



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

VIVÊNCIA PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ E VINCULAÇÃO PRÉ- NATAL MATERNA NUMA AMOSTRA DE UTENTES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

Bianca Alexandra Lopes Borges

Porto, julho de 2019



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

VIVÊNCIA PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ E VINCULAÇÃO PRÉ- NATAL MATERNA NUMA AMOSTRA DE UTENTES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

Bianca Alexandra Lopes Borges

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Porto, julho de 2019

Agradecimentos

À Prof^a Doutora Maria Raul Lobo Xavier, por ter acreditado em mim e neste trabalho, por todo o apoio, incentivo e motivação e por me ter dado a oportunidade de explorar e conhecer mais sobre esta área.

Ao corpo docente da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Porto, por me ter ajudado a desenvolver enquanto futura profissional mas, essencialmente, enquanto pessoa e, em especial, à Prof^a Doutora Lurdes Veríssimo, pela força, compreensão e palavras certas, no momento certo.

A todas as *Mulheres Grávidas* que se disponibilizaram a participar no estudo e que demonstraram interesse sobre o mesmo, reforçando sempre a pertinência da investigação.

A toda a minha família, pela força e preocupação, mas em especial, aos meus pais, pelo amor, carinho e confiança depositada em mim.

Ao Rui, por cuidar e acreditar sempre em mim e pela compreensão sem fim, mesmo em momentos mais difíceis.

Às minhas *chatinhas*, Ana, Bárbara, Helena, Isabel e Margarida, por todos os momentos vividos e histórias construídas. Pela motivação constante e amizade infinita. Um obrigada especial a elas por terem tornado este percurso, sem dúvida, o melhor.

Àqueles que são a minha família de coração - os meus amigos - em especial à Cláudia, Dias, Hélder, Joana, Sara e Sarinha, pelo incentivo, apoio e amizade incondicional.

Às minhas afilhadas académicas, por terem tornado esta etapa especial e pelas palavras de força e motivação.

À Sara, pela partilha destes momentos finais, pela ansiedade vivida em conjunto e por todo o apoio;

Ao meu avô, por ser a estrelinha que mais me guiou ao longo deste percurso.

Resumo

O presente estudo pretende caracterizar a vivência psicológica da gravidez e a vinculação pré-natal materna em mulheres grávidas utentes dos cuidados de saúde primários (CSP).

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade e a Escala de Vinculação Pré-Natal Materna.

Os principais resultados obtidos desmonstram que existem diferenças significativas entre as grávidas utentes dos CSP e as grávidas da população padrão em algumas subescalas dos instrumentos utilizados. Os resultados obtidos indicam que, globalmente, atitudes mais positivas sobre a gravidez estão associadas a uma vinculação pré-natal superior; a idade apresenta uma correlação inversa com a vinculação pré-natal e uma correlação positiva com a vivência psicológica da gravidez; o nível de escolaridade e o tempo de gestação não apresentam correlações com as dimensões mencionadas; grávidas nulíparas investem mais na gravidez e vinculação pré-natal; grávidas que planearam a gravidez tendem a vivenciar de forma mais positiva na gravidez; grávidas desempregadas demonstram menos atitudes positivas face à vivência da gravidez.

Ao aprofundar esta temática que, tanto quanto sabemos, não foi abordada no nosso país, pretendemos que seja possível uma vivência saudável da gravidez e, conseqüentemente, uma parentalidade mais positiva e vinculações mais seguras.

Palavras chave: Vivência Psicológica da Gravidez, Vinculação Pré-Natal, Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

The purpose of the present study is to characterize the psychological experience of pregnancy and the maternal prenatal attachment in pregnant women users of primary health care (PHC).

The instruments used in collecting data were the Scale of Attitudes towards Pregnancy and Motherhood and the Maternal Antenatal Attachment Scale.

The main results suggest that there are significant differences between pregnant PHC users and pregnant women in the general population in some subscales of the instruments used. The results obtained indicate that, generally, more positive attitudes about pregnancy are associated with higher prenatal attachment; age presents an inverse correlation with prenatal attachment and a positive correlation with the psychological experience of pregnancy; the education level and the gestation time do not show any correlations with the mentioned dimensions; pregnant nulliparous invest more in pregnancy and prenatal attachment; pregnant women who plan pregnancy tend to experience pregnancy more positively; unemployed pregnant women show less positive attitudes towards the experience of pregnancy.

By exploring this theme which, to the best of our knowledge, has not been approached in our country, we intend to enable a healthy pregnancy experience and, consequently, a more positive parenthood and safer attachments.

Keywords: Psychological experience of pregnancy; Maternal prenatal attachment; Primary health care.

Índice

Introdução	1
Parte I - Enquadramento Teórico	4
1. Vivência Psicológica da Gravidez.....	4
2. Vinculação Pré-Natal Materna.....	6
3. Vivência Psicológica da Gravidez, Vinculação Pré-Natal Materna e Variáveis Sociodemográficas, da Gravidez e Paridade	10
4. Parentalidade, Modelo <i>Touchpoint</i> e Cuidados de Saúde Primários.....	12
Parte II – Estudo Empírico	15
1. Objetivos e Hipóteses.....	15
2. Metodologia	16
2.1. Amostra.....	16
2.2. Instrumentos	18
2.3. Procedimentos	20
2.3.1. Procedimentos de Recolha de dados	20
2.3.2. Procedimentos de Tratamento de Dados	21
3. Resultados	21
4. Discussão.....	28
5. Conclusão.....	35
Referências Bibliográficas	39
Anexos	49

Lista de Abreviaturas

CeG – Crescer em Grande

DGS – Direção Geral de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ULS – Unidade Local de Saúde

EAGM – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade

FI – Filho Imaginado

BM – Boa Mãe

ADGM – Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade

RPM – Relação com a Própria Mãe

GFMCP – Gravidez como Fator de Mudança e Crescimento Pessoal

AMC – Apoio do Marido/Companheiro

ICND – Imagem Corporal e Necessidade de Dependência

EVPNM – Escala de Vinculação Pré-Natal Materna

QVM – Qualidade da Vinculação Materna

IPMTDMV – Intensidade da Preocupação Materna ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 2. Variáveis associadas às gravidez e paridade.

Tabela 3. EAGM – Comparação entre a população padrão e a amostra do estudo.

Tabela 4. EVPNM – Comparação entre a população padrão e a amostra do estudo.

Tabela 5. Correlações entre as subescalas da EAGM e as subescalas da EVPNM.

Tabela 6. Correlações entre as subescalas da EAGM e da EVPNM e as variáveis idade e nível de escolaridade.

Tabela 7. EAGM e EVPNM – Comparação entre grávidas atualmente empregadas e grávidas desempregadas.

Tabela 8. Correlações entre as subescalas da EAGM e da EVPNM e o tempo de gestação (em semanas).

Tabela 9. EAGM e EVPNM – Comparação entre grávidas nulíparas e grávidas múltíparas.

Tabela 10. EAGM e EVPNM – Comparação entre grávidas que planejaram a gravidez e grávidas que não planejaram a gravidez.

Lista de Anexos

Anexo 1 - Consentimento informado.

Introdução

O presente estudo diz respeito a uma Dissertação de Mestrado em Psicologia - Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano - da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Porto, tendo como tema principal a vivência psicológica da gravidez e a vinculação pré-natal materna num grupo de grávidas acompanhadas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A mulher que vai ser mãe, durante a gravidez vive um processo de desenvolvimento individual e complexo, tendo de se preparar psicologicamente nos domínios cognitivo, afetivo e relacional (Canavarro, 2001; Xavier, 2000). Por sua vez, a estabilidade materna durante este período potencia a ligação estabelecida entre a mãe e o feto, a qual se conceptualiza como vinculação pré-natal materna e é considerada como imprescindível no estabelecimento da relação entre a mãe e o filho, constituindo-se como um alicerce para todas as relações posteriores (Camarneiro, 2011). Assim, o período da gravidez é visto como o início das relações de vinculação entre os pais e os filhos, na qual os pais iniciam o desenvolvimento de sentimentos pelo bebé (e.g., Moulder, 1994). O envolvimento emocional dos pais com o bebé, mesmo antes do nascimento, contribui para a qualidade da interação e dos cuidados que os pais promovem ao filho, influenciando, conseqüentemente, o desenvolvimento positivo da criança (e.g., Condon, 1993).

