem ingerir e 6.3% respondem não saberem. No que concerne aos ácidos gordos 65.6% das grávidas respondem que não se deve ingerir, 9.4% referem que se devem ingerir e 25% respondem não saberem.

Relativamente à prática de atividade física, 3.1% das grávidas respondem que não se pode praticar atividade física, 93.8% respondem que se deve praticar atividade física e que 3.1% respondem não saberem. No que concerne, à variável a prática de atividade física permite um trabalho de parto mais rápido, 6.3% das grávidas respondem que a atividade física não permite um trabalho de parto mais rápido, 56.3% respondem que a prática de atividade física permite um trabalho de parto mais rápido e 37.5% respondem não saber. Quanto à variável as grávidas suportam melhor as dores das contrações com a prática da atividade física, 12.5% referem que não, 53.1% referem que é sim e 34.4% referem não saber. No que diz respeito à

variável com prática de atividade física as grávidas estão menos expostas a intervenções cirúrgicas 31.1% referem que não, 25% referem que sim e 43.8% referem não saber.

Quanto à variável o bebê reage a sons, 96.9% das grávidas respondem que sim e 3.1% respondem que não. Em relação à variável o estado emocional influencia o bebê 3.1% responderam que não, 93.8% respondem que sim e 3.1% respondem que não sabem. Em relação à variável os medicamentos influencia o bebê 12.5% respondem que é não, 84.4% respondem que é sim e 3.1% respondem não sabem.

Em relação à variável às 36 semanas o bebê pode nascer, 12.5% das grávidas responderam que não, 81.3% responderam que sim e 6.3% não sabem. No que diz respeito à variável peso ideal, 34.4% respondem que o peso ideal não varia entre 11.5 e os 16 kg, 50% respondem que o peso ideal varia entre os 11.5-16kg e 15.6% respondem não sabem.

Relativamente à variável a grávida deve dirigir-se ao hospital quando ocorre o rebentamento da bolsa e à perda de sangue todas as grávidas responderam que sim (100%), quando há perda de sangue esverdeado ou ensanguentado apenas 90.6% responderem que sim e 9.4% responderam que não.

Quadro 25: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez nas grávidas primíparas (n=32)

	Gestantes Primíparas (n=32)					
	Falso		Verdadeiro		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
1. Os sinais em qua há suspeita de uma gravidez						
a) Falta de menstruação	-	-	32	100	-	-
b) Náuseas e vômitos	-	-	31	96.9	1	3.1
c) Cansaço	2	6.3	28	87.5	2	6.3
d) Necessidade de urinar, principalmente durante a	5	15.6	24	75	3	9.4
e) Sensibilidade no peito	2	6.3	30	93.8	-	-
f) Excessiva salivação	14	43.8	6	18.8	12	37.
g) Mudanças na pelo (e.g. borbulhas na face)	9	28.1	14	43.8	9	28.
h) Sensação de movimento no abdómen	16	50	11	34.4	5	15.
i) Aumento da temperatura do corpo	11	34.4	12	37.5	9	28.
2. A gravidez pode implicar:						
a) Alterações de humor	-	-	32	100	-	-
b) Alterações hormonais	1	3.3	28	93.3	1	3.3
c) Irritabilidade emocional	1	3.1	28	87.5	3	9.4
d) Sensibilidade emocional	-	-	30	93.8	2	6.3
e) Ansiedade e medo	5	15.6	20	62.5	7	21.
3. Os enjoos acontecem predominantemente no 1º trimestre da gravidez	1	3.1	30	93.8	1	3.1
4. Devem evitar-se as relações sexuais durante os primeiros meses de gravidez	28	87.5	4	12.5	-	-

Quadro 26: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez nas grávidas primíparas (n=32) (continuação)

Gestantes Primíparas (n=32)						
	Falso		Verdadeiro		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
5. As grávidas devem tomar:						
a) Ácido fólico	1	3.1	31	96.9	-	-
b) Ferro	2	6.3	28	87.5	2	6.3
c) Ácidos gordos	21	65.6	3	9.4	8	25
6. Durante a gravidez, a grávida pode praticar atividade física	1	3.1	20	93.8	1	3.1
7. As mulheres que praticam atividade física durante a gravidez têm, geralmente:						
a) Um trabalho de parto mais rápido	2	6.3	18	56.3	12	37.5
b) Suportam melhor as dores das contrações	4	12.5	17	53.1	11	34.4
c) Estão menos expostas à necessidade de intervenções médicas (por exemplo: cesariana)	10	31.1	8	25	14	43.8
8. Na última fase da gravidez, o bebé já ouve sons e reage a estímulos externos	-	-	31	96.9	1	3.1
9. O estado emocional da grávida (triste ou nervosa) influencia o bebé	1	3.1%	30	93.8	1	3.1
10. Na gravidez, alguns tipos de medicamentos da grávida podem afetar o bebé	4	12.5	27	84.4	1	3.1
11. As 36 semanas de gravidez o bebé pode nascer com segurança	4	12.5	26	81.3	2	6.3
12. O aumento de peso médio ideal recomendado para uma grávida é de 11.5-16 kg	11	34.4	16	50	5	15.6
13. A grávida deve dirigir-se ao hospital quando:						
a) ocorre o rebentamento da bolsa de água	-	-	32	100	-	-
b) há perda de líquido ensanguentado ou esverdeado	3	9.4	29	90.6	-	-
c) há perda de sangue igual ou superior a uma menstruação	-	-	32	100	-	-

2.2. Comparação de grupos: grávidas primíparas e múltíparas

Nesta investigação efetuou-se um estudo de comparação entre as grávidas primíparas e as múltíparas em relação à vinculação pré-natal, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal.

2.2.1. Vinculação materna pré-natal

Inicialmente procedeu-se ao estudo da normalidade e da homogeneidade das subescalas qualidade de vinculação e intensidade de vinculação. Através do teste *Kolmogorov-Smirnov* verificámos que ao nível da subescala qualidade de vinculação a distribuição é

significativamente diferente da distribuição normal, o que indica que não há normalidade na distribuição, logo encontram-se violados os pressupostos da análise paramétrica (múltiparas: $p=0.02$; $p<0.05$; primíparas: $p=0.01$; $p<0.05$). Não estando cumpridos os critérios para a utilização de testes paramétricos, neste estudo serão utilizados testes não paramétricos.

No que concerne à subescala intensidade de preocupação o teste não é significativo, a distribuição da amostra não é significativo diferente da distribuição normal (múltiparas e primíparas: $p=0.20$; $p>0.05$), logo o primeiro pressuposto de análise paramétrica está cumprido. Seguidamente analisamos os valores do *Skewness* e *Kurtosis* e verificámos que os valores se encontram entre -1 e 1, assim sendo a distribuição da amostra é normal. Por último analisámos o teste de *Levene* e verificámos que o teste não é significativo. Assim, e tendo a análise exploratória dos dados revelado o cumprimento dos pressupostos para a estatística paramétrica, procedeu-se à análise das diferenças ao nível da paridade e das subescalas de vinculação pré-natal, através do teste *Anova one-way*.

Inicialmente procedeu-se à comparação de grupos na subescala de qualidade de vinculação através do teste *U de Mann Whitney*. Os resultados do teste *U de Mann Whitney* (quadro 27) na comparação dos grupos na qualidade de vinculação indicam que as grávidas múltiparas (*Mean Rank*= 31.75) obtiveram um valor *mean rank* semelhante ao das gestantes primíparas (*Mean Rank*=31.27), não havendo diferenças significativas ($Z=-.11$; $p=.92$).

Quadro 27: Resultados do teste *U de Mann Whitney* na comparação de grupos em função da paridade, para o total da qualidade de vinculação (N=62)

	<i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Qualidade de vinculação	Grávidas Múltiparas (n=30)	31.75	-.11
	Grávidas Primíparas (n=32)	31.27	

Foi realizada uma análise da variância *Anova* (quadro 28) para comparar os níveis de intensidade de preocupação nas grávidas primíparas e múltiparas. Não se verificou diferenças estatisticamente nos níveis de intensidade de preocupação entre os grupos das grávidas primíparas e múltiparas ($F(1,60)=1.79$, $p=0.19$).

Quadro 28: Resultados do *Anova one-way* na comparação de grupos em função da paridade, para o total da intensidade de preocupação na amostra em estudo (N=62)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Intensidade de preocupação	Grávidas Múltiparas (n=30)	30.20	4.02	1.79
	Grávidas Primíparas (n=32)	31.66	4.52	

2.2.2. Ansiedade

Procedeu-se ao estudo da normalidade e da homogeneidade das subescalas de ansiedade, ansiedade estado e ansiedade traço. Através do estudo do teste *Kolmogorov-Smirnov*

verificámos que ao nível da subescala ansiedade-estado e ansiedade-traço a distribuição não é significativamente diferente da distribuição normal, o que indica que há normalidade na distribuição, (múltiparas: $p=0.20$; $p>0.05$; primíparas: $p=0.20$; $p>0.05$), estando cumprido o primeiro pressuposto para o uso de testes paramétricos. Seguidamente analisamos os valores do *Skewness* e *Kurtosis* e verificámos que os valores se encontram entre -1 e 1, assim sendo a distribuição da amostra é normal. Por último analisámos o teste de *Levene* e verificámos que o teste não é significativo. Assim, e tendo a análise exploratória dos dados revelado o cumprimento dos pressupostos para a estatística paramétrica, utilizamos a análise de variância, *Anova Two-Way* (quadro 29).

Quadro 29: Resultados da análise de multivariada para as subescalas ansiedade estado e ansiedade traço nos subgrupos de grávidas (N=62)

STAI		M	DP	F	p
Ansiedade Estado	Grávidas Múltiparas (n=30)	37.20	1.47	0.33	0.57
	Grávidas Primíparas (n=32)	36.03	1.43		
Ansiedade Traço	Grávidas Múltiparas (n=30)	43.60	1.17	3.15	0.08
	Grávidas Primíparas (n=32)	40.72	1.13		

Realizou-se uma análise de variância *multivariada*, para estudar as diferenças no grupo das grávidas primíparas e múltiparas em relação às subescalas ansiedade estado e traço. Foram cumpridos os pressupostos da normalidade, linearidade, multicolinearidade e homogeneidade de variância e da covariância. As análises demonstraram que não existem diferenças estatisticamente significativas na subescala ansiedade estado nas grávidas múltiparas e primíparas. Ao nível da subescala ansiedade traço existe uma diferença significativa entre o grupo de grávidas múltiparas e primíparas ($F=3.15$, $p=0.08$), apresentando as grávidas múltiparas uma maior ansiedade traço do que as grávidas primíparas.

2.2.3. Qualidade do Relacionamento Conjugal

Primeiramente procedeu-se ao estudo da normalidade e da homogeneidade das subescalas relacionamento conjugal positivo e relacionamento conjugal negativo. Através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* verificámos que ao nível da subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo a distribuição é significativamente diferente da distribuição normal, o que indica que não há normalidade na distribuição (múltiparas: $p=0.049$; $p<0.05$; primíparas: $p=0.00$; $p<0.05$). Não estando cumpridos os critérios para a utilização de testes paramétricos, nesta análise serão utilizados testes não paramétricos.

No que concerne à subescala qualidade do relacionamento conjugal negativo o teste é significativo, a distribuição da amostra é significativamente diferente da distribuição normal

(múltiparas: $p=0.047$; $p<0.05$ e primíparas: $p=0.00$; $p<0.05$), logo estão violados os pressupostos para estatística paramétrica. Assim, e tendo a análise exploratória dos dados revelado o cumprimento dos pressupostos para a estatística não paramétrica, utilizou-se o teste *U Mann Whitney* para a comparação dos grupos.

Quadro 30: Resultados do teste *U de Mann Whitney* na comparação de grupos em função da paridade, para a qualidade de relacionamento conjugal positivo e negativo (N=62)

		<i>Mean Rank</i>	Z	p
Relacionamento conjugal positivo	Grávidas Múltiparas (n=30)	25.37	-2.67	0.00
	Grávidas Primíparas (n=32)	37.25		
Relacionamento conjugal negativo	Grávidas Múltiparas (n=30)	32.05	-0.24	0.81
	Grávidas Primíparas (n=32)	30.98		

Os resultados do teste *U de Mann Whitney* (quadro 30) na comparação dos grupos de grávidas na qualidade do relacionamento conjugal positivo indicam que as múltiparas (*Mean Rank*= 25.37) obtiveram um valor de *mean rank* inferior às gestantes primíparas (*Mean Rank*=37.25), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($Z=-2.67$, $p=0.00$), denotando as grávidas primíparas níveis mais elevados de aspetos positivos na relação conjugal do que as múltiparas. Assim podemos concluir que as grávidas primíparas têm mais aspetos positivos, especialmente sentimentos de suporte e afeição, proximidade e atividade de interesse mútuo comparativamente com as múltiparas. No que diz respeito à qualidade do relacionamento conjugal negativo o teste de *U Mann Whitney* demonstrou que as múltiparas (*Mean Rank*= 32.05) apresentam um valor de *mean rank* superior às primíparas (*Mean Rank*=30.98), embora esta diferença não revele significância estatística ($Z=-0.24$; $p=0.81$).

2.3. Associação entre as variáveis

2.3.1. Relação entre ansiedade, qualidade de relacionamento conjugal e vinculação materna na amostra total

Uma vez que as subescalas da qualidade de vinculação pré-natal, da ansiedade e da qualidade do relacionamento conjugal não apresentam uma distribuição normal, no estudo da relação entre estas variáveis utilizou-se um procedimento não paramétrico, concretamente a correlação de *Spearman's Rho* (quadro 31). Os dados de correlação revelam que a qualidade de vinculação e a intensidade de vinculação se correlacionam entre si significativa e positivamente ($r=0.495$; $p<0.01$), ou seja, níveis elevados de experiências afetivas associam-se a maior quantidade de tempo despendido a pensar, sonhar com o bebé. Também se verificou uma correlação significativa entre a ansiedade estado e a ansiedade traço ($r=0.70$; $p<0.10$), isto é, elevados níveis de reações emocionais desagradáveis caracterizados por

sentimentos subjetivos de apreensão, nervosismo estão associados a elevados níveis de características ansiosas da personalidade.