Os programas de vigilância pré-natal mundialmente implementados desde inícios do século XX têm permitido reduzir a mortalidade e a morbilidade maternas, fetais e/ou perinatais, visto que aumentam a acessibilidade aos cuidados especializados na gravidez, no parto e pós-parto (DGS, 2015). Tendo em conta as alterações físicas e os desafios psicológicos e sociais inerentes à gravidez (e.g., Camarneiro, 2011), revela-se fundamental a necessidade do aconselhamento e acompanhamento continuados da gravidez por parte das equipas de saúde, nomeadamente no âmbito dos CSP, devendo estes se constituírem como uma prioridade (DGS, 2015). Assim, considerando a relevância dos profissionais de saúde no acompanhamento das grávidas e na transição para a maternidade, importa evidenciar que estudos têm demonstrado que a psicoeducação acerca da vinculação materno-fetal tende a melhorar a saúde mental das grávidas e aumentar esta mesma ligação (Abasi, Tahmasebi, Zafari, Gholamreza & Takami, 2012).

Partindo da influência que a parentalidade exerce sobre o desenvolvimento das crianças

e, visto que este depende dos padrões e qualidade de interação familiar, tipo de vivências proporcionadas à criança e prestação de cuidados básicos de segurança e saúde (Coutinho, 2012), importa referir que os serviços de cuidados de saúde prestados à criança mantêm-se pouco dirigidos à sua família e respetivas forças e potencialidades (DGS, 2015). Por isto, enfatiza-se a importância da educação parental enquanto possibilidade de empoderamento da parentalidade positiva, ajustada e responsável (e.g., Epstein, 1991), de modo a que os pais e futuros pais consigam cumprir as suas funções e responsabilidades no cuidado e educação filhos, garantindo que estes tenham um desenvolvimento saudável (Garcia, Yunes, Almeida, 2016).

O Modelo *Touchpoint*, inspirador deste trabalho, está perspectivado em torno de momentos-chave do desenvolvimento infantil, os quais correspondem a desafios relatados pelos pais no exercer da parentalidade, iniciando no primeiro *touchpoint* – a gravidez (Brazelton, 1992). Este modelo, orientado para a prevenção através de uma abordagem multidisciplinar com foco comum, entre pais e profissionais, na criança, constitui-se como uma possibilidade de promoção do reforço e empoderamento dos pais e respetiva parentalidade, sendo esta influenciada pelo bem-estar durante a gravidez e, posteriormente, influenciar o desenvolvimento da criança (Brazelton, 1992)

Considerando um mundo em que a importância da criança, do seu bem-estar e desenvolvimento saudável e harmonioso têm sido destacados como um desígnio de futuro, releva-se importante o investimento nesta dimensão (e.g., Conselho Nacional de Saúde, 2018), começando desde cedo, na gravidez. Apresenta-se aqui um estudo piloto longitudinal “Crescer em Grande” (CeG), um estudo randomizado e controlado sobre a eficácia de um programa de intervenção parental universal a ser implementado nos CSP, nomeadamente no acompanhamento da gravidez e do desenvolvimento das crianças, inspirando-se no Modelo *Touchpoint* (Fareleira & Xavier, 2017).

Antes da implementação do estudo CeG, considerou-se importante testar a utilização de alguns dos instrumentos que o integram, assim como recolher informação caracterizadora da vivência psicológica da gravidez e da vinculação pré-natal de grávidas utentes dos CSP, sendo neste âmbito que o presente estudo se integra. Deste modo, com esta investigação, pretendemos caracterizar a vivência psicológica da gravidez e a vinculação pré-natal de grávidas portuguesas utentes dos CSP, sendo, tanto quanto é do nosso conhecimento, o primeiro estudo (exploratório) sobre o tema com uma amostra com estas características. Importa referir que o presente estudo

partilha a amostra e os procedimentos com outra Dissertação de Mestrado que explora dimensões de saúde mental da grávida. Os instrumentos utilizados em cada uma das Dissertações foram aplicados em conjunto, tal como se planeia que aconteça no CeG.

Os CSP permitem que as mulheres grávidas sejam acompanhadas, de forma continuada, por profissionais de saúde, (nomeadamente médicos e enfermeiros), em consultas individuais e que participem em cursos de preparação para o parto (DGS, 2015). Estes momentos têm como objetivos avaliar o bem-estar materno-fetal, detetar precocemente situações desviantes da evolução normal da gravidez, identificar fatores de risco que possam impactar negativamente a gestação e a saúde da mulher e/ou do feto, promover a educação para a saúde, preparar o parto e a parentalidade, assim como informar sobre os deveres e direitos parentais (DGS, 2015). Assim, considerando-se esta uma área de trabalho fundamental e com importância reconhecida no âmbito dos CSP, e, verificando-se na atualidade uma escassez de literatura acerca da relação entre a Vivência Psicológica da Gravidez e a Vinculação Pré-Natal Materna, assim como a inexistência de trabalhos nacionais que explorem esta relação quanto à gravidez acompanhada no CSP, revela-se pertinente, nesta fase inicial do CeG, contribuir para a caracterização da situação atual.

Relativamente à estrutura da presente dissertação, esta encontra-se dividida em duas partes: Na primeira – enquadramento teórico – começaremos por abordar o estado da arte, assente numa revisão crítica da literatura relevante e atual acerca da vivência psicológica da gravidez e da vinculação pré-natal materna, considerando-se a sua relação com variáveis sociodemográficas e da gravidez. Procurando integrar o leitor no quadro conceptual geral em que o estudo se insere, integramos ainda um capítulo sobre parentalidade, o Modelo *Touchpoint* e a relevância dos CSP. Na segunda parte – estudo empírico - serão identificados os objetivos e hipóteses, bem como o método (caracterização da amostra, instrumentos e procedimentos de recolha e tratamento e análise dos dados). Integrarão esta parte da dissertação, os resultados do estudo, tal como a respetiva discussão. O trabalho termina com uma conclusão geral.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Vivência Psicológica da Gravidez

A gravidez - período de gestação entre a concepção e o parto que dura cerca de 40 semanas - corresponde a um processo dinâmico, de construção e desenvolvimento, implicando alterações anatómicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (e.g., Canavarro, 2001; Leal, 2005; Xavier, 2000). A maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez, constituindo-se como um projeto a longo prazo, sujeito a consecutivas mudanças e tarefas de adaptação desenvolvimental, dependendo do significado que lhe é atribuído (e.g., Canavarro, 2001; Gordinho, 2013). A nível psicológico, podemos referir que a gravidez é um período de preparação para a maternidade, que implica aceitar novas tarefas, ensaiar novos papéis, criar um laço afetivo com o filho e incorporá-lo na sua identidade, ainda que seja necessário encará-lo como uma pessoa única e individual (Canavarro, 2001).

As representações e vivências que uma mulher grávida tem em relação ao período da gravidez são determinadas por fatores genéticos, históricos, socioculturais e de desenvolvimento (e.g., Canavarro, 2001). Os fatores genéticos (e.g., McCrae & Costa, 1994) referem-se a influências constitucionais que incluem capacidades perceptuais e cognitivas, *drives* fisiológicos, características físicas e traços da personalidade, tais como a capacidade biológica de suportar a gestação e desenvolvimento fetal, bem como a valorização e o desejo de concretizar o projeto da gravidez (Canavarro, 2001). Os fatores históricos e socioculturais dizem respeito à época histórica e organização sociocultural onde a grávida está inserida e os fatores desenvolvimentais são caracterizados pela história, marcadores de experiências, aprendizagens e relações significativas que a mulher estabelece ao longo da sua vida, as quais contribuem para a construção de significados relativos à gravidez e maternidade (Canavarro, 2001).