Os dados das correlações também revelam que a subescala ansiedade estado se correlaciona negativamente com a qualidade de relacionamento conjugal positivo ($r=-0.265$, $p<0.05$), elevados níveis de reações emocionais desagradáveis (e.g. apreensão, nervosismo) estão associados níveis baixos de aspectos positivos na relação conjugal. Contrariamente, a subescala ansiedade estado correlaciona-se positivamente com a qualidade do relacionamento conjugal negativo ($r=0.297$, $p<0.05$), ou seja, elevados níveis de reações emocionais desagradáveis estão associados a elevados aspectos negativos na relação conjugal (e.g. ansiedade, irritabilidade e criticismo). Também a subescala ansiedade traço se correlaciona negativamente com a subescala de relacionamento conjugal positivo, isto é, elevados níveis de aspectos positivos na relação conjugal estão associados a uma maior propensão ansiosa, isto é, as grávidas têm tendência a perceber situações como ameaçadoras.

Quadro 31: Coeficientes de correlação de Spearman's Rho entre as subescalas da vinculação pré-natal materna, qualidade do relacionamento conjugal e ansiedade (N=62)

	Qualidade vinculação	Intensidade Preocupação	Ansiedade estado	Ansiedade traço	Relacionamento conjugal positivo	Relacionamento conjugal negativo
Qualidade vinculação	1	0.495**	-0.207	-0.207	0.166	-0.115
Intensidade Preocupação	0.495**	1	-0.065	-0.209	0.243	-0.117
Ansiedade estado	-0.207	-0.065	1	0.700**	-0.265*	0.297*
Ansiedade traço	-0.206	-0.209	0.700**	1	-0.288*	0.239
Relacionamento conjugal positivo	0.166	0.243	-0.265*	-0.288*	1	-0.260*
Relacionamento conjugal negativo	-0.115	-0.117	0.297*	0.239	-0.260*	1

(** $p<0.01$; * $p<0.05$)

Foram também efetuadas correlações parciais para verificar a influência das variáveis: idade, tempo de relacionamento conjugal e das habilitações literárias. Os resultados revelaram que a variável idade não influencia força da relação entre a qualidade da vinculação e da intensidade de preocupação ($r=0.50$). O mesmo se verifica entre a subescala ansiedade estado e ansiedade traço ($r=0.70$). No que diz respeito à variável tempo de relacionamento, os resultados sugerem não haver também peso desta variável na força da relação entre a qualidade de vinculação e a intensidade de vinculação ($r=0.49$) e entre a ansiedade estado e

ansiedade traço ($r=0.70$). Quanto ao controlo da variável habilitações literárias também verificámos que este não sugere haver muito peso desta variável na força da relação qualidade de vinculação e intensidade de vinculação ($r=0.47$) e entre a ansiedade estado e ansiedade traço ($r=0.68$).

2.3.2. Associação entre vinculação materna, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal no grupo de grávidas primíparas e no grupo das gestantes múltiplas

Procedeu-se à associação das subescalas da vinculação pré-natal, ansiedade e da qualidade do relacionamento conjugal no grupo das grávidas primíparas e no grupo de gestantes múltiplas, separadamente através da correlação de *Spearman's Rho* (quadro 32 e 33).

No estudo da associação das variáveis no grupo das grávidas primíparas (quadro 32) verificou-se uma associação significativa e positiva entre a subescala ansiedade traço e ansiedade estado ($r= 0.787$; $p<0.01$). A subescala ansiedade estado correlaciona-se positivamente com a qualidade de relacionamento conjugal negativo ($r=0.446$, $p<0.05$), elevados níveis de níveis de reações emocionais desagradáveis (e.g. apreensão, nervosismo) estão associados a elevados aspetos negativos na relação conjugal. Também a subescala ansiedade traço se correlaciona positivamente com a qualidade de relacionamento conjugal negativo ($r=0.365$, $p<0.05$), ou seja, elevados aspetos negativos na relação conjugal (e.g. ansiedade, irritabilidade e criticismo) estão associados a uma maior propensão por parte da grávida a perceber situações ameaçadoras.

Quadro 32: Coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* entre as subescalas da vinculação pré-natal, relacionamento conjugal e ansiedade no grupo de grávidas primíparas (n=32)

Grávidas Primíparas						
	Qualidade vinculação	Intensidade preocupação	Ansiedade estado	Ansiedade traço	Relacionamento conjugal positivo	Relacionamen-to conjugal negativo
Qualidade vinculação	1	0.407*	-0.253	-0.181	0.290	-0.324
Intensidade preocupação	0.407*	1	0.015	-0.181	0.134	-0.264
Ansiedade estado	-0.253	0.015	1	0.787**	-0.318	0.446*
Ansiedade traço	-0.181	-0.181	0.787**	1	-0.279	0.365*
Relacionamen-to conjugal positivo	0.290	0.134	-0.318	-0.279	1	-0.347
Relacionamen-to conjugal negativo	-0.324	-0.264	0.446*	0.365*	-0.347	1

(** $p<0.01$; * $p<0.05$)

Foram também efetuadas correlações parciais para controlar as variáveis idade, tempo de relacionamento conjugal e habilitações literárias. Os resultados demonstraram que no grupo das grávidas primíparas variável idade sugere não exerce influência na força da relação entre a ansiedade estado e ansiedade traço ($r=0.79$), o mesmo se verifica com o controlo da variável tempo de relacionamento conjugal ($r=0.81$) e das habilitações literárias ($r=0.82$).

No grupo das grávidas múltiplas (quadro 33) também se verificou algumas associações das variáveis nomeadamente, entre a qualidade de vinculação e a intensidade da preocupação ($r=0.618$; $p<0.01$) e entre a ansiedade estado e a ansiedade traço ($r=0.522$; $p<0.01$).

Quadro 33: Coeficientes de correlação de Spearman's Rho entre as subescalas vinculação pré-natal, relacionamento conjugal e ansiedade no grupo de grávidas múltiplas (n=30)

Grávidas Múltiplas							
		Qualidade da vinculação	Intensidade da preocupação	Ansiedade estado	Ansiedade traço	Relacionamento conjugal positivo	Relacionamento conjugal negativo
Qualidade da vinculação	da	1	0.618**	-0.118	-0.233	-0.010	-0.144
Intensidade da preocupação	da	0.618**	1	-0.108	-0.183	0.174	0.081
Ansiedade estado		-0.118	-0.108	1	0.522**	-0.047	0.082
Ansiedade traço		-0.233	-0.183	0.522**	1	-0.024	0.039
Relacionamento conjugal positivo		0.010	0.174	-0.047	-0.024	1	-0.108
Relacionamento conjugal negativo		0.144	0.081	0.082	0.039	-0.108	1

(** $p<0.01$; * $p<0.05$)

Foram efetuadas correlações parciais controlando às variáveis idade, tempo de relacionamento conjugal e habilitações literárias no grupo das grávidas múltiplas. Os resultados evidenciaram que no grupo das grávidas múltiplas a idade não influencia a força da relação entre ansiedade estado e ansiedade traço ($r=0.54$) e entre a qualidade de vinculação e intensidade de preocupação ($r=0.64$). O controlo da variável tempo do relacionamento conjugal sugere também não haver peso desta variável na força da relação entre a ansiedade estado e ansiedade traço ($r=0.53$) e entre a qualidade de vinculação e intensidade de preocupação ($r=0.64$). Também o controlo da variável habilitações literárias não influencia a força da relação entre a ansiedade estado e traço ($r=0.54$) e entre a qualidade de vinculação e intensidade de preocupação ($r=0.60$).

2.4. Variação dos resultados de acordo com as variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas selecionadas para o estudo da variação dos resultados foram a: idade, o tempo de relacionamento conjugal, a área de residência, as habilitações literárias e o estatuto profissional.

2.4.1. Variação dos resultados em função da idade das participantes

Neste ponto efetuou-se uma comparação de grupos por idade das grávidas no que concerne à vinculação pré-natal, qualidade do relacionamento conjugal e ansiedade. A idade das participantes foi categorizada em dois grupos: o grupo com idade entre os 20 a 30 anos e o grupo com idade entre os 30 e os 42 anos.

2.4.1.1. Vinculação pré-natal: variação com a idade das gestantes

Através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* verificámos que ao nível da subescala qualidade de vinculação pré-natal a distribuição é significativamente diferente da distribuição normal, o que indica que não há normalidade nas distribuições, logo encontram-se violados os pressupostos da análise paramétrica ($p=0.00$; $p<0.05$). Não estando cumpridos os critérios para a utilização de testes paramétricos, nesta análise serão utilizados testes não paramétricos, mais concretamente o teste de *U de Mann Whitney*.

No que diz respeito à subescala intensidade de preocupação verificámos que a distribuição não é significativamente diferente da distribuição normal, logo encontra-se cumprido o primeiro pressuposto de análise paramétrica. Seguidamente analisamos os valores do Skewness e Kurtosis e verificámos que os valores se encontram entre -1 e 1, assim sendo a distribuição da amostra é normal. Assim, e tendo a análise exploratória dos dados revelado o cumprimento dos pressupostos para a estatística paramétrica, seguidamente utilizaremos o *Anova One-Way*.

Quadro 34: Resultados do teste *U Mann-Whitney* na subescala qualidade de vinculação, em função da idade (N=62)

		Teste de <i>U Mann-Whitney</i>			
		n	Mean Rank	Z	p
Qualidade de vinculação	20-30 anos	30	34.02	-1.08	0.28
	≥30-42 anos	32	29.14		

Através do teste de *U Mann-Whitney* (quadro 34) de comparação das grávidas mais novas (*Mean Rank*= 34.02) e mais velhas (*Mean Rank*=29.14) não mostraram existir diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vinculação ($Z= -1.08$ $p= 0.28$).

Quadro 35: Resultados da análise *Anova One-Way* para a subescala intensidade de preocupação em função da idade (N=62)

		<i>Anova One-Way</i>				
		n	M	DP	F	p
Intensidade de Preocupação	<30 anos	30	30.93	4.53	0.00	0.98
	≥30anos	32	30.97	4.17		

Foi realizada uma análise de variância *Anova* (quadro 35) para verificar os efeitos da idade na intensidade de preocupação.

Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de intensidade de preocupação ($F(1, 60) = 0.00, p = 0.98$) entre as grávidas com idades inferiores a 30 anos ($M = 30.93; DP = 4.53$) e as grávidas com idade superior a 30 anos ($M = 30.97; DP = 4.17$).

2.4.1.2. Ansiedade: variação dos resultados em função da idade

Através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* verificámos que ao nível da subescala ansiedade estado e da subescala ansiedade traço a distribuição da amostra não é significativamente diferente da distribuição normal ($p = 0.20; p > 0.05$). Seguidamente analisamos os valores do *Skewness* e *Kurtosis* e verificámos que os valores se encontram entre -1 e 1, assim sendo a distribuição da amostra é normal. Assim, e tendo a análise exploratória dos dados revelado o cumprimento dos pressupostos para a estatística paramétrica, seguidamente utilizaremos a análise de multivariada, *Manova*.

Quadro 36: Resultados da análise de variância multivariada das subescalas ansiedade estado e ansiedade traço na amostra total (N=62)

		<i>Manova</i>				
STAI		n	M	DP	F	p
Ansiedade estado	<30 anos	30	37.50	8.74	0.73	0.40
	≥30 anos	32	35.75	7.32		
Ansiedade traço	<30 anos	30	42.40	6.33	0.11	0.74
	≥30 anos	32	41.84	6.74		

Realizou-se uma análise de variância multivariada (quadro 36) para estudar as diferenças entre as grávidas com idade inferior a 30 anos e as grávidas com idades superiores a 30 anos. Foram cumpridos os pressupostos da normalidade, linearidade, multicolinearidade e homogeneidade da variância e da covariância. Na análise multivariada não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($Wilk' \Lambda = 0.99, F = 0.43, p = 0.65$). Também na análise univariada não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

2.4.1.3. Relacionamento conjugal: variação com a idade

Através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* verificámos que ao nível da subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo e da subescala qualidade do relacionamento negativo as distribuições são significativamente diferentes das distribuições normais, o que indica que não há normalidade nas distribuições, logo encontram-se violados os pressupostos da análise paramétrica ($p=0.00$; $p<0.05$). Não estando cumpridos os critérios para a utilização de testes paramétricos, nas análises exploratórias serão utilizados testes não paramétricos, mais concretamente o teste de *U de Mann Whitney*.

Quadro 37: Resultados do teste *U de Mann Whitney* nas subescalas qualidade de relacionamento conjugal positivo e negativo em função da idade na amostra total (N=62)

		<i>Teste U de Mann Whitney</i>				
		Idade	n	Mean Rank	Z	p
Qualidade de relacionamento conjugal positivo		20-30	30	36.28	-2.04	0.04
		30-42	32	27.02		
Qualidade de relacionamento conjugal negativo		20-30	30	33.98	-1.07	0.28
		30-42	32	29.17		

Os resultados do teste *U Mann-Whitney* (quadro 37) de comparação das grávidas mais novas e mais velhas mostraram significância estatística ao nível do relacionamento conjugal positivo ($Z=-2.04$, $p=0.04$). Existem diferenças estatisticamente significativas no relacionamento conjugal positivo entre as grávidas mais novas (*Mean Rank*= 36.28) e as grávidas mais velhas (*Mean Rank*= 27.02), demonstrando as grávidas mais novas mais aspetos positivos na relação conjugal do que as mais velhas. No que concerne ao relacionamento conjugal negativo os resultados do teste de *U Mann-Whitney* de comparação não mostraram diferenças estatisticamente significativas ($Z= -1.07$, $p= 0.28$), entre as grávidas mais novas (*Mean Rank*= 33.98) e as grávidas mais velhas (*Mean Rank*=29.17).

2.4.2. Variação dos resultados em função do tempo de relacionamento conjugal

Neste ponto efetuou-se uma comparação de grupos por tempo de relacionamento conjugal das grávidas no que concerne à vinculação pré-natal, qualidade do relacionamento conjugal e ansiedade. O tempo de relacionamento conjugal foi categorizado em três grupos, o grupo com tempo de relacionamento conjugal entre os 0 a 5 anos, o grupo com um relacionamento conjugal entre os 6 a 11 anos e o grupo com um tempo de relacionamento conjugal entre os 11 a 20 anos.

2.4.2.1. Vinculação materna pré-natal: variação com o tempo de relacionamento conjugal

Para comparar os três grupos de gestantes em relação à qualidade de vinculação em função do tempo de relacionamento conjugal realizou-se o teste de *Kruskal-Wallis* (quadro 38), uma vez que a amostra não apresenta uma distribuição normal.

Quadro 38: Resultados do teste *Kruskal-Wallis* na comparação de grupos em função do tempo de relacionamento conjugal, para a subescala qualidade de vinculação na amostra total (N=62)

<i>Teste Kruskal-Wallis</i>					
Tempo do relacionamento conjugal		n	Mean Rank	χ^2	p
Qualidade da vinculação	0 a 5 anos	18	27.19	0.72	0.70
	6 a 11 anos	20	30.93		
	11 a 20 anos	21	31.52		

Na subescala qualidade de vinculação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos ($\chi^2=0.72$; $p=0.70$).

Estando cumpridos os pressupostos para a utilização da estatística paramétrica na subescala intensidade de preocupação utilizou-se procedimentos paramétricos, mais concretamente a uma análise da variância, *Anova One-Way*.

Quadro 39: Resultados da análise univariada na comparação de grupos em função do tempo de relacionamento conjugal para a subescala intensidade de preocupação na amostra total (N=62)

		n	M	DP	F	p
Intensidade de preocupação	0 a 5 anos	18	29.78	3.57	1.16	0.21
	6 a 11 anos	20	30.70	4.24		
	11 a 20 anos	21	32.09	4.29		

Através da análise da variância não se verificou uma diferença estatisticamente significativa na intensidade de preocupação nos três grupos ($F(2.56)=1.16$, $p=0.21$).

2.4.2.2. Ansiedade: variação com o tempo de relacionamento conjugal

De modo a testar as diferenças na ansiedade em função do tempo de relacionamento conjugal foram utilizados testes não paramétricos, mais concretamente o teste *Kruskal Wallis* (quadro 40), uma vez que não foram cumpridos os pressupostos de homogeneidade de covariância para efetuar a *Manova*.

Quadro 40: Resultados do teste *Kruskal Wallis* na comparação de grupos em função o tempo de relacionamento conjugal na subescala ansiedade estado e ansiedade traço na amostra total (N=62)

Teste <i>Kruskal Wallis</i>					
		n	Mean Rank	χ^2	p
Ansiedade estado	0 a 5 anos	18	29.14	0.12	0.94
	6 a 11 anos	20	31		
	11 a 20 anos	21	29.79		
Ansiedade traço	0 a 5 anos	18	25.94	2.05	0.36
	6 a 11 anos	20	33.90		
	11 a 20 anos	21	29.76		

Na subescala ansiedade estado não se verificaram diferenças significativas entre as grávidas ($\chi^2=0.12$, $p=0.94$) em relação ao tempo de relacionamento. Na subescala ansiedade traço também não se verificaram diferenças significativas entre o tempo de relacionamento conjugal ($\chi^2=2.05$; $p=0.36$). Apesar das grávidas com uma relação com 6 a 11 anos apresentarem maior ansiedade traço e estado comparativamente com as grávidas com uma relação conjugal entre os 0 a 5 anos e os 6 a 11 anos.

2.4.2.3. Qualidade de relacionamento conjugal: variação com o tempo de relacionamento

Procedeu-se à análise das diferenças de tempo de relacionamento nas subescalas da qualidade do relacionamento conjugal na amostra total (n=62) através do *teste Kruskal-Waill* (quadro 41) uma vez que os resultados do estudo da normalidade e homogeneidade da variância violam os pressupostos do uso de testes paramétricos.

Quadro 41: Resultados do teste de *Kruskal-Wallis* na comparação de grupos em função do tempo de relacionamento, para as subescalas do relacionamento conjugal (N=62)

Teste <i>Kruskal-Wallis</i>						
		Tempo de relacionamento conjugal	n	Mean Rank	χ^2	p
Qualidade de relacionamento conjugal positivo		0 a 5 anos	18	28.50	0.27	0.87
		6 a 11 anos	20	31.40		
		11 a 20 anos	21	29.95		
Qualidade de relacionamento conjugal negativo		0 a 5 anos	18	29.78	4.03	0.13
		6 a 11 anos	20	35.50		
		11 a 20 anos	21	24.95		

Na subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo não se verificaram diferenças significativas entre os três grupos ($\chi^2=0.27$, $p=0.87$), bem como na subescala de qualidade de relacionamento conjugal negativo ($\chi^2=4.03$, $p=0.13$).

2.4.3. Variação dos resultados em função da área de residência

A variável área de residência encontra-se dividida em dois grupos: utentes residentes em meio rural e participantes que residem em meio urbano.

2.4.3.1. Vinculação materna pré-natal: variação com a área de residência

Procedeu-se à análise das diferenças em função da área de residência na vinculação pré-natal na amostra total (n=62) através do teste *U Mann Whitney* (quadro 42) uma vez que os resultados do estudo da normalidade e homogeneidade da variância violam os pressupostos do uso de testes paramétricos.

Quadro 42: Resultados do teste *U de Mann Whitney* na comparação de grupos em função da área de residência na subescala intensidade de preocupação na Amostra total (N=62)

<i>Teste U de Mann Whitney</i>					
Intensidade de	Área de residência	n	Mean Rank	Z	p
Preocupação	Urbana	24	34.56	-1.08	0.28
	Rural	38	29.57		

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* na comparação dos grupos na qualidade de vinculação, indicam que as grávidas com área de residência no meio urbano (*Mean Rank*=34.56) apresentam mais qualidade de vinculação pré-natal do que as grávidas do meio rural (*Mean Rank*=29.57). No entanto, esta diferença não revela significância estatística ($Z=-1.08$; $p=0.28$).

Em relação à variação dos resultados na subescala intensidade de preocupação de acordo com a área de residência foi utilizada a análise de variância, *Anova One-Way* (quadro 43).

Quadro 43: Resultados da análise da variância em função da área de residência na subescala intensidade de preocupação na amostra total (N=62)

<i>Anova one-way</i>						
	Área de residência	n	M	DP	F	p
Intensidade de	Urbana	24	31.17	4.77	0.10	0.76
	Preocupação	Rural	38	30.82		

O resultado da análise de variância de comparação das grávidas residentes no meio urbano ($M=31.17$; $DP=4,77$) com as residentes no meio rural ($M=30.82$; $DP= 4.05$) revelou não haver diferenças significativas ($F(1,60)=0.10$, $p=0.76$).

2.4.3.2. Relacionamento conjugal: variação com a área de residência

De modo a comparar os grupos de grávidas que residem em zona urbana e área rural foi utilizado o teste *U de Mann Whitney* para amostras independentes (quadro 44), uma vez que amostra não apresenta distribuição normal das variáveis.

Quadro 44: Resultados do teste *U de Mann Whitney* na comparação de grupos em função da área de residência nas subescalas qualidade de relacionamento conjugal positivo e negativo na amostra total (N=62)

<i>Teste U de Mann Whitney</i>					
	Área de residência	n	Mean Rank	Z	p
Relacionamento conjugal Positivo	Urbana	24	34.46	-1.04	0.30
	Rural	38	29.63		
Relacionamento conjugal Negativo	Urbana	24	33.58	-0.74	0.46
	Rural	38	30.18		

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação das grávidas que residem no meio urbano e as que residem no meio rural ao nível do relacionamento conjugal positivo ($Z=-1.04$, $p=0.30$) e do relacionamento conjugal negativo ($Z=-0.734$, $p=0.46$) não mostraram diferenças estatisticamente significativas.

2.4.3.3. Ansiedade: variação com a área de residência

Quadro 45: Resultados da análise de variância multivariada em função da área de residência nas subescalas do STAI na amostra total (N=62)

<i>Manova</i>						
	Área de residência	n	M	DP	F	p
Ansiedade estado	Urbana	24	36.42	7.99	0.02	0.89
	Rural	38	36.71	8.14		
Ansiedade traço	Urbana	24	42.17	6.18	0.00	0.96
	Rural	38	42.08	6.77		

Realizou-se uma análise de variância multivariada (quadro 45) para estudar as diferenças nos grupos de grávidas residentes em meio urbano e no meio rural. Foram cumpridos os pressupostos da normalidade, linearidade, multicolinearidade e homogeneidade da variância e da covariância. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($Wilk\text{'}\Lambda=0.99$, $F=0.31$, $p=0.97$), pelo que os níveis de ansiedade não diferem nas grávidas residentes em área rural e área urbana. Ao nível da análise univariada também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis estudadas.

2.4.4. Variação dos resultados em função das habilitações literárias das participantes

A variável habilitações literárias foi categorizada em três grupos: o grupo com habilitações literárias até ao 9ºano, o grupo com habilitações entre o 10º e o 12º ano e por último, um grupo com o ensino superior.

2.4.4.1. Vinculação Pré-natal: variação com as habilitações literárias

Relativamente à qualidade de vinculação pré-natal, os resultados do teste *Kruskal-Wallis* (quadro 46) de comparação das grávidas com habilitações abaixo do 9ºano, das grávidas com habilitações entre o 10-12º ano e das que possuem o ensino superior, não mostraram significância estatística ($\chi^2=4.39$; $p=0.11$).

Quadro 46: Resultados do teste *Kruskal-Wallis* em função das habilitações literárias na qualidade de vinculação na amostra total (N=62)

<i>Teste Kruskal-Wallis</i>					
	Escolaridade	n	Mean Rank	χ^2	p
Qualidade de Vinculação	<9ºano	12	23.13	4.39	0.11
	10-12º ano	27	31.07		
	Superior	23	36.37		

Foi realizado uma análise de variância *Anova* (quadro 47) para verificar o efeito das habilitações literárias nos níveis de intensidade de preocupação.

Quadro 47: Resultados da análise de variância *Anova One-Way* em função da escolaridade das gestantes na subescala intensidade de preocupação (N=62)

<i>Anova One-Way</i>						
	Escolaridade	n	M	DP	F	p
Intensidade de Preocupação	<9ºano	12	28.25	4.43	3.13	0.05
	10-12ºano	27	31.67	3.99		
	Superior	23	31.52	4.31		

Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na intensidade de preocupação em relação aos níveis de habilitações literárias ($F(2,59)=3.13$, $p=0.05$), entre os três grupos. Efetuou-se assim o teste *post-hoc* de *Bonferroni* de comparação dos grupos dois a dois, cujos resultados indicam que as grávidas com escolaridade entre o 10º e 12º ano apresentam maior intensidade de preocupação do que as grávidas com escolaridade superior e com escolaridade inferior ao 9ºano.

2.4.4.2. Ansiedade: variação com as habilitações literárias

Realizou-se uma análise de variância multivariada (quadro 48) para estudar as diferenças nos três grupos em relação às subescalas de ansiedade.

Quadro 48: Resultados da *Manova* na comparação do grupos de grávidas em função da escolaridade nas subescalas ansiedade estado e ansiedade traço (N=62)

	Escolaridade	n	M	DP	F	p
Ansiedade estado	<9ºano	12	40.67	9.41	2.76	0.07
	10-12º ano	27	36.85	7.45		
	Superior	23	34.17	7.29		
Ansiedade traço	<9ºano	12	43.83	6.13	1.97	0.15
	10-12ºano	27	43.11	6.69		
	Superior	23	40.04	6.50		

Foram cumpridos os pressupostos da normalidade, multicolineariedade e homogeneidade da variância e da covariância. Foram encontradas diferenças significativas ao nível da subescala ansiedade estado ($F=2.76$, $p=0.07$). Os resultados *post-hoc* de comparação dos grupos dois a dois, na subescala ansiedade estado indicam que o grupo de grávidas com escolaridade inferior ao 9ºano ($M=40.67$, $DP=9.41$) está em vantagem em relação ao grupo de grávidas com escolaridade superior ($M=36.85$; $DP=7.45$). Os resultados não revelaram significância estatística entre o grupo de grávidas com escolaridade inferior ao 9º ano e o grupo de grávidas com escolaridade superior. Na subescala ansiedade traço não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=1.97$, $p=0.15$).

2.4.4.3. Relacionamento conjugal: variação com as habilitações literárias

De modo a testar as diferenças entre os grupos de grávidas em relação à escolaridade nas subescalas do relacionamento conjugal, foi utilizado o teste estatístico *Kruskal-Wallis* (quadro 49) para amostras independentes, dado não se verificar distribuição normal das variáveis.

Quadro 49: Resultados do teste *Kruskal-Wallis* na comparação dos grupos de grávidas em função das habilitações literárias nas subescalas de relacionamento conjugal (N=62)

<i>Teste Kruskal-Wallis</i>					
	Escolaridade	n	Mean Rank	χ^2	p
Relacionamento conjugal positivo	<9ºano	12	19.38	9.53	0.01
	10-12º ano	27	30.59		
	Superior	23	38.89		
Relacionamento conjugal negativo	<9ºano	12	36.08	4.13	0.13
	10-12ºano	27	34.48		
	Superior	23	25.61		

Na subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo verificaram-se diferenças significativas entre os três grupos ($\chi^2=9.53$, $p=0.01$). As grávidas com o ensino superior apresentam maiores aspectos positivos (*Mean Rank*= 38.89) na relação conjugal do que as que têm habilitações entre o 10 e o 12ºano (*Mean Rank*= 30.59) e as que têm habilitações inferiores ao 9ºano (*Mean Rank*= 19.38). Os testes *post-hoc* de comparação dos grupos dois a dois, na subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo indicam que o grupo de grávidas com o ensino superior está em vantagem em relação ao grupo de grávidas com escolaridade inferior ao 9ºano ($z=2.84$, $p=0.004$). Os resultados não revelaram significância estatística entre o grupo de grávidas com a escolaridade inferior ao 9º ano e as grávidas com escolaridade entre o 10º e o 12º ano ($z=-1.99$, $p=0.05$), também não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de grávidas com escolaridade entre o 10º ao 12º ano e as grávidas com o ensino superior ($z=-1.77$, $p=0.08$).