A relação estabelecida com a própria mãe, a relação conjugal e as possíveis experiências prévias de gravidez e maternidade constituem-se também como fatores com impacto na vivência do período da gravidez (Canavarro, 2001). Quanto à relação com a própria mãe, é através desta relação que a mulher, ao longo do seu desenvolvimento, vai adquirindo representações acerca do papel materno, influenciando, posteriormente, a forma como encara a gravidez e vivencia a maternidade (e.g., Canavarro, 2001). Relativamente à relação conjugal, esta constitui-se como foco de apoio social, permitindo uma alteração ou reestruturação adaptativa das representações

que cada elemento tem, de modo a que as tarefas inerentes a cada um dos processos possam ser cumpridas de forma adaptativa (Canavarro, 2001).

Os períodos de mudança que caracterizam a gravidez e a maternidade são, habitualmente, descritos por fases caracterizadas por tarefas psicológicas (e.g., Brazelton, 1992; Colman & Colman, 1994; Justo, Bacelar-Nicolau & Dias, 1999). Estas fases de desenvolvimento são caracterizadas pela adaptação pessoal e resolução sequencial, permitindo avanços bem sucedidos para a fase seguinte, sendo que se o estágio anterior não for bem resolvido, o seguinte estará sujeito a um desajuste físico, cognitivo, social e/ou emocional (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

As três fases da gravidez – integração, diferenciação e separação (Colman & Colman, 1973) - referem-se a alterações e atitudes comportamentais e psicossomáticas que se relacionam a tarefas psicológicas (Colman & Colman, 1994) - aceitação da gravidez, aceitação da realidade do feto, reavaliação da relação com os pais, reavaliação do relacionamento com o cônjuge/companheiro, aceitação do bebé enquanto identidade única e separada e integração da identidade parental.

A primeira fase, no primeiro trimestre de gestação, corresponde à aceitação psicológica da gravidez e da nova realidade. Nesta fase, inicia-se a identificação da mulher enquanto mãe, tendo por base a referência da sua própria mãe e as relações mais próximas (apoio social percebido) (Colman & Colman, 1973). A representação que a grávida tem dos seus pais vai assumir um papel importante no sentido de reavaliar as relações passadas, permitindo a constituição de uma identidade materna própria (Figueiredo, 2003).

A segunda fase implica a consciencialização e diferenciação do bebé enquanto identidade individual. Sendo o feto percebido, inicialmente, como uma parte de si, terá que vir a ser encarado como um ser com vida autónoma, distinto do corpo da mãe (Colman & Colman, 1973). Nesta fase a grávida intensifica as suas fantasias e representações da relação que terá com o bebé, imaginando as prestações de cuidados e as características físicas do mesmo (Colman & Colman, 1994). Neste momento, verificam-se as carícias na barriga e a comunicação com o feto (Monforte & Mineiro, 2006), mas também a reavaliação da relação estabelecida com os próprios pais. É necessário que a mulher seja capaz de integrar as vivências positivas e negativas que experienciou enquanto filha, de modo a conseguir prosseguir para as tarefas seguintes (Rodrigues, 2011). Neste segundo trimestre de gravidez verifica-se uma crescente percepção das modificações corporais e da presença do feto, potenciando o desenvolvimento da vinculação pré-natal (Brazelton &

Cramer, 2004).

A terceira e última fase refere-se ao período de preparação e formação psicológica para o nascimento (Carvalho, 2011), verificando-se alterações na relação com o companheiro/pai do bebé, visto que a chegada de um novo elemento na família implica uma reestruturação da relação conjugal e das tarefas e papéis que lhe estão associados (Mendes, 2002; Rodrigues, 2011). Neste momento, a mulher é novamente confrontada com sentimentos ambivalentes, oscilando entre o desejo e a expectativa de conhecer o seu bebé e o desejo de prolongar a gravidez, como forma de adiar as tarefas que este novo período exige (Rodrigues, 2011). Principalmente para mães primigestas, esta é, também, uma fase marcada por sentimentos de ansiedade face ao momento do parto (Rodrigues, 2011).

Às tarefas psicológicas anteriormente descritas, Canavarro (2001) introduz uma sétima tarefa que corresponde à reavaliação e reorganização da relação com os restantes filhos. Revela-se importante que o bebé recém-chegado à família seja encarado como único e não assimilado à identidade dos irmãos, assim como a própria mãe deve preparar, junto dos outros filhos, a chegada do novo elemento (Mendelson, 1990 cit. in Canavarro, 2001).

O modo singular como cada mulher percorre esta caminhada vai transformar cada gravidez num acontecimento de vida único, envolvendo expectativas e atitudes distintas (Colman & Colman, 1994). Contudo, a gravidez também se constitui como uma fase de vulnerabilidade emocional, caracterizada por sentimentos ambivalentes, os quais influenciam a perceção da mulher relativamente ao seu papel enquanto mãe e à sua definição de maternidade (Figueiredo, 2005). Apesar da instabilidade emocional importa que este período se constitua como uma oportunidade evolutiva de desenvolvimento de identidade, permitindo a preparação para o papel de mãe (Canavarro, 2001), para o qual, o acompanhamento da gravidez se revela imprescindível (Figueiredo, 2005).

2. Vinculação Pré-Natal Materna

É hoje consensual, através do culminar de diversas investigações, que o início da relação entre pais e filhos acontece antes do nascimento (e.g., Bouchard, 2011; Fonseca, 2012), verificando-se desde o início da gravidez o desenvolvimento da ligação mãe-feto. Progressivamente ao longo deste período, a mulher elabora uma ideia do seu bebé e uma ideia de si mesma enquanto mãe (Stern, 1995), investindo afetivamente no estabelecimento desta ligação

(Teixeira, 2013). Assim, considera-se que durante a gravidez ocorre a interiorização precoce do feto (Righetti, Dell'Avanzo, Grigio, & Nicolini, 2005) e a sua incorporação na família (Wilson et al., 2000).

Mais que no parto e pós-parto imediato, a relação de ligação ao feto que Bowlby (1973) descreveu como “vinculação” inicia-se no útero, visto que, tal como referem Schmidt e Argimon (2009) e como abordamos anteriormente, a propensão de desenvolvimento de laços afetivos está presente já no período de gestação. Assim, a análise psicológica da experiência da gravidez permitiu introduzir o conceito de “vinculação pré-natal”, constituindo-se como a primeira representação interna do filho que a mãe elabora durante a gravidez (Cannella, 2005; Condon & Corkindale, 1997). Contudo, importa referir que apesar dos vários estudos desenvolvidos acerca da vinculação pré-natal, ainda existe alguma inconsistência no que diz respeito a este conceito, visto que é impossível observar diretamente o feto a interagir com a figura materna (Camarneiro & Justo, 2010).

A pioneira na definição do conceito de vinculação pré-natal foi Cranley (1981), definindo-a como sendo os comportamentos de afiliação e interação da mulher com o seu filho, antes de este nascer. Todavia, por considerar esta proposta insuficiente, Muller (1993) definiu a vinculação pré-natal como a relação afetiva única que se desenvolve entre a mãe e o feto, decorrendo de forma progressiva e aumentando ao longo da gestação.

Klaus e Kennel (1976) introduziram ainda na literatura o termo “*bonding*” para designar a relação única, específica e duradoura que se desenvolve entre a mãe e o bebé, estabelecendo-se desde os primeiros contactos entre estes, a partir do pós-parto. Mais tarde, Figueiredo (2003) constatou que esta ligação ocorre de forma gradual desde a gravidez, podendo se desenvolver ao longo do primeiro ano de vida de forma mais intensa que no pós-parto imediato. Assim, o *bonding* é muitas vezes utilizado para descrever a vinculação materno-fetal (Camarneiro, 2011). Tendo em conta a revisão bibliográfica realizada, no presente estudo será privilegiado o termo “vinculação pré-natal materna”.

Condon (1993) aplicou o modelo de vinculação desenvolvido para os adultos à vinculação pré-natal, conceptualizando-a como o laço emocional estabelecido entre a mãe e o bebé antes do seu nascimento. Este autor refere que a vinculação pré-natal deve ter em conta a qualidade da ligação materno-fetal e a intensidade desta preocupação, visto que estas dimensões constituem um todo relacionado, íntimo e profundo da experiência emocional e da forma como cada

progenitora manifesta o seu comportamento face ao feto (Camarneiro & Justo, 2010). Assim, foram definidos quatro padrões de vinculação pré-natal, partindo do cruzamento das duas dimensões supracitadas (Camarneiro, 2011; Camarneiro & Justo, 2010).

O primeiro padrão diz respeito a uma vinculação forte e saudável (mães revelam intensidade na preocupação com o feto, juntamente com um sentimento de proximidade, ternura e desejo do bebé); o segundo padrão refere-se à qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devido à distração ou ambivalência, despendendo menos tempo em experiências satisfatórias de vinculação; o terceiro padrão remete-nos a mães não envolvidas ou envolvidas de modo ambivalente com baixa preocupação (mães pensam pouco no seu bebé e apresentam poucos afetos face ao mesmo, manifestando-se mais desligadas e possuindo sentimentos ambivalentes, sentindo que o filho as sufoca e, portanto, a sua existência tem de ser suprimida); por último, o quarto padrão diz respeito a mães ansiosas/ambivalentes ou com baixa preocupação afetiva (mães tendem a preocupar-se com o feto mas são desprovidas de afetos, prazer e interesse, podendo manifestar sentimentos ambivalentes ou preocupação ansiosa) (Condon, 1993).

Posteriormente, Siddiqui, Hagglof & Eisemann (1999) remeteram o conceito de vinculação pré-natal para um construto multidimensional que inclui fatores como a fantasia acerca do feto, a sua interação, afeição e diferenciação enquanto ser separado da mãe. Segundo Colman e Colman (1994), existem vários comportamentos vinculativos da mãe em relação ao feto, tais como falar com ele, atribuir-lhe um nome, acariciar a barriga e encorajar o pai do bebé a realizar estas mesmas ações. De modo a consolidar o presente conceito, foram-lhe então atribuídas três dimensões: vinculação cognitiva (desejo de conhecer o bebé), afetiva (prazer associado aos pensamentos sobre a interação com o bebé) e altruísta (desejo de proteção do feto) (Shieh, Kravitz & Wang, 2001). Assim, considera-se que esta ligação está potencialmente presente antes do processo de gravidez, relacionando-se com o desenvolvimento de competências cognitivas e emocionais, associadas à conceptualização de outro ser humano (Doan & Zimmerman, 2003).

A definição mais recente da vinculação pré-natal remete-a para um conceito abstrato que se desenvolve num sistema ecológico, relacionado com habilidades cognitivas e emocionais associadas à concepção de outro ser (Doan & Zimmerman, 2008). Ou seja, a vinculação estabelecida durante a gravidez permite à mãe a interiorização precoce do feto, seja através de imagens, preocupações, expectativas ou antecipações que vão sendo incorporadas no seio

familiar (Silva, 2012). É neste momento que a progenitora desenvolve uma representação interna do feto, sendo através dessa representação que se desenvolve o vínculo emocional (Gonçalves, 2013). Assim, durante a gravidez, a vinculação tem como objetivo proporcionar segurança, emoções e cognições, motivadas pelo sentido de responsabilidade que a mãe sente pelo bem-estar do feto (Teixeira, 2013).

Relativamente ao bebé, a experiência de interação vivenciada no útero da mãe tem impacto no estabelecimento da vinculação, visto que o ambiente intrauterino é permeável a influências externas e submetidas a diversas variações e mudanças (Sá, 2003). Na realidade, é durante a gestação que o bebé desenvolve o seu sistema sensorial, recebendo informações através de todos os sentidos, permitindo uma melhor adaptação do mesmo ao mundo e às pessoas que o rodeiam (Brazelton & Cramer, 1992).

De facto, a vinculação é fortalecida após o nascimento, contudo, é iniciada durante a gravidez e influenciará todo o desenvolvimento futuro do indivíduo (Teixeira, Raimundo & Antunes, 2016). O nível de envolvimento pré-natal pode pressupor a qualidade do envolvimento pós-natal, ou seja, mães que fantasiaram e se preocuparam mais com o bebé ao longo da gravidez tendem a demonstrar mais afeto e interação positiva posteriormente ao nascimento (Siddiqui & Hagglof, 2000). Resumidamente, as representações pré-natais estão relacionadas com as representações pós-natais que as mães têm dos seus filhos, devendo-se por isso investir no desenvolvimento da vinculação pré-natal (Portu-Zapirain, 2013; Vreeswijk, Maas, Rijk & Van Bakel, 2014).

Tendo em conta que os estilos de vinculação pré e pós-natal se encontram relacionados, que o envolvimento emocional dos pais é determinante na qualidade de interação e cuidados prestados aos filhos (Samorinha, Figueiredo & Cruz, 2009) e que a vinculação pré-natal materna se revela uma importante componente para a construção da identidade materna e para a promoção da adaptação à maternidade positiva (Pisoni et al, 2015) enfatiza-se a importância do desenvolvimento da vinculação pré-natal, especificamente materna, sendo esta determinante para o bem-estar de ambos (Rustico et al, 2005).

3. Vivência Psicológica da Gravidez, Vinculação Pré-Natal Materna e Variáveis Sociodemográficas, da Gravidez e Paridade

São vários os fatores que desde o início da gravidez influenciam a vivência psicológica deste período e a vinculação materno-fetal. Klaus, Kennell e Klaus (2000) indicam que a qualidade do vínculo mãe-bebê é determinada pelo planejamento da gravidez, percepção dos primeiros movimentos fetais, percepção do feto como uma pessoa independente de si, tal como pelas características da personalidade materna, as atitudes face à gravidez, o número de filhos, o apoio social recebido e relacionamento conjugal (Doan & Zimmerman, 2008). Para além destas, também alguns fatores sociodemográficos (Bouchard, Boudreau & Hébert, 2006), como o tempo de gestação, a idade da mãe e o nível de escolaridade, influenciam esta dimensão.

Numa revisão da literatura realizada por Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks e Cannella (2009), perante 183 estudos de vinculação materno-fetal, concluiu-se que o maior preditor desta dimensão é a idade gestacional. Com o decorrer do tempo de gestação, a relação mãe-feto aumenta, contribuindo para a vinculação pré-natal, influenciada por uma vivência psicológica mais positiva deste período (e.g., Figueiredo, 2007; Gomez & Leal, 2007; Nishikawa & Sakakibara, 2013). As grávidas que se sentem mais motivadas e envolvidas na gravidez (vivência psicológica mais positiva e saudável), perante o aumento dos movimentos fetais e da própria barriga, tendem a tentar adivinhar a personalidade do bebê, tratando-o pelo futuro nome, acariciando-o e estimulando-o, tentando assim obter alguma resposta às suas ações (Masera, Martín & Pavón, 2011). Deste modo, o feto torna-se cada vez mais humano e amado pela mãe, não apenas como uma extensão materna mas como um ser independente (Teixeira, Raimundo & Antunes, 2016). Estas dimensões promovem uma maior segurança e satisfação da mãe, as quais contribuem para o aumento da vinculação pré-natal (Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2004). Contudo, noutros estudos (e.g., Mendes, 2002) foi encontrada uma tendência para a diminuição da ligação materno-fetal das grávidas à medida que a idade gestacional avança.