Na subescala qualidade de relacionamento conjugal negativo não se verificou diferenças significativas entre os três níveis de escolaridade ($\chi^2=4.13$, $p=0.13$).

2.4.5. Variação dos resultados em função do nível profissional das participantes

A variável profissão foi categorizada em dois grupos, o grupo de grávidas com profissões de competência média, comerciantes industriais de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas (nível I) e o grupo de grávidas operárias especializadas e semiespecializadas e domésticas (nível II).

2.4.5.1. Vinculação pré-natal: variação com o nível profissional

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* (quadro 50) de comparação entre as grávidas com profissões de competência média, comerciantes industriais de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas e as grávidas operárias especializadas e semiespecializadas, trabalhadores rurais e domésticas em relação à qualidade da vinculação não mostraram significância estatística ($Z=-0.43$, $p=0.67$).

Quadro 50: Resultados do teste *U de Mann-Whitney* na subescala da qualidade de vinculação em função do nível profissional na amostra total (N=62)

<i>Teste U de Mann-Whitney</i>					
	Profissão	n	<i>Mean Rank</i>	Z	p
Qualidade de vinculação	Nível I	27	32.61	-0.43	0.67
	Nvel II	35	30.64		

Foi realizado uma análise da variância Anova para verificar os efeitos da profissão na intensidade de preocupação (Quadro 51).

Quadro 51: Resultados da análise da variância na subescala intensidade de preocupação em função do nível profissional na amostra total (N=62)

<i>Anova One Way</i>						
	Profissão	n	M	DP	F	p
Intensidade de preocupação	Nível I	27	30.93	4.08	0.00	0.97
	Nível II	35	30.97	4.55		

Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de intensidade de preocupação nos grupos ($F= 1,60$) =0.00, $p=0.97$).

2.4.5.2. Ansiedade: variação com a profissão

De modo a testar as diferenças entre os grupos profissionais na ansiedade foram utilizados testes não paramétricos, mais concretamente o teste *U de Mann Whitney* (quadro 52) uma vez que não foram cumpridos os pressupostos de homogeneidade de covariância para efetuar a *Manova*.

Quadro 52: Resultados do teste *U de Mann Whitney* nas subescalas da ansiedade na amostra total em função do nível profissional das gestantes (N=62)

<i>Teste U de Mann Whitney</i>					
	Profissão	n	Mean Rank	Z	p
Ansiedade estado	Nível I	27	30.63	-0.33	0.74
	Nível II	35	32.17		
Ansiedade traço	Nível I	27	30.04	-0.56	0.57
	Nível II	35	32.63		

Os resultados do teste *U de Mann Whitney* de comparação dos grupos de grávidas com profissões do nível I (profissões de competência média, comerciantes industriais de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas) e grávidas com profissões do nível II (operárias especializadas e semiespecializadas, trabalhadores rurais e domésticas) não mostraram significância estatística quer ao nível da ansiedade estado ($Z=-0.33$, $p=0.74$) e da ansiedade traço ($Z=-0.56$, $p=0.57$). Não há diferenças estatisticamente significativas na ansiedade entre as grávidas com profissões de nível I e de nível II.

2.4.5.3. Relacionamento conjugal: variação com a profissão

Quadro 53: Resultados do teste *U de Mann Whitney* nas subescalas do relacionamento conjugal em função do nível profissional na amostra total (N=62)

<i>Teste U de Mann Whitney</i>					
	Profissão	n	Mean Rank	Z	p
Relacionamento conjugal positivo	Nível I	27	34.59	-1.19	0.23
	Nível II	35	29.11		
Relacionamento conjugal negativo	Nível I	27	28.78	-1.07	0.29
	Nível II	35	33.60		

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* (quadro 53) de comparação entre as grávidas com profissões de competência média, comerciantes industriais de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas e as grávidas operárias especializadas e semiespecializadas, trabalhadores rurais e domésticas em relação à qualidade do relacionamento não mostraram significância estatística quer em relação ao relacionamento conjugal positivo ($Z=-1.19$, $p=0.23$) e negativo ($Z=-1.07$, $p=0.29$).

2.5. Variação dos resultados de acordo com as variáveis clínicas

Os dados relativos à gravidez selecionados para o estudo da variação dos resultados foram o tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez e a preocupação com a gravidez/ bebê.

2.5.1. Variação dos resultados em função do tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez

A variável tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez foi categorizada em dois grupos, o grupo de grávidas que descobriram a gravidez entre as 4-5 semanas e o grupo de grávidas em que tiveram conhecimento da gravidez com seis ou mais semanas de gestação.

2.5.1.1. Vinculação Pré-natal: variação com o tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez

Os resultados do teste *U de Mann Whitney* (quadro 54) de comparação dos grupos de grávidas que descobriram a gravidez com 4-5 semanas e as que descobriram com 6 ou mais semanas não mostraram significância estatística ($Z=-0.19$, $p=0.85$). Não há assim diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vinculação entre as grávidas com 4-5 semanas e as grávidas que descobriram com 6 ou mais semanas.

Quadro 54: Resultados do teste *U de Mann Whitney* na subescala qualidade de vinculação em função do tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez (N=62)

Teste <i>U de Mann Whitney</i>					
		n	Mean Rank	Z	p
Qualidade de vinculação	4-5 semanas	37	31.85	-0.19	0.85
	≥ 6 semanas	25	30.98		

Realizou-se uma análise da variância, *Anova One-Way* (quadro 55) para estudar as diferenças nos resultados em função do tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez na intensidade de preocupação. Foram cumpridos os pressupostos de

normalidade, independência e homogeneidade. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=2.87$, $p=0.10$).

Quadro 55: Resultados da análise de variância na subescala intensidade de preocupação em função do tempo de gestação na amostra total (N=62)

<i>Anova One-Way</i>						
		n	M	DP	F	p
Intensidade de Preocupação	4-5 semanas	37	31.70	4.25	2.87	0.10
	≥ 6 semanas	25	29.84	4.24		

2.5.1.2. Ansiedade: variação com o tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez

Realizou-se uma análise de variância multivariada (quadro 56) para estudar as diferenças nos grupos em relação às subescalas ansiedade estado e ansiedade traço. Foram cumpridos os pressupostos da normalidade, linearidade, multicolinearidade e homogeneidade da variância e da covariância. Na análise multivariada não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($wilk\text{'}\Lambda=0.98$, $F=0.63$, $p=0.54$). Ao nível da análise univariada também não foram encontradas diferenças significativas entre as subescalas de ansiedade estado e traço no tempo de gestação em que teve conhecimento.

Quadro 56: Resultados da análise de variância multivariada das subescalas de ansiedade em função do tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez na amostra total (N=62)

<i>Manova</i>						
		n	M	DP	F	p
Ansiedade estado	4-5 semanas	37	37.11	8.27	0.37	0.55
	≥ 6 semanas	25	35.84	7.74		
Ansiedade traço	4-5 semanas	37	41.95	6.52	0.06	0.81
	≥ 6 semanas	25	42.36	6.60		

2.5.1.3. Relacionamento conjugal: variação com o tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez

Procedeu-se à análise das diferenças na perceção do relacionamento conjugal em função do tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez na amostra total através do teste *U de Mann Whitney* (quadro 57) uma vez que os resultados do estudo da normalidade e homogeneidade da variância violam os pressupostos do uso de testes paramétricos.

Quadro 57: Resultados do teste *U de Mann Whitney* nas subescalas de relacionamento conjugal em função do tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez, na amostra total (N=62)

Teste <i>U de Mann Whitney</i>					
		n	Mean Rank	Z	p
Relacionamento conjugal Positivo	4-5 semanas	37	34.03	-1.36	0.18
	≥ 6 semanas	25	27.76		
Relacionamento conjugal Negativo	4-5 semanas	37	30.42	-0.59	0.56
	≥ 6 semanas	25	33.10		

Os resultados do teste *U de Mann Whitney* de comparação dos grupos de grávidas em que tiveram conhecimento da gravidez com 4-5 semanas e o grupo de grávidas que descobriram a gravidez com seis ou mais semanas de gestação não mostraram significância estatística nas subescalas de qualidade de relacionamento conjugal positivo ($Z=-1.36$, $p=0.18$) e negativo ($Z=-0.59$, $p=0.56$).

2.5.2. Variação dos resultados em função da preocupação com gravidez/ bebê

A variável preocupação com a gravidez/bebê foi categorizada em dois grupos: o grupo de grávidas em que se sentem pouco preocupadas com a gravidez/ bebê e o grupo de grávidas que se sentem bastante a muito preocupadas com a gravidez/ bebê.

2.5.2.1. Vinculação Pré-Natal: variação com a preocupação com gravidez/ bebê

Os resultados do teste *U de Mann Whitney* (quadro 58) não revelou existirem diferenças estatisticamente significativas ($Z=-1.08$; $p=0.28$) entre as grávidas que se encontram pouco preocupadas com a gravidez e o bebê e as grávidas que se encontram bastante a muito preocupadas com a gravidez e o bebê.

Quadro 58: Resultados do teste *U de Mann Whitney* na subescala qualidade de vinculação em função da preocupação da gravidez/bebê na amostra total (N=62)

Teste <i>U de Mann Whitney</i>					
	Preocupação	n	Mean Rank	Z	p
Qualidade de Vinculação	Pouco	38	33.45	-1.08	0.28
	Bastante a muito	24	28.42		

Realizou-se uma análise da variância *Anova* (quadro 59) para verificar a variação dos resultados nos níveis de intensidade de preocupação em função do grau de preocupação com a gravidez. Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de intensidade de preocupação ($F=2.87$, $p=0.10$) nos grupos de grávidas que se encontram pouco preocupadas e no grupo que se encontram bastante a muito preocupadas com a gravidez e o bebê.

Quadro 59: Resultados da análise de variância em função da preocupação com a gravidez/bebé na subescala intensidade de preocupação (N=62)

<i>Anova One-Way</i>						
	Preocupação	n	M	DP	F	p
Intensidade de Preocupação	Pouco	37	31.70	4.25	2.87	0.10
	Bastante a muito	25	29.84	4.24		

2.5.2.2. Ansiedade: variação com a preocupação a gravidez/bebé

Realizou-se uma análise de variância multivariada para estudar as diferenças nas subescalas de ansiedade em relação à variável preocupação com a gravidez/bebé, uma vez que foram cumpridos os pressupostos da normalidade, linearidade, multicolinearidade e homogeneidade da variância e da covariância. As análises revelaram uma diferença significativa entre o grupo de grávidas pouco preocupadas e as grávidas preocupadas na subescala ansiedade-estado ($F= 5.17$, $p= 0.03$). As grávidas com preocupação com a gravidez apresentam valores mais elevados de ansiedade imediata do que as gestantes que evidenciam pouca preocupação com a gravidez. Ao nível da subescala ansiedade traço os resultados não revelaram significância estatística entre os grupos de grávidas que evidenciam pouca preocupação com a gravidez e o grupo de grávidas que evidenciam preocupação com a gravidez.

Quadro 60: Resultados da análise de variância multivariada em função da preocupação com a gravidez/bebé nas subescalas de ansiedade na amostra total (N=62)

<i>Manova</i>						
	Preocupação	n	M	DP	F	p
Ansiedade estado	Pouco	38	34.82	7.98	5.17	0.03
	Bastante a muito	24	39.42	7.39		
Ansiedade traço	Pouco	38	41.37	6.92	1.30	0.26
	Bastante a muito	24	43.29	5.70		

2.5.2.3. Relacionamento conjugal: variação a preocupação a gravidez/bebé

Uma vez que foram violados os pressupostos para utilização de estatística paramétrica, foram utilizados procedimentos de análise não paramétrica (quadro 61).

Quadro 61: Resultados do teste *U de Mann Whitney* nas subescalas de relacionamento conjugal em função da preocupação da gravidez/bebé, na amostra total (N=62)

<i>Teste U de Mann Whitney</i>					
	Preocupação	n	Mean Rank	Z	p
Relacionamento conjugal Positivo	Pouco	38	30.75	-0.42	0.69
	Bastante a muito	24	32.69		
Relacionamento conjugal Negativo	Pouco	38	30.91	-0.33	0.74
	Bastante a muito	24	32.44		

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* (quadro 61) revelaram não haver diferenças estatisticamente significativas nas subescalas de relacionamento conjugal positivo ($Z=-0.49$, $p=0.69$) e no relacionamento conjugal negativo ($Z=-0.33$, $p=0.74$) em função da preocupação com a gravidez/bebê.

2.6. Análises exploratórias

Para além das análises estatísticas apresentadas também foram efetuadas análises para verificar a variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas e clínicas nas subescalas estudadas especificamente nas subamostras de grávidas primíparas e múltiparas. Os resultados evidenciaram que não existem variações estatisticamente significativas associadas às características sociodemográficas e clínicas das subamostras (grávidas múltiparas e primíparas) nas variáveis estudadas (vinculação pré-natal, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal).

Discussão dos Resultados e Conclusão

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos nos testes estatísticos, sendo elaborada uma apreciação crítica comparativa com os dados encontrados na revisão da literatura efetuada. A discussão dos resultados encontra-se organizada de acordo com a apresentação dos dados do ponto anterior. Seguidamente são apresentadas as limitações encontradas ao longo do desenvolvimento da investigação. Por último são apresentadas as conclusões deste estudo e as suas implicações para a prática da psicologia e da investigação neste domínio.

3. Discussão dos resultados

No sentido de procurar dar resposta aos objetivos que orientaram esta investigação, segue-se uma discussão e apreciação crítica dos resultados anteriormente descritos, tendo subjacentes os dados do quadro teórico e empírico apresentado na primeira parte do trabalho. A discussão dos resultados será apresentada pela ordem de apresentação dos mesmos dos pontos anteriores. Primeiramente serão discutidos os resultados descritivos de cada subescala, os resultados referentes aos conhecimentos acerca da gravidez, a comparação dos grupos nas subescalas, a associação entre as variáveis e a variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas e clínicas. De referir, que esta investigação estudou variáveis fundamentais, como a variável vinculação pré-natal associada a variáveis psicológicas, como qualidade do relacionamento conjugal e a ansiedade. Esta investigação também foi complementada com o estudo de variação de resultados de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas das grávidas, particularmente variáveis com relevância na literatura existente sobre esta temática.