O planejamento da gravidez tem vindo a constituir-se como uma variável de grande relevância na vivência psicológica da gravidez e no estabelecimento da relação mãe-feto (Camarneiro, 2011). O facto desta dimensão estar, maioritariamente, associada à forma como a gravidez é recebida e depois vivenciada, significa que mulheres grávidas que planeiam a gravidez tendem a vivenciar uma experiência deste período mais positiva e saudável, comparativamente às grávidas que não planeiam (Meireles & Costa, 2005). Vários autores afirmam que mulheres

que planearam a gravidez tendem a manifestar uma qualidade superior de vinculação, bem como uma maior intensidade de preocupação com o feto (e.g., Bouchard et al., 2006). Contudo, alguns estudos também verificaram uma relação inversa entre estas variáveis, afirmando que quanto maior é o planeamento da gravidez, menor será a intensidade da preocupação materna com o futuro bebé (White, McCorry, Scott-Heyes, Dempster & Manderson, 2008). Para além destes, foram também encontrados estudo onde não se verificam associação entre estas variáveis (e.g., Vedova, Dabrassi e Imabasciati, 2008).

Relativamente ao impacto da idade da mãe na vivência psicológica da gravidez e na vinculação pré-natal, os estudos não são totalmente consistentes. Por um lado, estudos revelam que esta variável não se encontra correlacionada com a vinculação pré-natal (e.g., Righetti, et al., 2005; Vedova, Dabrassi & Imbasciati, 2008). Por outro, algumas investigações remetem-nos para uma relação inversa indicando que com o aumento da idade da mãe, a vinculação pré-natal diminui (e.g., Hart & McMahon, 2006; Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008). Mendes (2002) justificou estes resultados referindo que mulheres com mais de 35 anos apresentam níveis de vinculação pré-natal mais reduzidos, quando comparadas com mulheres na faixa dos 20 anos, pois mães com mais idade tendem a demonstrar uma vivência psicológica menos positiva, caracterizada por um maior receio em acreditar na gravidez devido à maior probabilidade do desenvolvimento de problemas advindos de uma gravidez de risco.

No que respeita à relação entre o nível de escolaridade e a vivência psicológica da gravidez e vinculação pré-natal, alguns estudos indicam que não existe relação entre as variáveis analisadas (e.g., Camarneiro, 2011; Nishikawa & Sakakibara, 2013). Contudo, diversos autores referem que quanto mais elevado for o nível de escolaridade, menor será a vinculação pré-natal (e.g., Ahern & Ruland, 2003; Lindgren, 2001). Justificam estes resultados o facto de um nível de escolaridade mais elevado estar, maioritariamente, associado a atividades profissionais mais exigentes, por parte da mãe, diminuindo o investimento que a grávida faz neste período, vivenciando-o de forma mais passiva (Airosa & Silva, 2013). Mendes (2002) refere ainda que com o nível educacional, crescem os níveis de leitura, interpretação e compreensão, o que promove o acesso a mais informação, podendo potenciar o desenvolvimento da vinculação pré-natal. Perante estes resultados diversos, alguns autores (Ahern & Ruland, 2003) afirmam que a vivência da gravidez e a ligação entre a grávida e o feto poderá estar mais relacionada com outros fatores, como a cultura.

Quanto ao efeito do número de filhos, a literatura revela-se consistente, apesar de alguns estudos não terem verificado uma relação existente entre esta dimensão e a vivência psicológica da gravidez e a vinculação pré-natal (Camarneiro & Justo, 2012; Vedova, Dabrassi & Imbasciati, 2008). Estudos (e.g., Mendes, 2002) verificam que grávidas primigestas apresentam níveis mais elevados de vinculação pré-natal que grávidas multigestas. Todavia, estes resultados remetem-nos apenas para a intensidade da vinculação e não para a qualidade da mesma (e.g., Tsartsara & Johnson, 2006), ou seja, mães pela primeira vez vivenciam o processo da gravidez de forma mais profunda, o que não significa que o vivenciem de forma mais positiva, obrigatoriamente (Mendes, 2002). Doan e Zimerman (2003) justificam estes resultados, referindo que grávidas nulíparas investem mais tempo em comportamentos de vinculação que as múltiparas. Lorensen, Wilson e White (2004) e Gomez e Leal (2007) explicam que existe esta correlação inversa entre as variáveis visto que grávidas pela primeira vez apresentam um nível de orgulho e fascínio superior pela primeira gravidez, o que potencia o aumento da vinculação pré-natal. Nichols, Roux & Harris (2007) sustentam também estes resultados, referindo que as mães de mais de um filho apresentam uma maior necessidade de adequar as suas práticas parentais, não investindo tanto na vivência da gravidez e vinculação pré-natal, pois os restantes filhos exigem também a sua atenção, impedindo-a de interagir emocionalmente mais com o seu feto (e.g., Alvarenga, Dazzani, Alfaya, Lordelo & Piccinini, 2012; van Bakel, Maas, Vreeswijk & Vingerhoets, 2013).

4. Parentalidade, Modelo *Touchpoint* e Cuidados de Saúde Primários

A parentalidade, tarefa mais desafiante, complexa e com maiores responsabilidades da vida adulta (Holden, 2010 & Kane, 2005), é concebida como uma experiência relacional com significado psicológico, sendo vivenciada nas relações familiares que se vão transformando ao longo da vida. É concebida como um conjunto de atividades objetivadas para assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança (Hoghugh, 2004) num ambiente seguro (Reader, Duncan, & Lucey, 2005), de modo a promover a sua socialização e autonomia (Maccoby, 2000). As várias tarefas da parentalidade passam pela satisfação das necessidades básicas, de afeto e segurança, organização de um ambiente estruturado, previsível e estável, promoção de um meio ambiente positivo e estimulante, favorecendo, assim, um clima de auto-aceitação e satisfação de necessidades de interação social equilibrando com supervisão e disciplina (Cruz, 2005).

O exercício da parentalidade exige conhecimentos, competências, atitudes e habilidades

que promovam uma parentalidade positiva. A preparação e os conhecimentos tornam os pais mais resilientes, ajudando-os a compreenderem a criança, a saber como agir em cada fase do desenvolvimento, a identificar o tipo de acompanhamento e disciplina mais adequados a utilizar, proporcionando um ambiente potenciador do seu desenvolvimento e crescimento (Ahmann, 2002; U.S. Department of Health and Human Services, 2008, 2011). Assim, a parentalidade assume um papel fulcral no desenvolvimento cognitivo e psicossocial das crianças, para o qual é determinante que os pais/mães se constituam como modelos emocionais adequados, transmitam pensamentos e modelem comportamentos emocionalmente saudáveis, valorizando as especificidades, as características e a autonomia dos seus filhos (Dadam, 2011).

Tendo em conta a influência que o contexto familiar e as práticas educativas exercem sobre o desenvolvimento das crianças (Cruz & Ducharme, 2006), enfatiza-se a importância da consciencialização da educação parental, enquanto proposta educativa para a promoção da parentalidade responsável e positiva (Epstein, 1991). A educação parental tem (tradicionalmente) como principal objetivo proporcionar informação de cariz prático aos pais, transmitindo-lhes princípios e estratégias de aprendizagem e de modificação de comportamento, as quais permitam o desenvolvimento de competências parentais de comunicação e resolução de problemas (e.g., Briesmeister & Schaefer, 2007; Ribeiro, 2003).

Contudo, a transição para a parentalidade não é apenas marcada pelo nascimento do filho, mas sim pelas mudanças psicológicas internas e organizações do papel parental, as quais exigem um processo de adaptação, no qual importa cumprir um conjunto de tarefas desenvolvimentais específicas (Figueiredo, 2003), também durante a vivência da gravidez. Assim, enquanto contributo para a parentalidade positiva e bem-estar das crianças e dos pais, desenvolveu-se o Modelo *Touchpoint* (Brazelton, 1992).

Os “*touchpoints*” são períodos previsíveis de desorganização ao longo do desenvolvimento infantil, os quais podem perturbar as relações familiares mas também constituírem-se como oportunidades para os profissionais se aliarem aos pais. Estes pontos de viragem, transição, organização e desorganização são tradicionalmente identificados ao longo da infância. Nos primeiros três anos de vida da criança, prolongando-se por 13 *touchpoints* a partir da gravidez (Brazelton & Sparrow, 2003).

Constituindo-se a gravidez como o primeiro e único *touchpoint* pré-natal e considerando-a como uma fase de desenvolvimento psicológico fundamental, esta tem sido cada vez mais

estudada pelos clínicos e investigadores (e.g., Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994), enfatizando a necessidade de acompanhamento durante este período, com o objetivo da intervenção preventiva através dos cuidados antecipatórios de momentos-chave (Brazelton & Sparrow, 2003).

Em suma, o modelo *Touchpoint* é desenvolvimental, relacional e de intervenção preventiva, perspetivando momentos-chave do desenvolvimento infantil, assumindo a valorização das forças intrínsecas de cada bebé/criança e respetiva família. Destaca a prevenção através dos cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre as famílias e os profissionais, que pretendem empoderar a parentalidade positiva (Brazelton & Sparrow, 2003).

O Modelo *Touchpoint* considera que os pais são os peritos no desempenho do seu papel parental, considerando tranquilizador quando os avanços e regressões do desenvolvimento dos filhos são acontecimentos esperados e quando estão previamente preparados para o sucedido (Brazelton & Sparrow, 2003). Deste modo, o objetivo dos profissionais de saúde passa pelo apoio e suporte aos pais e familiares na organização de um ambiente em que o bebé possa crescer e se desenvolver, focando-se nas potencialidades e não apenas nas vulnerabilidades, visto que ao fortalecer as famílias, os profissionais estão também a fortalecer as crianças (Brazelton & Sparrow, 2003).

Neste âmbito, a prestação de cuidados de saúde à grávida e ao bebé antes de nascer deve ser considerada como um processo assistencial contínuo, sendo que se tem verificado que a acessibilidade aos cuidados de saúde primários, especializados na gravidez, no parto e pós-parto, diminuem a morbilidade e mortalidade maternas, fetais e infantis (DGS, 2015). “Em Portugal, a introdução de um programa nacional de vigilância da gravidez enquadrada numa Rede de Referenciação Materno-Infantil e na articulação do trabalho realizado nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados Hospitalares (...) constituíram marcos decisivos para o sucesso conseguido.” (DGS, 2015, p.10).

Tendo em conta as vantagens da prestação de cuidados de saúde primários, da intervenção parental preventiva e de modo, então, a motivar as boas práticas de saúde pré-natal e a facilitar a adaptação à maternidade, a investigação tem sugerido o aumento do estudo da vivência psicológica da gravidez e da vinculação pré-natal (Brandon, Pitts, Denton, Stringer & Evans, 2009).

Parte II – Estudo Empírico

1. Objetivos e Hipóteses

Como objetivo geral, este trabalho propõe-se a caracterizar a vivência psicológica da gravidez e a vinculação pré-natal materna de grávidas portuguesas utentes dos cuidados de saúde primários. Assim, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar a vivência psicológica da gravidez de um grupo de grávidas utentes dos cuidados de saúde primários;
2. Caracterizar a vinculação pré-natal materna de um grupo de grávidas utentes dos cuidados de saúde primários;
3. Explorar a relação existente entre a Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Maternidade e a Escala de Vinculação Pré-Natal Materna;
4. Explorar as relações existentes entre as dimensões sociodemográficas (idade da mulher e nível de escolaridade) e a vivência psicológica da gravidez, bem como com a vinculação pré-natal materna;
5. Explorar as relações existentes entre variáveis da gravidez (tempo de gestação, planeamento e número de filhos) e a vivência psicológica da gravidez, bem como com a vinculação pré-natal materna.

Neste sentido, e tendo em conta a revisão bibliográfica realizada, foram definidas as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Existem diferenças significativas entre as grávidas utentes dos cuidados de saúde primários e as grávidas da população em geral, relativamente à vivência psicológica da gravidez;

H2: Existem diferenças significativas entre as grávidas utentes dos cuidados de saúde primários e as grávidas da população em geral, relativamente à vinculação pré-natal materna;

H3: A vivência psicológica da gravidez está correlacionada positivamente com a vinculação pré-natal materna;

H4: A idade está correlacionada negativamente com a vivência psicológica da gravidez, assim como com a vinculação pré-natal materna;

H5: O nível de escolaridade está correlacionado positivamente com a vivência

psicológica da gravidez, assim como com a vinculação pré-natal materna;

H6: O tempo de gestação está correlacionado positivamente com a vivência psicológica da gravidez, assim como com a vinculação pré-natal materna;

H7: Existem diferenças significativas entre as grávidas ulíparas e as grávidas múltiplas relativamente à vivência psicológica da gravidez, bem como com a vinculação pré-natal materna;

H8: Existem diferenças significativas entre grávidas que planearam a gravidez e grávidas que não planearam, em relação à vivência psicológica da gravidez, assim como à vinculação pré-natal materna.

2. Metodologia

Este estudo transversal e descritivo privilegia uma lógica hipotético-dedutiva e uma metodologia de cariz quantitativo e correlacional, dado que esta é normalmente aplicada em estudos de carácter descritivo, que procuram encontrar e classificar uma relação entre variáveis (Martins, 2011).

2.1. Amostra

Foi constituída uma amostra de conveniência integrando 57 mulheres portuguesas, grávidas de baixo risco, pertencentes à zona do norte do país, cujo acompanhamento médico acontece no âmbito dos CSPos.

Este grupo de grávidas apresenta idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos ($M = 29,74$; $DP = 5,64$), sendo que o tempo de gestação varia entre as 13 e as 40 semanas ($M = 29,21$; $DP = 5,95$). Os restantes dados de caracterização da amostra encontram-se nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

<i>Mulheres Grávidas (N= 57)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Idade		
Até 20	3	5,3%
21 – 24	9	15,8%
25 – 29	17	29,8%
30 – 34	15	26,3%
35 – 39	9	15,8%
Mais de 40	4	7%

Estado Civil		
Solteira	18	31,6%
Casada	32	56,1%
Divorciada	4	7%
União de facto	2	3,5%
Não respondeu	1	1,8%
Nível de Escolaridade		
Até ao 2º ciclo	3	5,3%
Até ao 9º ano	4	7%
Até ao 12º ano	19	33,3%
Licenciatura, Mestrado	28	49,1%
Pós Graduação, Doutorado	2	3,5%
Não respondeu	1	1,8%
Atualmente Empregada		
Sim	45	78,9%
Não	12	21,1%

Tabela 2 – Variáveis associadas à gravidez e paridade

<i>Mulheres Grávidas (N= 57)</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo do Bebê			
Feminino		24	42,1%
Masculino		26	45,6%
Não sei		6	10,5%
Não respondeu		1	1,8%
Número de Filhos			
0		41	71,9%
1		14	24,6%
2		2	3,5%
Planeamento da Gravidez			
Sim		45	78,9%
Não		12	21,1%
Acompanhamento Médico da Gravidez			
Centro de Saúde		35	61,4%
Ambos		22	38,6%
Gravidez Anterior			
Sim		17	29,8%
Não		40	70,2%

**Consumo de bebidas
alcoólicas durante a
gravidez**

Sim	6	10,5%
Não	51	89,5%

**Fumar durante a
gravidez**

Sim	3	5,3%
Não	54	94,7%

2.2. Instrumentos

Para a avaliação das diferentes dimensões da vivência psicológica da gravidez foi utilizada a *Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Maternidade - EAGM* (Xavier & Paúl 1996). Este instrumento está integrado no protocolo do estudo CeG tendo sido escolhido tendo em conta as suas características, nomeadamente, destinar-se a mulheres grávidas, abordar as dimensões presentes na pesquisa teórica e integrar os objetivos do estudo, nomeadamente explorar o modo como a gravidez é vivenciada. (Xavier & Paúl, 1996). É um instrumento construído e validado para a população portuguesa.