3.1. Resultados descritivos

Um dos objetivos específicos deste estudo consistiu em caracterizar as grávidas ao nível da vinculação pré-natal, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal. Nos resultados descritivos da vinculação pré-natal da amostra total, a presente investigação mostrou uma média de 79.16, sendo o máximo desta escala de 95 e o mínimo 19. Quanto à subescala qualidade de vinculação a amostra apresenta em média 43.27, e na subescala intensidade de preocupação apresenta em média 30.95. Estes valores médios traduzem uma qualidade de vinculação alta das participantes deste estudo em relação ao feto, quer na escala total quer nas subescalas. De facto, tal como Hart e McMahon (2006) apontam um valor acima de 76 na escala total significa que estamos presente a uma alta vinculação, caso contrário, estamos perante uma baixa vinculação. Na subescala qualidade de vinculação, os autores consideram que um valor acima de 49 significa que é positivo e abaixo consideram negativo, na subescala intensidade de preocupação um valor acima de 27 é considerado adequado. Os nossos resultados vão de encontro a um estudo de Camarneiro (2011) com uma amostra de casais que se encontravam no período da gravidez. A autora evidenciou uma média de 77.83 (*Mín.*=63, *Máx.*= 92) na escala total, na subescala qualidade de vinculação de 48.94 (*Mín.*=40, *Máx.*= 50) e de 24.31 (*Mín.*=18, *Máx.*= 32) na subescala intensidade de preocupação. Num outro estudo de White, McCorry, Scott-Heyes, Dempster e Manderson (2008), a amostra obteve

uma média de 78 (*Mín.*=59, *Máx.*= 91), na escala de vinculação global, na subescala qualidade de vinculação obtiveram em média 46 (*Mín.*=33, *Máx.*= 50), e na subescala intensidade de preocupação um valor médio de 31 (*Mín.*=17, *Máx.*= 40). Posto isto, podemos concluir que a nossa amostra apresenta uma alta vinculação na escala total, e apresenta valores adequados na intensidade de preocupação. O mesmo não se verifica na subescala qualidade de vinculação, tal diferença pode-se dever-se ao fato da amostra do nosso estudo ser de conveniência.

No que concerne aos níveis de ansiedade, a presente amostra de grávidas apresentou uma média de 36.60 (*Mín.*=23, *Máx.*= 58) na subescala ansiedade estado e de 42.11 (*Mín.*=29, *Máx.*= 57) na subescala ansiedade traço. De referir que nestas subescalas a pontuação varia entre o mínimo de 20 e um máximo de 80, sendo que quanto maior for a pontuação maior serão os níveis de ansiedade. Resultados similares foram encontrados no estudo de Nascimento, Amorim, Primos e Castro (2009) numa amostra de 255 grávidas. Os autores obtiveram uma pontuação média de 42, para a subescala ansiedade estado e uma pontuação de 41 para a subescala traço de ansiedade.

Na escala de relacionamento conjugal, a presente amostra de grávidas apresentou uma média de 9.76 na subescala de relacionamento conjugal positivo e de 28.32 na subescala de relacionamento conjugal negativo. Recorda-se que a subescala varia entre 1 e 4, sendo assim na amostra em estudo verifica-se que as grávidas apresentam uma perceção negativa sobre a sua relação conjugal. Também Cardoso (2010) realizou um estudo com 260 casais que se encontravam no período da gravidez. Os autores obtiveram resultados inferiores aos do nosso estudo encontrando uma média de 3.81 (D.P.=0.79) na subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo durante o primeiro trimestre. Quanto à subescala qualidade de relacionamento conjugal negativo os autores obtiveram uma média de 2.04 (D.P.=0.54) no primeiro trimestre. Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds e Ascencio (2007) constataram que pontuações elevadas na subescala positiva significa que a relação conjugal é constituída por muitos aspetos positivos, pontuações elevadas na qualidade de relacionamento conjugal negativo significa que a relação conjugal é composta por vários aspetos negativos. Assim, atendendo aos valores verificados na nossa amostra constata-se que as grávidas apresentam mais aspetos negativos na relação conjugal do que positivos.

Os conhecimentos acerca da gravidez foram observados apenas a título exploratório na terceira parte do questionário de dados sociodemográficos e clínicos. Verificou-se que na amostra total de um modo geral, as grávidas possuem conhecimentos adequados acerca da

gravidez. As grávidas reconhecem que os principais sintomas de uma gravidez como a falta de menstruação, as náuseas e os vômitos e a sensibilidade no peito. No que concerne às implicações da gravidez, a amostra total considera que a gravidez implica alterações hormonais, alterações de humor, irritabilidade emocional, sensibilidade emocional e ansiedade e medo. De uma maneira geral, as grávidas também apresentam conhecimentos ao nível dos enjoos, da atividade sexual durante a gravidez, da alimentação que deem ter, da prática de atividade física, do estado emocional, do peso ideal e quando a grávida deve dirigir-se ao hospital. Estes dados podem ser melhor explicados pelo facto da maioria da nossa amostra apresentar habilitações elevadas. Ao nível das grávidas múltíparas e primíparas, ambas as subamostras apresentam de uma maneira geral conhecimentos adequados acerca da gravidez.

3.2. Estudo de comparação de grupos

O objetivo geral deste estudo consistiu em comparar um grupo de mulheres grávidas primíparas com um grupo de gestantes múltíparas em relação à vinculação pré-natal materna, ansiedade e à qualidade de relacionamento conjugal. Assim, e relativamente à comparação entre as grávidas múltíparas e primíparas nas variáveis psicossociais estudadas verificámos que as grávidas múltíparas (*Mean Rank*=31.75) apresentam uma maior qualidade de vinculação do que as primíparas (*Mean Rank*= 31. 27), apesar desta diferença não ter atingido a significância estatística. Em relação à intensidade de preocupação também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, no entanto, as grávidas primíparas (*Mean Rank*=31.66) apresentam uma maior intensidade de preocupação do que as múltíparas (*Mean Rank*= 30.20). Também no estudo de Tsartsara e Johnson (2006), os autores verificaram que as grávidas primíparas encontram-se mais vinculadas ao bebé comparativamente com as múltíparas na intensidade de preocupação e também não encontraram diferenças significativas entre as gestantes primíparas e as múltíparas ao nível da qualidade de vinculação ao bebé. Apesar destas diferenças não serem significativas, consideramos que a menor preocupação e a maior vinculação nas gestantes múltíparas podem possivelmente dever-se a uma maior idade e uma maior escolaridade.

Em relação à subescala ansiedade estado, na comparação de grupos não se verificaram diferenças significativas entre as grávidas primíparas e múltíparas. Ao nível da subescala ansiedade traço verificaram-se diferenças significativas entre as grávidas primíparas e múltíparas. Contudo, assinala-se que na subescala ansiedade estado e ansiedade traço as grávidas múltíparas apresentam maior níveis de ansiedade estado ($M=37.20$, $DP=6.87$) e

ansiedade traço ($M=43.60$, $DP=5.67$) do que as gestantes primíparas ($M=36.03$, $DP=1.43$). No estudo de Menezes e Lopes (2007), também não evidenciaram diferenças significativas entre as primíparas e as múltiparas ao nível da ansiedade. Uma outra investigação de Canals, Esparo e Fernandez- Ballart (2002), também não encontraram diferenças significativas sobre a ansiedade ao longo da gravidez. Contudo, segundo os autores as grávidas múltiparas apresentam níveis elevados de ansiedade estado nos três meses de gravidez do que as primíparas. De acordo com Mendes (2002), as grávidas que esperam o segundo filho têm tendência a apresentar mais sintomatologia ansiosa, devido a fatores externos, como dificuldades económicas e exigências de outros filhos e um decréscimo de vinculação com o bebé, por causa da diminuição do efeito da novidade vivenciado nesta gravidez. Para além destas mesmas razões, no nosso estudo, os maiores níveis de ansiedade evidenciados pelas grávidas múltiparas poderão também ser ainda parcialmente explicados pelo facto das grávidas múltiparas do nosso estudo apresentarem uma maior percentagem de história de aborto (40%) do que as grávidas primíparas (12.5%). Tal como postula Conde e Figueiredo (2003), existem muitos fatores a influenciar o aumento dos níveis de ansiedade durante a gravidez (fatores obstétricos e de história reprodutiva, antecedentes psicopatológicos e fatores psicossociais e redes de suporte social e familiar).

No estudo comparativo entre grávidas primíparas e múltiparas em relação à qualidade de relacionamento conjugal positivo, encontramos diferenças estatisticamente significativas ($Z=-2.67$; $p=0.00$), apresentando as grávidas primíparas ($Mean Rank=37.25$) maior qualidade de relacionamento conjugal positivo do que as e múltiparas ($Mean Rank=25.37$). Estes resultados podem dever-se ao facto de nesta amostra as gestantes primíparas serem mais novas do que as múltiparas, uma vez que a variável idade inferior tem surgido associado a maior insatisfação conjugal. Estes resultados são sustentados por investigações realizadas nesta área, onde foi apurado que as grávidas múltiparas apresentam um pior relacionamento conjugal do que as múltiparas (Gameiro, Moura-Ramos & Canavarró, 2009). Também Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho (2006) verificaram que as grávidas com mais idade apresentam um pior relacionamento conjugal. Estas autoras consideram que as grávidas múltiparas mais velhas e que residem com o seu companheiro relacionam-se pior com o companheiro. Ao nível da subescala qualidade de relacionamento conjugal negativo não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as participantes primíparas e múltiparas.

3.3. Associação das subescalas

Os resultados do presente estudo sugerem que na amostra total, os níveis de ansiedade estado estão negativamente e significativamente correlacionados com a qualidade do relacionamento conjugal positivo. A ansiedade estado também está positivamente e significativamente correlacionados com a qualidade de relação conjugal negativa. Assim, na presente amostra, as grávidas que experienciam níveis mais elevados de ansiedade apresentam pior percepção do relacionamento conjugal e as gestantes que apresentam pior apreciação da relação conjugal evidenciam maior ansiedade. Estes resultados estão em consonância com o estudo realizado por Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds e Ascendio (2007). Os autores verificaram que as grávidas com baixa qualidade relacionamento conjugal positivo apresentam maiores níveis de ansiedade, apresentando as grávidas com altas pontuações na qualidade de relacionamento conjugal negativo níveis mais elevados de ansiedade e de depressão. Num outro estudo, realizado por Camarneiro (2011) verificou-se também que a ansiedade se correlaciona negativamente e significativamente com a qualidade de vinculação e não existe significância em relação à intensidade de preocupação. Contudo, no nosso estudo não se verificou relação entre estas subescalas.

Ao nível das grávidas primíparas também foi evidente a associação entre a subescala ansiedade estado e ansiedade traço, ambas as subescalas se correlacionam positivamente e significativamente com a qualidade de relacionamento conjugal negativo. Estes resultados são similares ao estudo de Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds e Ascendio (2008) em que verificaram que pontuações elevadas na qualidade de relacionamento conjugal estão associadas a elevados níveis de ansiedade.

3.4. Variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas e clínicas

Um dos objetivos específicos da presente investigação consistiu em investigar a variação dos resultados obtidos nas variáveis psicossociais estudadas em função de algumas características sociodemográficas e clínicas das participantes, mais especificamente da idade, do tempo de relacionamento conjugal, da área de residência, das habilitações literárias, da profissão, do tempo de gestação em que teve conhecimento da gravidez e da preocupação com a gravidez/ bebê.

3.4.1. *Idade*

Numa análise mais pormenorizada à variação dos resultados em função da idade das gestantes, verificámos que as grávidas mais novas (*Mean Rank*=34.02) apresentam uma perceção mais elevada da qualidade de vinculação do que as grávidas mais velhas (*Mean Rank*=29.14). No entanto, os resultados do nosso estudo mostraram que esta diferença não atinge a significância. Estes dados também vão de encontro ao estudo de Hjelmstedt, Wildstrom e Collins (2006), que evidenciaram que as mulheres mais novas estão mais vinculadas ao feto comparativamente às grávidas mais velhas.

Em relação à intensidade da preocupação verificamos que não existem diferenças significativas entre as grávidas mais novas ($M=30.93$) e as mais velhas ($M=30.97$). Rodrigues (2009) realizou um estudo e obteve resultados incongruentes com os nossos. O autor verificou que as mulheres que esperam o primeiro filho apresentam níveis mais elevados na intensidade de preocupação, o que significa que as apresentam maior apreensão e preocupação com o feto, como também no tempo passado a pensar e a sonhar com o bebé. Também num estudo de Bielawska- Batorowicz e Siddiqui (2008), os autores verificaram que as grávidas mais jovens apresentam uma elevada vinculação pré-natal e intensidade de preocupação.

Relativamente à ansiedade, verificámos que não existem diferenças significativas entre as grávidas primíparas e múltíparas tanto na subescala ansiedade estado e como na subescala ansiedade traço. No entanto, assinala-se que na subescala ansiedade estado as grávidas mais novas ($M=37.50$; $DP=8.74$) apresentam menores índices de sintomatologia do que as grávidas mais velhas ($M=35.75$; $DP=7.32$). Na subescala ansiedade traço, as grávidas mais novas ($M=42.40$; $DP=6.33$) apresentam maiores níveis de sintomatologia do que as mais velhas ($M=41.84$; $DP=6.74$). Estes resultados vão de encontro aos dados obtidos por Baptista, Baptista e Torres (2006). Os autores verificaram que as grávidas mais novas, com idade média de 25 anos apresentam níveis de sintomatologia ansiosa mais elevada do que as grávidas mais velhas. Os autores justificam que esta associação se deve ao facto das grávidas mais jovens apresentarem menor maturidade ao enfrentar as dificuldades da gravidez. Um outro estudo de Meireles e Costa (2005) corroborou os nossos resultados, tendo os autores verificado que existe uma relação entre a ansiedade estado e a ansiedade traço com a idade.