Esta escala é constituída por 42 itens, que se organizam em 7 subescalas – Filho Imaginado (FI - 7 itens), Boa Mãe (BM - 9), Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal (GFMCP - 6), Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade (ADGM - 8), Relação com a Própria Mãe (RPM - 4), Apoio do Marido/Companheiro (AMC - 4) e Imagem Corporal e Necessidade de Dependência (ICND - 4). Os itens são respondidos através de uma escala tipo *likert* de 4 pontos - “Sempre” (1), “Muitas Vezes” (2), “Poucas Vezes”(3) e “Nunca” (4).

A cotação deste instrumento é realizada através da soma do valor assinalado nos itens correspondentes a cada subescala. Valores inferiores na subescala “FI”, significam que a mulher investe mais nos seus pensamentos e expectativas acerca do futuro bebé; resultados mais baixos na subescala “BM”, significam que a mulher revela uma maior conceção de que a gravidez tem/está a ter consequências que implicam mudanças e crescimento pessoal. Na subescala “ADGM”, valores inferiores traduzem uma maior perceção/valorização dos desafios e transformações inerentes ao período da gravidez. Resultados baixos na subescala “RPM” significam que as mulheres grávidas avaliam, mais positivamente, as suas relações com as próprias mães. Quanto à subescala “AMC”, a valorização atribuída ao apoio/papel do

marido/companheiro é tanto mais superior, quanto os resultados forem mais inferiores; valores reduzidos da subescala “ICND” significam maiores preocupações com as modificações físicas associadas à gravidez, assim como uma maior necessidade de suporte e dependência por parte das mulheres grávidas (Xavier, Paúl & Sousa 2001).

Quanto às qualidades psicométricas, a consistência interna das subescalas, obtida para o estudo da fiabilidade, foi analisada através do alfa de Cronbach. Na subescala “FI”, o valor do alfa é 0.76; na “BM” é 0.72; na “GFMCP”, é 0.75; na subescala “ADGM”, o valor de alfa é de 0.71; na “RPM” é 0.69; na “AMC”, situou-se em 0.68; na “ICND” é 0.58. Os valores nestas subescalas consideram-se aceitáveis, sendo a subescala “ICND” a que apresenta menor consistência interna. Num estudo mais recente (Camarneiro, 2011), os valores obtidos foram, respetivamente, de 0.80, 0.68, 0.77, 0.66, 0.81, 0.75 e 0.63.

Com o objetivo de avaliar a vinculação pré-natal materna, foi utilizada a Escala de Vinculação Pré-Natal Materna - EVPNM (*Maternal Antenatal Attachment Scale – MAAS*), construída por Condon (1993), e adaptada e validada para a população portuguesa em 2010, por Camarneiro e Justo. Este instrumento, o qual também integra o protocolo do estudo CeG, permite avaliar a vinculação da mãe em relação ao feto.

A escala original é constituída por duas subescalas: a qualidade da vinculação materna (QVM) e a intensidade da preocupação materna ou tempo dispendido no modo de vinculação (IPMTDMV). No total é constituída por 19 itens, que se focam em sentimentos, atitudes e comportamentos da mãe em relação ao feto, respondidos através de uma escala tipo *likert* de 5 pontos (1 – mínimo e 5 – máximo).

A dimensão “QVM” traduz experiências afetivas, sentimentos de ternura, prazer e proximidade e a dimensão “IPMTDMV” faz referência a questões relacionadas com a preocupação com o feto, o tempo dispendido a sonhar, pensar, tocar ou falar sobre o bebé.

A validação para a população portuguesa por Camareiro e Justo (2010) integra algumas alterações em relação à versão original: foram retirados quatro itens (14, 15, 16 e 19 – ficando a dimensão “QVM” com 8 itens (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12 e 13) e a “IPTDMV” com 7 (1, 4, 5, 6, 10, 17 e 18)), sendo esta versão que utilizamos no presente estudo.

A cotação deste instrumento é realizada através da soma de cada um dos itens das duas subescalas, sendo que o item sete não é considerado suficientemente forte para pertencer a uma das categorias, utilizando-se apenas no valor global correspondente à soma das duas subescalas

(Condon, 1993). Importa referir que os itens 1, 3, 5, 6, 9, 12 e 18 são cotados de forma inversa.

A escala adaptada e utilizada apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,744, sendo que a dimensão “QVM apresenta um alfa de Cronbach de 0,732 e a dimensão “IPTDMV” de 0,601.

Para a caracterização da amostra, foi utilizado um questionário sociodemográfico que integra três dimensões: dados sociodemográficas das grávidas (idade, nível de escolaridade, estado civil, profissão, situação laboral e local de habitação), variáveis associadas à gravidez e filhos (tempo de gestação, sexo do bebé, número de filhos, gravidezes anteriores, planeamento, situação profissional e acompanhamento da gravidez atual) e estilo de vida da grávida (consumo de álcool e tabaco).

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimentos de Recolha de dados

Após autorização da Direção Clínica da Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte Interior do País (parceira no estudo), procedeu-se à organização da recolha de dados juntamente com a Enfermeira Responsável pelo acompanhamento das grávidas na ULS, a qual articulou com as restantes enfermeiras das Unidades de Saúde sobre a forma como decorreria o contacto com as utentes. As enfermeiras dinamizaram os contactos e explicaram às potenciais participantes qual o âmbito e objetivos do estudo. As utentes que aceitaram participar, assinaram um formulário de consentimento informado, acerca dos objetivos do estudo, dos procedimentos e das questões éticas associadas. Os instrumentos (que, tal como explicado anteriormente, foram administrados juntamente com os que integram a outra Dissertação de Mestrado integrada no estudo piloto do CeG) foram preenchidos individualmente, enquanto as utentes aguardavam as consultas ou no início das sessões do Curso de Preparação para o Parto. É de referir que, quando o tempo não era suficiente, foi dada a possibilidade de os instrumentos serem preenchidos em casa, sendo a devolução realizada em mão, pelas utentes. Para além deste, existiram ainda outros momentos de recolha, os quais aconteceram em situações informais através da rede de contactos dos elementos da equipa de investigação.

2.3.2. Procedimentos de Tratamento de Dados

Foi realizada uma análise quantitativa dos dados recolhidos, através do programa *software* SPSS (*IBM SPSS Statistics*). Primeiramente, foi utilizada a estatística descrita permitindo descrever o conjunto de dados relativos à caracterização da amostra e resultados dos dois instrumentos (Martins, 2011) e, posteriormente, recorreremos à estatística inferencial para compreender se existem associações ou diferenças na presente amostra (Martins, 2011).

De modo a realizar a comparação entre os dados obtidos da amostra do estudo, no que diz respeito à EAGM e à EVPNM, e a população de grávidas em geral, recorreu-se ao cálculo dos valores de *z* nas diferentes subescalas dos dois instrumentos, utilizando a fórmula de Clark-Carter (1997):

$$z = \frac{\text{Média da amostra} - \text{Média da população}}{\left(\frac{\text{Desvio padrão da população}}{\sqrt{\text{Tamanho da amostra}}} \right)}$$

Após o cálculo dos valores de *z*, recorreu-se à tabela de probabilidade de *z* (Clark-Carter, 1997), obtendo-se os valores de *p-value* que comprovam a existência ou não de diferenças significativas entre os grupos.