No que diz respeito à variação dos resultados da qualidade do relacionamento conjugal em função da idade, evidenciamos que existem diferenças significativas ao nível da qualidade de relacionamento conjugal positivo ($Z=-2.04$; $p=0.04$), apresentando as grávidas mais novas melhor qualidade de relacionamento conjugal positivo do que as mais velhas. Estes resultados

vão de encontro com o estudo de Gee e Rhodes (2003) em que os autores evidenciaram que as grávidas mais novas apresentam um melhor relacionamento com o companheiro. Em relação à subescala qualidade de relacionamento conjugal negativo em relação à idade não se evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre as grávidas mais novas (*Mean Rank*=33.98) e as mais velhas (*Mean Rank*=29.17). Assim e tal como postula um estudo de Bouchard, Boudreau e Hébert (2006) as grávidas com idade mais jovem apresentam uma diminuição da qualidade da relação conjugal relativamente a aspetos negativos comparativamente com as grávidas mais velhas. Os autores verificaram que as grávidas mais velhas apresentam uma maior maturidade e uma maior qualidade nos relacionamentos.

3.4.2. Tempo de relacionamento conjugal

Em relação ao tempo de relacionamento conjugal associado à qualidade de vinculação, não se verificaram diferenças significativas. No entanto, sublinha-se que as grávidas com mais tempo de relacionamento conjugal (*Mean Rank*=31.522) apresentam uma perceção da qualidade de vinculação mais elevada. No que concerne à subescala intensidade de preocupação também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao tempo de relacionamento conjugal. Contudo as grávidas (*Mean Rank*=32.09) com mais tempo de relacionamento conjugal apresentam maior intensidade de preocupação. Lopes (2009) realizou um estudo cuja finalidade consistia em analisar a associação entre a qualidade do relacionamento conjugal e a vinculação pré-natal. O autor constatou a existência de uma relação significativa e positiva entre a qualidade de relação conjugal e a qualidade de vinculação pré-natal e intensidade de preocupação. Deste modo, bons níveis de satisfação com a vida conjugal correspondem a elevados índices de vinculação pré-natal.

Na subescala ansiedade estado também não se verificou diferenças significativas em relação ao tempo de relacionamento conjugal. O mesmo se verificou na subescala ansiedade traço. Contudo, e apesar de não haver significância estatística (provavelmente devido ao baixo *n* da amostra), assinala-se que na subescala de ansiedade estado e na subescala ansiedade traço as grávidas com mais tempo de relacionamento conjugal apresentam mais índices de sintomatologia. Estes resultados vão de encontro aos resultados de Silva e Lopes (2009) em que evidenciaram que as mulheres que vivem há mais tempo com o seu companheiro mostram-se menos ansiosas, em relação ao bebé em comparação com as mulheres que vivem a menos tempo.

Em relação ao tempo de relacionamento conjugal, não se verificou diferenças significativas nas subescalas qualidade de relacionamento conjugal positivo e negativo. No entanto, as

mulheres com tempo de relacionamento conjugal entre os 6 a 11 anos apresentam maior aspectos positivos e negativos na relação conjugal comparativamente com os outros grupos. Assim e tal como Narciso (2001) refere os casais felizes estabelecem uma gestão de ambivalência, demonstrando um maior maturidade emocional. Os casais satisfeitos partilham de uma grande intimidade e amizade, bem como afetos, o que promove a manutenção de uma relação apaixonada. Pelo contrário, os casais insatisfeitos têm dificuldade ao nível da partilha de intimidade, menor investimento afetivo na relação, menores níveis de suporte social, bem como padrões de comunicação disfuncionais.

3.4.3. Área de residência

Em relação à variação dos resultados em função da área de residência, não foram evidentes diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vinculação. No entanto, as grávidas que residem no meio urbano apresentaram uma perceção da qualidade de vinculação mais elevada do que as grávidas residentes em meio rural. Também ao nível da subescala intensidade de preocupação não se verificaram diferenças significativas. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Rustico, Mastromatteo, Grigio, Maggioni, Gregori e Nicolini (2005). Os autores realizaram um estudo cuja finalidade era analisar a influência da vinculação pré-natal materna no local da residência. Os autores concluíram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o local da residência e as subescalas da vinculação pré-natal. Nas subescalas ansiedade estado e ansiedade traço também não foram evidentes diferenças significativas entre as subescalas e o local de residência. Também no estudo de Veríssimo (2010), demonstrou que no cruzamento entre a ansiedade traço e ansiedade estado com a área de residência (rural, suburbano e urbano) não se verificou diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à variação dos resultados nas subescalas de qualidade de relacionamento conjugal em função da área de residência, verificamos que em ambas subescalas não se evidência significância estatística. No entanto às grávidas que residem no meio urbano apresentam mais aspectos positivos e negativos na relação conjugal comparativamente com as grávidas que residem em meio rural.

3.4.4. Habilitações literárias

Ao nível das habilitações literárias, as grávidas com o ensino superior apresentam uma perceção da qualidade de vinculação mais elevada do que as grávidas com habilitações inferiores ao 12º ano. No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas. Pelo

contrário, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da intensidade entre os grupos ($F=3.13$; $p=0.05$). As grávidas com habilitações entre o 10º-12ºano ($M=31.67$; $DP=3.39$) apresentam uma preocupação mais elevada do que os outros grupos. Também no estudo de Camarneiro (2011), os resultados evidenciaram que a escolaridade não influencia a qualidade de vinculação e a intensidade de preocupação materna, no entanto a autora refere que existe uma tendência para as mulheres que apresentam menor escolaridade terem uma maior intensidade de preocupação do que as grávidas com escolaridade superior. Tal facto foi comprovado pela autora através da tendência ser confirmada pelo teste de correlação, em que verificou uma associação negativa e significativa entre a escolaridade e a intensidade de preocupação.

Em relação às habilitações literárias em função da qualidade de relacionamento conjugal positivo foram evidentes diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=9.53$; $p=0.01$). As grávidas com ensino superior (*Mean Rank*=38.89) apresentam mais aspetos positivos na relação conjugal do que as grávidas com habilitações inferiores ao 9ºano (*Mean Rank*= 19.38) e com habilitações entre o 10º e o 12º ano (*Mean Rank*=30.59). Na subescala qualidade de relacionamento conjugal negativo não se verificou diferenças significativas entre os três grupos. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds e Ascendio (2008), em que os autores verificaram que as grávidas com mais escolaridade apresentam mais aspetos positivos na relação conjugal comparativamente com as grávidas com menos escolaridade. Estes autores ainda consideram que as mulheres que estiveram felizes quando descobriram a gravidez têm uma maior qualidade de relacionamento conjugal positivo do que as mulheres que não estavam felizes com a gravidez, contudo não diferem na qualidade de relacionamento conjugal negativo.

Nas subescalas ansiedade estado e ansiedade traço não se verificaram diferenças significativas entre os três grupos. Os nossos resultados vão de encontro ao estudo de Costa (2004) em que verificou que não existem relações significativas entre a escolaridade e os níveis de ansiedade, contudo, verificou que quanto maior é a escolaridade menor é os níveis de ansiedade-estado. Esta autora concluiu que quanta mais baixa é a escolaridade maior serão os níveis de ansiedade.

3.4.5. Profissão

Relativamente à variação dos resultados em função da categoria profissional, não se verificaram diferenças significativas ao nível da subescala qualidade de vinculação e intensidade de preocupação. No entanto, apesar de não haver significância estatística,

constatou-se que as grávidas que apresentam profissões de competência média, comerciantes industriais de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas, apresentam uma percepção superior da qualidade de vinculação comparativamente com as grávidas que são operárias especializadas semiespecializadas e domésticas. No que diz respeito à intensidade de preocupação as grávidas que são operárias especializadas semiespecializadas encontram-se mais preocupadas do que as grávidas com profissões de competência média, comerciantes industriais de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas. Estes resultados estão em consonância com o estudo de Camarneiro (2011), o qual verificou que a profissão das grávidas não exerce influência na qualidade da vinculação e na intensidade de preocupação.

Em relação à subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo não se verificou diferenças significativas entre os grupos. No entanto as grávidas com profissões de competência média, comerciantes industriais de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas apresentam mais aspetos positivos na relação conjugal do que as grávidas que são operárias especializadas semiespecializadas e domésticas. Ao nível da subescala qualidade de relacionamento conjugal negativo também não se verificou diferenças significativas entre os grupos. Contudo, as grávidas que são operárias especializadas semiespecializadas e domésticas apresentam mais aspetos negativos do que as grávidas com profissões de competência média, comerciantes industriais de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas. Estes resultados vão de encontro com o estudo de Belsky e Rovine (1990) que verificaram que níveis de escolaridade mais baixos estão associados a um maior declínio da qualidade de relação conjugal. Também num estudo de Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds e Ascencio (2008) verificaram que as participantes com mais escolaridade têm maior níveis de qualidade de relacionamento conjugal positivo do que as grávidas com menos escolaridade.

Nas subescalas de ansiedade estado e ansiedade traço também não se verificaram diferenças significativas. Estes resultados estão em concordância com os resultados de Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds e Ascencio (2008) em que verificaram que não existe relação estatisticamente significativa entre a profissão e a qualidade de relacionamento conjugal negativo. No entanto, assinala-se que embora sem significância estatística os resultados deste estudo mostram que as grávidas com profissões de competência média, comerciantes industriais de pequenas empresas e médios proprietários apresentam índices mais elevados de ansiedade estado e ansiedade traço do que as grávidas que são operárias especializadas semiespecializadas e domésticas.

3.4.6. *Tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez*

Em relação à qualidade de vinculação em função do tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez na amostra total não se verificaram diferenças significativas. As grávidas que descobriram a gravidez com 4-5 semanas apresentam uma percepção mais elevada da qualidade de vinculação do que as grávidas que descobriram a gravidez com 6 ou menos semanas. No entanto, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos. Também não se verificaram diferenças significativas na subescala intensidade de preocupação em função do tempo de gestação em que teve conhecimento do estado da gravidez. No entanto, as grávidas que descobriram a gravidez com 4-5 semanas apresentam mais intensidade de preocupação do que as grávidas que descobriram a gravidez com 6 ou menos semanas de gravidez. Figueiredo (2007) verificou que a idade gestacional aumenta os níveis de vinculação pré-natal, contudo a autora assinalou não existe uma diferença estatisticamente significativa entre as grávidas primíparas e múltíparas. No presente estudo, na subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo e negativo não se verificou diferenças significativas. Em relação às subescalas ansiedade estado e ansiedade traço não se verificaram diferenças significativas nos grupos de grávidas que tomou conhecimento da gravidez com 4-5 semanas e com 6 ou menos semanas de gestação.

3.4.7. *Preocupação com a gravidez/bebé*

Relativamente à variável preocupação com a gravidez/bebé não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas qualidade de vinculação e intensidade de preocupação. Estes resultados não estão de acordo com o estudo de Klein e Linhares (2006). Os autores verificaram que uma elevada preocupação materna estava associada a uma diminuição da ligação mãe-bebé.

No que concerne à qualidade de relacionamento conjugal positivo e negativo nos grupos de grávidas que se encontram pouco e o grupo que se encontra bastante a muito preocupadas com a gravidez também não se verificou significância estatística. Contudo, ao nível da subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo, as grávidas que se encontram pouco preocupadas com a gravidez/bebé apresentam mais aspetos positivos na relação conjugal do que as grávidas bastante a muito preocupadas com a gravidez. Na subescala qualidade de relacionamento conjugal negativo as grávidas que se encontram bastante a muito preocupadas apresentam mais aspetos negativos comparativamente com as grávidas que estão pouco preocupadas. De acordo com Colman e Colman (1994) a mulher quando descobre que vai ser

mãe fica preocupada com as outras figuras maternas e também se questiona como futura mãe e dos cuidados que tem de prestar ao bebé. Esta preocupação tende a desaparecer no início do segundo trimestre. Segundo Piccinini, Grill, Moreira e Lopes (2004), as grávidas mostram-se preocupadas e inseguras relativamente aos cuidados que têm de prestar ao bebé e ao seu futuro e educação. Assim, o autor verificou que as gestantes primíparas apresentam mais preocupação em relação à gravidez e ao bebé o que ajuda a compreender a insegurança e a preocupação. Também um estudo realizado por Ohman, Grunewald e Waldenström (2003) verificou que as maiores preocupações das grávidas durante a gravidez estão relacionadas com os níveis de ansiedade, na saúde do bebé, no parto, na possibilidade de terem um aborto, e os problemas financeiros. Os autores também evidenciaram que a relação conjugal e a presença do marido no parto constituem um motivo de preocupação durante a gravidez.

Em relação às subescalas ansiedade traço também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação à variável preocupação com a gravidez/bebé no grupo de grávidas pouco e muito preocupadas com a gravidez. Ao nível da subescala ansiedade estado verificaram-se diferenças significativas entre os grupos, evidenciando as grávidas que apresentam preocupação com a gravidez maior ansiedade estado do que as grávidas que apresentam pouca preocupação com a gravidez. De facto existem estudos em que evidenciaram o contrário. Um estudo realizado por Muller, Bleker, Bonsel e Bilardo (2006) verificou que a ansiedade antes da ecografia está na maioria das vezes associada com a preocupação da saúde do bebé e a existência de possíveis malformações. A falta de significância estatística obtida nestes resultados poderá dever-se ao baixo n das subamostras em estudo.

4. Conclusão, limitações do estudo e implicações futuras

Esta dissertação reflete um trabalho de investigação empírico acerca da vinculação pré-natal, qualidade do relacionamento conjugal e ansiedade num grupo de grávidas primíparas e múltíparas em seguimento gestacional nos cuidados de saúde primários em unidades de saúde.

O objetivo geral deste estudo consistiu em comparar uma amostra de mulheres grávidas primíparas com um grupo de mulheres múltíparas, durante o período da gravidez, em relação à vinculação pré-natal materna ao feto, à ansiedade na gravidez e à qualidade do relacionamento conjugal. Os resultados obtidos neste estudo mostraram a existência de diferenças ao nível da qualidade de relacionamento conjugal positivo nas grávidas primíparas e múltíparas. Assim, as grávidas primíparas apresentam mais aspetos positivos na relação conjugal do que as múltíparas. Ao nível da subescala ansiedade traço também foram evidentes diferenças entre as grávidas primíparas e as grávidas múltíparas, apresentando as grávidas múltíparas um maior índice de sintomatologia ansiosa do que as múltíparas. No que diz respeito, às outras subescalas o estudo não verificou diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito à associação das subescalas na amostra total foi evidente uma associação negativa e significativa entre a ansiedade traço e a qualidade de relacionamento conjugal e a subescala ansiedade estado e qualidade de relacionamento conjugal positivo. Também foi evidente uma associação positiva e significativa entre a ansiedade estado e a qualidade de relacionamento conjugal negativo. Nas grávidas primíparas foi evidente uma associação positiva e significativa entre a ansiedade estado e ansiedade traço na qualidade de relacionamento conjugal. Estes dados são também explicados pelo estudo de Meireles e Costa (2005) em que os autores demonstraram que quanto melhor é o relacionamento conjugal menor será a presença de sintomatologia psicológica. Denota-se assim que uma boa relação conjugal durante a gravidez torna-se essencial para um melhor ajustamento psicológico durante este período.

Verificámos que existe uma tendência de significância entre a intensidade de preocupação e as habilitações literárias. Assim o presente estudo constatou que as grávidas com escolaridade entre o 10-12º ano apresentam-se índices de preocupação mais elevados do que as outras grávidas. Também foram evidentes as diferenças significativas entre a qualidade de relacionamento conjugal positivo, a idade das grávidas e habilitações literárias. As grávidas mais novas apresentam mais aspetos positivos na relação conjugal do que as gestantes múltíparas e as grávidas com o ensino superior percecionam uma maior qualidade de

vinculação. Em relação aos resultados médios da qualidade de vinculação na amostra em estudo em função da idade, do tempo de relacionamento conjugal, da área de residência, habilitações literárias e profissão, não evidenciamos diferenças estatisticamente significativas. Logo, no presente amostra, a qualidade de vinculação não varia de acordo com estas variáveis.

Na generalidade os resultados encontrados confirmam a literatura científica consultada, contudo algumas limitações devem ser consideradas na análise dos resultados deste estudo. De salientar, primeiramente, o tamanho da amostra. De facto, o número reduzido de grávidas da amostra pode condicionar a interpretação dos dados encontrados no presente estudo, uma vez que a amostra não é representativa da população de grávidas nas Unidades de Saúde Familiar. Deste modo, o facto do estudo se basear numa amostra de grávidas de pequena dimensão achámos necessário adquirir a atitude cautelosa, no que concerne à interpretação dos resultados, sendo assim esta investigação considerada um estudo exploratório. Também o facto da amostra não ser aleatória, limita a generalização dos resultados obtidos. Por fim, assinala-se que a utilização de questionários de autorrelato pode constituir uma limitação do estudo, uma vez que há a possibilidade de alguns dos itens poderem ter sido mal interpretados.

Apesar de todas as limitações referidas, a presente investigação considera-se importante, no sentido em que contribuiu para aumentar os conhecimentos acerca da saúde materna. Deste modo, este estudo pode incentivar novas investigações que relacionam o ajustamento psicológico da mulher ao período da gravidez. Assim, e apesar das limitações apontadas, consideramos ter cumprido os objetivos propostos para este estudo e esperamos ter dado um passo mais na ascensão para um maior conhecimento acerca da vinculação pré-natal. Espera-se que os resultados encontrados enfatizem a importância do estudo da vinculação pré-natal, da presença da sintomatologia ansiosa e da qualidade da relação conjugal durante a gravidez no contexto de unidades de saúde no nosso país. A identificação destas características e os resultados obtidos justificam uma ação imediata e o desenvolvimento de planos de intervenção direccionados para a promoção do vínculo mãe-bebé, diminuição da sintomatologia ansiosa e promoção de uma melhor qualidade da relação conjugal durante a gravidez. Também achámos que em futuros estudos, seria interessante explorar a influência de um conjunto alargado de variáveis sociodemográficas e clínicas na vinculação pré-natal, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal, de modo a compreender-se melhor o

período pré-natal. No que se refere à amostra selecionada para a investigação, considerámos fundamental em estudos posteriores a recolha de um maior número de participantes.

Assim, a presente investigação contribui com dados importantes para incitar novas investigações na área da Psicologia da Saúde Materna, interligando a sintomatologia psicopatológica associada a este período e a adaptação à gravidez com o objetivo de promover um melhor ajustamento materno à gravidez e ao pós-parto.

Os dados obtidos reforçam a necessidade de maior investigação na área, ao nível da vinculação pré-natal materna, da qualidade do relacionamento conjugal e da ansiedade. Destaca-se, neste sentido, a necessidade de maior interveniência dos cuidados de Saúde Primários no desenvolvimento psicossocial e na promoção da vinculação mãe-bebé durante a gravidez. Em suma, considera-se pertinente e urgente que os Cuidados de Saúde Materna usufruam do seu papel de destaque, entre as grávidas, para a construção e implementação de programas de intervenção na saúde de forma a incitar estratégias de promoção da relação mãe-bebé, a diminuição da sintomatologia ansiosa e de uma melhor qualidade de relação conjugal. Também salientámos a importância do conhecimento adquirido com a nossa investigação em três áreas distintas, mas relacionadas: a vinculação pré-natal, a qualidade do relacionamento conjugal e a sintomatologia ansiosa. Tal como a literatura indica a vinculação pré-natal tem um efeito medianeiro no período pós-parto, uma vez que quanto mais elevada for a vinculação pré-natal na gestação maior será o envolvimento da mãe em relação ao bebé e melhor será adaptação à parentalidade, criando-se de uma forma mais dedicada e mais apaixonada (Raphael- Leff, 2009).

Considerámos após a presente investigação, e tal como aponta Camarneiro (2011), que é importante promover o bem-estar psicológico da mãe no período pré-natal, para que esta vivencie uma gravidez saudável e segura, e por sua vez, agencie bons cuidados de saúde do bebé no período pós-parto, gerando-se assim uma parentalidade mais saudável e vinculações mais seguras. Tal como sugere Justo (1994), o período da gravidez deve ser visto pela mulher como um período enriquecedor tanto ao nível psicológico como físico e também como um período de preparação para a relação mãe-filho. Sublinha-se por fim que a qualidade da relação conjugal e o bem-estar paterno são variáveis fundamentais no período gestacional, desempenhando um papel fundamental na recuperação do pós-parto da mulher (Condon, 2006).

Finalizando, consideramos que a presente investigação poderá contribuir para investigações futuras bem como para intervenções futuras com grávidas, de modo, a

contribuir para um melhor desenvolvimento da gravidez, com a finalidade de diminuir a ansiedade e promover uma melhor qualidade de relação conjugal e uma vinculação pré-natal, bem como para uma adaptação pós-parto.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40(4), 969-1025. Obtido de: http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/attach_depend.pdf
- Ainsworth, M. (1976). Relações objectais, dependência e vinculação: uma análise teórica das relações da criança com a mãe. In L. Soczka (Ed.), *As ligações infantis* (pp. 155-224). Amadora: Bertrand.
- Ainsworth, M. (1994). Attachments and other affectional bond across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Maris (Eds), *Attachment across life cycles* (pp. 33-51). London: Tavistock/Routledge.
- Alhusen, J. L. (2008) A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing*, 37, 315-28. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x
- Allison, S. J., Stafford, J., & Anumba, D. O. C. (2011). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. *Health*, 2-8. doi: 10.1186/1472-6874-11-33
- Baptista, M.N., Baptista, A.S.D., & Torres, E.C.R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7 (1), 39-48. Obtido de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>
- Bayle , F. C. (2006). *Á volta do Nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Belsky, J., & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52(1), 5-19.
- Bielawska-Batorowicz, E., & Siddiqui, A. (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36 (4), 373-384. doi: 10.1080/02646830802426144
- Botero, H. (2004). Cuando papá no está: la ausencia del padre como un factor generador de violencia. In S. A. Scortegagna & C. R. Benincá (Eds.), *Interfaces da Psicologia com a Saúde* (pp. 52-87). Passo Fundo: UPF Editora.

- Bouchard, G. (2005). Adult couples facing a planned or an unplanned pregnancy: two realities. *Journal of Family Issues*, 26 (5), 619-637. doi:10.1177/0192513X04272756
- Bouchard, G., Boudreau, J., & Hébert, R. (2006). Transition to parenthood and conjugal life: comparisons between planned and unplanned pregnancies. *Journal of Family Issues*, 27 (11), 1512-1531. doi: 10.1177/0192513X06290855
- Bowlby, J. (1961). L'etologie et l'evolution des relations objectales. *Revue Française de Psychanalyse*, 25 (4-5-6), 623-631.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1984). *Separação: Angústia e raiva*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
Obtido de: http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins.pdf
- Camarneiro, A. P. F. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação*. Tese de Doutorado, Universidade de Lisboa.
- Camarneiro, A. P., & Justo, J. M. R. M. (2010). Padrões de vinculação pré-natal. Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o segundo trimestre de gestação na região Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22.
- Camarneiro, A. P. F. & Justo, J. M. R. M. (2012). Efeito do número de filhos na satisfação conjugal e na vinculação pré-natal materna e paterna. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 19-28.

- Canals, J., Esparó, G. & Fernández-Ballart, J. D. (2002). How anxiety levels during pregnancy are linked to personality dimensions and sociodemographic factors. *Personality and Individual Differences*, 33 (2) 253-259.
doi: org/10.1016/S0191-8869(01)00149-0
- Canavarro, M. C. S. (1999). *Reações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Cardoso, S. F. L. (2010). *Ajustamento Psicológico e Relacionamento Conjugal em mães e pais na gravidez, parto e período pós-parto*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Calibri.
- 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. Obtido de: <http://hdl.handle.net/1822/4217>
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 381-398.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
doi: 10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x
- Condon, J. T. (2006). What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Australian Family Physician*, 35(9), 690-692.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372. doi: 10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x

- Costa, C.C.O. (2004). *Ansiedade na Gravidez: estudo exploratório de possíveis determinantes da ansiedade em grávidas primíparas e múltiparas*. Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa.
- Dias, M. C., & Sá, E. (2003). *A vida emocional do feto. A maternidade e o bebê* (2ªed.). Coimbra: Fim de Século.
- Dickstein, S., Seifer, R., & Albus, K. E. (2009). Maternal adult attachment representations across relationship domains and infant outcomes: the importance of family and couple functioning. *Attachment & Human Development, 11*(1), 5-27.
doi: 10.1080/14616730802500164
- Doan, H., & Zierman, A. (2003). Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 18*, 109-129. Obtido de: <http://www.highbeam.com/doc/1P3-1373167471.html>
- Feeney, J. A. & Noller, P. (1996). *Adult attachment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação Materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebê. *Internation Journal of Clinical and Health Psychology, 3* (3), 521-539.
- Figueiredo, B. (2005). Bonding Pais-Bebé. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (p. 287-314). Lisboa: Fim do Século.
- Figueiredo, B., & Costa, R. (2009). Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Archives Women's Mental Health, 12*, 143-155. doi: 10.1007/s00737-009-0059-4
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica, 2* (XX), 203-217. Obtido de: <http://hdl.handle.net/1822/3791>
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal and Child Health Journal, 13*(4), 539-549. doi: 10.1007/s10995-008-0312-x

- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2008). Partner relationships during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26 (2), 99-107. doi: 10.1080/02646830701873057
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 3-25. Obtido de: <http://hdl.handle.net/1822/5698>
- Figueiredo, M. I. N. L. (2007). *Vinculação pré-natal: estudo da ligação emocional ao bebé em mulheres e homens grávidos*. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa.
- Fleming, A. S., Rubble, D., Krieger, H., & Wong, P. Y. (1997). Hormonal and experiential correlates of maternal responsiveness during pregnancy and puerperium in human mothers. *Hormones and Behavior*, 31, 145-158. Obtido de: <http://www.flyfishingdevon.co.uk/salmon/year2/hormones/hormonal.pdf>
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2009). Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27, 269-286. doi: 10.1080/02646830802350898
- Gee, C. B., & Rhodes, J. E. (2003). Adolescent mothers' relationship with their children's biological fathers: social support, social strain, and relationship continuity. *Journal of Family Psychology*, 17(3), 370-383. doi: 10.1037/0893-3200.17.3.370
- George, C. & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: the caregiving behavioral system. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical implications* (pp. 649-670). New York: The Guilford Press.
- Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal emotional attachment scale. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(2), 153-165.
- Green, J., & Campbell, W. (2000). Attachment and exploration in adults: chronic and contextual accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 452-461. doi: 10.1177/0146167200266004

- Hart, R., & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 329-337.
- Hjelmstedt, A., Widstrom, A., & Collins, A. (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*, 33 (4), 303-310. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00123.x
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby & Attachment Theory*. London: Routledge
- Houts, R.M., Barnett-Walker, K.C, Paley, B., & Cox, M.J. (2008). Patterns of couple interaction during the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 15 (1), 103-122. doi: 10.1111/j.1475-6811.2007.00187.x
- Isabella, R. A., & Belsky, J. (1985). Marital change during the transition to parenthood and security of infant- parent attachment. *Journal of Family*, 6(4), 505-522. doi: 10.1177/019251385006004006
- James, B. (1991). *Treating traumatized children: New insights and creative interventions*. New York: Free Press.
- Justo, J. (1994). *Evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez*. Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas Editora.
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. (2006). Prematuridade e interação mãe-bebê: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em estudo*, 11 (2), 277-284.
- Lamb, M. E. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*, 1 (X), 19-34.
- Lawson, K., & Shelley. I. Turriff-Jonasson. (2005). Maternal serum screening and psychosocial attachment to pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 371-378. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.10.007
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de século.

- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24, 203-217. doi: 10.1002/nur.1023
- Lopes, R. S. V. (2009). *Genealogia do desejo: a influência da satisfação conjugal no estabelecimento da relação precoce entre a mãe-bebê*. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa.
- Lorensen, M., Wilson, M. E., & White, M. A. (2004). Norwegian families: transition to parenthood. *Health Care for Women International*, 25, 334-348. doi: 10.1080/07399330490278394
- Madolnado, M. (2002). *Psicologia da gravidez-parto e puérpio*. São Paulo: Saraiva.
- Meireles, A. & Costa, M. (2005). A experiência da gravidez: o corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção da mudança e a relação com o bebê. *Revista Psicologia*, 18 (2), 75-98. Obtido de: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/56454>
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto.
- Menezes, C.C. & Lopes, C.S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12(1), 83-93. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a10.pdf>
- Mercer, R. T. (1996), *Becoming a Mother*, New York: Springer Series: Focus on women.
- Muderrisoglu, S. (1999). Defensive functioning and affect within adult attachment patterns. *Dissertation Abstract*, 59, 3705.
- Muller, M. E. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15 (2), 199-215. doi: 10.1177/019394599301500205
- Müller, M. A., Bleker, O. P., Bonsel, G. J., & Bilardo, C. M. (2006). Women's opinions on the offer and use of nuchal translucency screening for Down Syndrome. *Prenatal Diagnosis*, 26, 105-111. doi: 10.1002/pd.1344
- Narciso, I.S.B. (2001). *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas: À procura do padrão que liga*. Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa.

- Nascimento, S. R. C., Amori, M. H. C., Primo, C. C., & Castro, D. S. (2009). Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 11 (2), 18-23.
- Odent, M. (2000). *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira Margem.
- Ohman, S. G., Grunewald, C., & Waldenström, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge worry scale on 200 Swedish women. *Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 148-152.
Obtido de: <https://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38770/thesis.pdf>
- Perry, D. F., Ettinger, A. K., Mendelson, T., & Le, N-H. (2011). Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behavior & Development*, 34(2), 339-350. doi: 10.1016/j.infbeh.2011.02.005
- Piccinini, C. A., Grill, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223- 232. Obtido de : <http://hdl.handle.net/10183/19889>
- Raphael-Leff, J. (2009). *Psychological Processes of Childbearing* (4ª ed.). Great Britain: The Anna Freud Centre.
- Ribeiro, J. L.P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Livriapsic.
- Ribeiro, J.L.P., & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 1(XX), 67-75.
- Rodrigues, A. S. N. (2009). *Impacto de uma interrupção espontânea da gravidez na vinculação pré-natal, numa gravidez seguinte*. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa.
- Rodrigues, C. (2009). Participando no crescimento de uma família. In L. Lourenço & H. Rodrigues (Eds.), *Ser bebé, tornar-se pessoa: Afectos comemorativos* (pp. 51-85). Coimbra: Edições Almedina.

- Rodrigues, S. F. V. (2011). *Vinculação pré-natal materna, depressão pós-parto e percepção materna do comportamento do recém-nascido*. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa.
- Rodríguez, A. R., Pérez-López, J., & Nuez, A. G. B. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres e padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, 20 (1), 95-102.
- Rustico, M. A., Mastromatteo, C., Grigio, M., Maggioni, C., Gregori, D., & Nicolini, U. (2005). Two-dimensional vs. two-plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: a randomized study. *Ultrasound Obstetric and Gynecology*, 25 (5), 468-72. doi: 10.1002/uog.1894
- Sá, E. (2001). *Psicologia do Feto e do Bebê*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2003). *Psicologia do Feto e do Bebê*. Lisboa: Fim de Século.
- Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L., & Lester, B. (2003). Maternal-fetal attachment. *Jama*, 289 (13), 1701.
- Santos, S. C., & Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI)-Forma Y para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Sarmorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. M. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(1), 17-29.
- Schmidt, E. B., & Argimon, I.I.L. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*, 19(43), 211-220.
- Schwerdtfeger, K.L., & Goff, B. S. N. (2007). Intergenerational transmission of trauma: exploring mother-infant prenatal attachment. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (1), 39-51. doi: 10.1002/jts.20179
- Siddiqui, A., & Hagglof, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59 (1), 13-25.

- Siddiqui, A., Hagglof, B., & Eisemann M. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (4), 369-380. doi: 10.1080/02646839908404602
- Silva, D. R. (2003). O inventário de estado-traço de ansiedade (STAI). In Gonçalves, M. M., Simões, M.R., Almeida, L.S. & Machado, C. (Eds), *Avaliação Psicológica, instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, D. R., Silva, J. A., Rodrigues, A., & Luis, R. (2000). Estudo de adaptação e estabelecimento de normas do inventário de Estado-Traço de ansiedade (STAI) - Forma Y de Spielberger para a população military portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 12, 8-26.
- Silva, I. M., & Lopes, R. C. S. (2009). Reprodução assistida e relação conjugal durante a gravidez e após o nascimento do bebê: uma revisão da literatura. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 223-230
- Soares, I. (1996). *Representações da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga: Universidade do Minho.
- Soares, I. (2001). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilibrios.
- Soares, I. (2007). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In Soares, I. (Ed.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puérpio*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Shappi, M. Soulé (Eds.), *A dinâmica do bebê* (pp. 132-170). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Solis-Ponton, L. (2004). A construção da parentalidade. In L. Solis-Ponton (Ed.). *Ser pai, ser mãe: Parentalidade, um desafio para o terceiro milênio* (pp. 29-40). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spitz, R. (2000). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.

- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Harper Collins.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D. N., & Bruschiweiller-Stern, N. (2005). *Nascimento de uma Mãe*. Porto: Ambar.
- Tsartsara, E., & Johnson, M. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(3), 173-182. doi: 10.1080/01674820646198
- Vasconcelos, S. G., Paiva, S.S., & Galvão, M. T. G. (2006). Comunicação proxêmica entre mãe e filho em alojamento conjunto. *Revista de Enfermagem*, 14(1), 37-42. Obtido de: <http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a06.pdf>
- Vedova, A. M. D., Dabrassi, F., & Imbasciati, A. (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 86-98.
- Veríssimo, M., Monteiro, L., Vaughn, B. E., Santos, A. J., & Watters, H. (2005). Coordenação entre o Modelo Interno Dinâmico da Mãe e o comportamento de base segura dos seus filhos. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 7-17.
- White, O., McCorry, N. K., Scott-Heyes, G., Dempster, M., & Manderson, J. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalized with pregnancy complications. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 74-85. doi: 10.1080/02646830801918455
- Wilhelm, J. (2003). *O que é psicologia pré-natal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Woods, N.F. & Mitchell, E.S. (1996). Patterns of depressed mood in midlife women: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Research in Nursing & Health*, 19, 111-123.

Anexos

Anexo 1

Parecer da ARS Norte



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 41 DATA: 13 Dez

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 46 /2012

DELIBERADO AUTORIZAR

18/12/2012

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
EXARADO NA ACTA N.º 60
REUNIÃO DE 18.12.2012

Rui Cernadas

Vice-Presidente do C. D.

José Carlos Pedro

Vogal C. D.

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 46/2012 (sobre o estudo: "Vinculação materna do Feto: a influência dos níveis de ansiedade e da qualidade do Relacionamento conjugal", aprovado na reunião do dia 6 de Novembro de 2012, por unanimidade.

Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C. D.

À Consideração Superior

Deolinda Neves
Assessora CES/UIC





Ministério da Saúde



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 46 /2012

Sobre o Estudo: "Vinculação materna do Feto: a Influência dos níveis de ansiedade e da qualidade do Relacionamento conjugal"

A – Relatório

1. Processo apresentado por CLÁUDIA SOFIA PEREIRA MAGALHÃES, em Janeiro de 2012. É um trabalho de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, a apresentar à Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa (Braga).
2. Apresenta documentos relativos ao propósito, ao estado da arte, com a respetiva bibliografia, descrição dos momentos do estudo e Anexos. Pretende ser efetuado no ACES Terras de Basto, Ave (Centro de Saúde de Fafe). Apresenta pedido de aprovação a este Centro de Saúde.
3. Pretende comparar um grupo de mulheres primíparas com um grupo de múltiparas (num total de 70, a abordar na consulta pré-natal do dito Centro de Saúde) e tirar conclusões sobre a vinculação pré-natal do feto, a ansiedade e a qualidade do relacionamento conjugal.

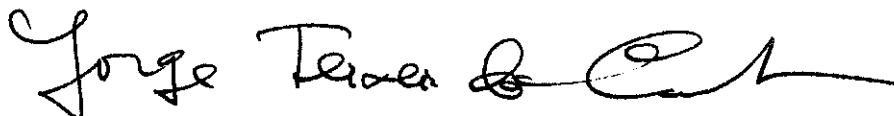
B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Está garantida a recolha do consentimento informado.
2. Garante a confidencialidade e anonimato.
3. Usa responsabilmente os recursos.
4. O inquérito não oferece comentários.
5. Não se coloca a questão da justiça.
6. Nada se prevê que contradiga.
7. Garantida a não-maleficência.
8. A autonomia das participantes está garantida.

C – Conclusões

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Saúde da ARSN delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator



Professor Doutor Jorge Teixeira da Cunha

Aprovado em reunião do dia 6/11/2012, por unanimidade

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN



Professor Doutor Alberto Pinto Hespagnol

Anexo 2

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Título do estudo: Vinculação materna ao feto: influência dos níveis de ansiedade e da qualidade do relacionamento conjugal.

Enquadramento: A presente investigação desenvolvida no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde é da responsabilidade de Cláudia Magalhães, aluna da Universidade Católica Portuguesa de Braga. A investigação realiza-se no Aces Terras de Basto, Ave I, Centro de Saúde de Fafe. As participantes são mulheres grávidas que frequentam as consultas de Saúde Materna.

Aplicação do estudo: Preenchimento de questionários, tendo como principal finalidade aprofundar o conhecimento científico acerca da vinculação mãe-bebé, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal durante a gravidez.

Condições e financiamento: A participação no presente estudo não tem qualquer custo, é de carácter voluntário. A participante tem o direito de desistir em qualquer altura, sem nenhum tipo de penalização.

Confidencialidade e anonimato: O estudo é realizado com fins estritamente académicos e científicos. São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados. Na eventualidade de publicação deste trabalho de carácter científico, a identidade das participantes ficará protegida, não sendo revelado o seu nome nem qualquer característica específica que o possa identificar.

A investigadora,

Eu, _____ declaro ter lido e compreendido este documento, bem como todas as informações que me foram dadas verbalmente pela investigadora sobre o estudo. Foi-me garantida a possibilidade de desistir do estudo em qualquer altura, sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito voluntariamente participar nesta investigação e permito a utilização dos dados nesta investigação, estando garantidos a confidencialidade e o anonimato dos mesmos.

A Participante

Data: ____/____/____

Anexo 3

Folha de rosto dos instrumentos de avaliação

**Questionário de dados sociodemográficos, dados clínicos e de conhecimentos acerca da
gravidez**

Versão Materna

As questões que se seguem neste questionário destinam-se a obter dados para uma investigação no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica de Braga. Neste questionário não há respostas certas ou erradas. Pede-se apenas que responda de forma sincera. Garantimos a confidencialidade e o anonimato dos dados.

1. Idade _____ anos.

2. Estado civil:

Solteira

Casada

União de Facto

Divorciada

Separada

Viúva

2.1. Se é casada ou tem companheiro, qual a idade do seu companheiro? _____ anos.

3. Tempo de relacionamento com o companheiro _____ meses.

4. Tem filhos?

Sim

Não

Se sim, com que idades _____ anos; _____ anos; _____ anos.

5. Área de residência:

Urbana

Rural

(...)

ESCALA DE VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL MATERNA
(Condon, 1993; adaptação para português de Camarneiro & Justo, 2007)

Estas questões são sobre os seus pensamentos e sentimentos acerca do bebé em desenvolvimento.

Por favor, assinale apenas uma resposta para cada questão.

- 1) Nas duas últimas semanas tenho pensado no bebé que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele:
 - quase sempre
 - com muita frequência
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nem por isso

- 2) Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram:
 - muito fracos ou inexistentes
 - bastante fracos
 - entre fortes e fracos
 - bastante fortes
 - muito fortes

- 3) Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido:
 - muito positivos
 - sobretudo positivos
 - uma mistura de positivos e de negativos
 - sobretudo negativos
 - muito negativos

(...)

Questionário de Auto-Avaliação
STAI – Forma X1

(Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; adaptação para português de Silva, 2003).

INSTRUÇÕES: Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o círculo apropriado à direita, indicando como se *sente agora*, neste preciso momento. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como *actualmente se sente*.

	Não	Um Pouco	Moderadamente	Muito
1.Sinto-me calma	①	②	③	④
2.Sinto-me segura	①	②	③	④
3.Estou tensa	①	②	③	④
4.Sinto-me com "culpas"	①	②	③	④
5.Sinto-me à vontade	①	②	③	④
6.Sinto-me aborrecida	①	②	③	④
7.Sinto-me presentemente preocupada com possíveis contratempos	①	②	③	④
8.Sinto-me descansada	①	②	③	④
9.Sinto-me ansiosa	①	②	③	④
10.Sinto-me confortável	①	②	③	④
11.Sinto-me com confiança em mim própria	①	②	③	④

(...)

Relationship Questionnaire (RQ)

(Figueiredo, Diego, Hernandez- Rief, Deeds & Ascencio, 2008).

Este questionário é constituído por 12 perguntas sobre a qualidade do relacionamento com o seu parceiro. Demora aproximadamente 3 minutos a preencher. As suas respostas são confidenciais. Não há respostas certas ou erradas. Responda de forma sincera, de modo a descrever o melhor possível o seu relacionamento com o seu parceiro.

	Nunca			Sempre
1. Compartilha com o seu parceiro atividades que são de interesse de ambos?	1	2	3	4
2. Quando precisa de ajuda o seu parceiro ajuda-a, como gostaria que ele a ajudasse?	1	2	3	4
3. O seu parceiro está sempre ao seu lado?	1	2	3	4
4. Você e o seu parceiro demonstram afeto um pelo outro?	1	2	3	4
5. Discute com o seu parceiro?	1	2	3	4
6. O seu parceiro cuida de si e preocupa-se consigo?	1	2	3	4

(...)