Dado que nem todas as variáveis cumpriam os pressupostos de normalidade, optou-se por utilizar a estatística não paramétrica, nomeadamente o Coeficiente de Correlação de Spearman para analisar relações entre variáveis e o Teste de Mann-Whitney para explorar diferenças.

3. Resultados

Na presente parte do estudo, serão apresentados os resultados obtidos, seguindo a sequência da apresentação dos objetivos específicos.

Os resultados das sete subescalas da EAGM e das duas subescalas da EVPNM, bem como a comparação com os valores da população padrão dos respetivos instrumentos, estão patentes nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3. EAGM – Comparação entre a população padrão e a amostra em estudo.

Subescalas da EAGM	População padrão (N = 357) Média (DP)	Amostra do estudo (N = 57) Média (DP)	Z
O filho imaginado	11,56 (2,93)	9,79 (3,30)	4,56***
Boa mãe	20,09 (3,87)	19,44 (4,16)	1,27
Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal	12,32 (3,47)	10,47 (3,95)	3,81***
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade	23,09 (3,72)	22,63 (7,79)	0,93
Relação com a própria mãe	6,48 (2,03)	6,00 (2,29)	1,79*
Apoio do marido/companheiro	5,79 (1,70)	6,09 (2,39)	1,33 [†]
Imagem corporal e necessidade de dependência	8,71 (2,34)	8,79 (2,43)	0,26

[†]p<.10; *p<.05; ***p<.001

Quanto às subescalas da EAGM, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a amostra do estudo e a população padrão nas subescalas “FI”, “GFMCP” e “RPM”, sendo que as participantes da amostra em estudo apresentaram valores inferiores que os da população de grávidas em geral. Relativamente à subescala “AMC” foram encontradas diferenças marginalmente significativas entre os dois subgrupos, apresentando a amostra em estudo, valores superiores. Quanto às restantes subescalas, não foram encontradas diferenças significativas.

Tabela 4. EVPNM – Comparação entre a população padrão e a amostra do estudo.

Subescalas da EVPNM	População padrão (N = 212) Média (DP)	Amostra do estudo (N = 57) Média (DP)	Z
Qualidade da Vinculação Materna	90,90 (8,65)	28,48 (2,70)	54,48***

Intensidade da Preocupação Materna ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação	68,77 (14,18)	28,39 (4,68)	0,37
-------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	--------------	------

***p<.001

No que respeita às duas subescalas da EVPNM não foram encontradas diferenças significativas entre a amostra e a população padrão na subescala “IPMTDMV”, contudo, na subescala “QVM” foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, sendo que as grávidas da presente amostra apresentaram valores inferiores.

A tabela 5 apresenta os valores das correlações entre dimensões da vivência psicológica da gravidez avaliadas pela EAGM e a vinculação pré-natal materna, através da EVPNM.

Tabela 5. Correlações entre as subescalas da EAGM e as subescalas da EVPNM.

Subescalas EVPNM	Qualidade da Vinculação Materna (N = 57)	Intensidade da Preocupação Materna ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação (N = 57)
Subescalas da EAGM	<i>rs</i>	<i>rs</i>
O filho imaginado	-.512***	-.401**
Boa mãe	-.225 [†]	-.268*
Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal	-.102	-.382**
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade	.398*	.073
Relação com a própria mãe	-.354**	-.292*
Apoio do marido/companheiro	-.264*	-.044
Imagem corporal e necessidade de dependência	-.112	-.288*

[†]p<.10; *p<.05; **p<.01.

Perante os resultados observados na tabela, verifica-se a existência de uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a “QVM” e as subescalas “FI”, “RPM” e “AMC” da EAGM, bem como uma correlação negativa e marginalmente significativa entre a subescala

“QVM” e a “BM”. A subescala “QVM” encontra-se ainda correlacionada positivamente com a subescala “ADGM” (EAGM). Por sua vez, a “IPMTDMV” encontra-se correlacionada negativamente com as subescalas “FI”, “BM”; “GFMCP”, “RPM” e “ICND” (EAGM).

Recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Spearman, para avaliar as correlações existentes entre as várias sociodemográficas - idade e nível de escolaridade - e as subescalas da EAGM e da EVPNM, sendo os resultados apresentados na tabela 6.

Tabela 6. Correlações entre as subescalas da EAGM e da EVPNM e as variáveis idade e nível de escolaridade.

	FI	BM	GFMCP	ADGM	RPM	AMC	ICND	QVM	IPM TD MV
Idade da Mãe (N = 57)	.186	-.013	.331*	.110	.231 [†]	-.154	.188	.144	-.292*
Nível de Escolaridade (N = 57)	.065	.270*	-.196	.009	-.112	-.063	-.144	.044	-.093

Legenda

[†]p<.10; *p<.05.

FI – “O Filho Imaginado”; BM – “Boa Mãe”; GFMCP – “Gravidez como Fator de Mudança e Crescimento Pessoal”; ADGM – “Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade”; RPM – “Relação com a Própria Mãe”; AMC – “Apoio do Marido/Companheiro”; ICND – “Imagem Corporal e Necessidades de Dependência”; QVM – “Qualidade da Vinculação Materna”; IPMTDMV – “Intensidade da Preocupação Materna e Tempo Despendido ou Modo de Vinculação”.

Analisando a tabela 6, verifica-se que a idade da mãe apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a subescala “GFMCP” e “RPM” (EAGM). Por outro lado, verifica-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a subescala “IPMTDMV” (EVPNM). Quanto ao nível de escolaridade, esta variável apresenta apenas uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a subescala “BM” (EAGM). Para as restantes variáveis, não foram encontradas relações estatisticamente significativas.

Considerando que a nossa amostra apresenta uma taxa de desemprego que corresponde a mais do dobro da encontrada na população feminina Portuguesa (PORDATA, 2019), consideramos ainda explorar esta variável, comparando-se o subgrupo da amostra que se encontra atualmente empregada e o subgrupo desempregado quanto às subescalas da EAGM e da EVPNM.

Tabela 7. EAGM e EVPNM – Comparação entre grávidas atualmente empregadas e grávidas desempregadas.

	Subamostra Atualmente Desempregada (N =12) Ordem Média	Subamostra Atualmente Empregada (N =45) Ordem Média	U
O filho imaginário	35,50	27,27	192,000
Boa mãe	29,25	28,93	267,000
Gravidez como fator de mudança/crescimento	28,17	29,22	260,000
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade	18,79	31,72	147,500*
Relação com a própria mãe	32,64	26,84	191,000
Apoio do marido/companheiro	40,92	25,82	127,000*
Imagem corporal e necessidade de dependência	31,54	28,32	239,500
Qualidade da Vinculação Materna	28,08	29,70	211,000
Intensidade da Preocupação Materna ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação	29,96	28,10	256,500

*p<.05.

No que diz respeito à tabela 7, é possível verificar que existem diferenças significativas entre a subamostra de grávidas que estão atualmente empregadas e as que estão desempregadas, em relação à subescala “ADGM” e “AMC” (EAGM). Relativamente à subescala “ADGM”, o subgrupo de grávidas empregadas apresenta valores superiores, enquanto na subescala “AMC”,

apresenta valores inferiores. Relativamente às restantes comparações entre grupos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Seguem-se os dados referentes às relações entre as subescalas da EAGM e da EVPNM e o tempo de gestação (em semanas).

Tabela 8. Correlações entre as subescalas da EAGM e da EVPNM e o tempo de gestação (em semanas).

	FI	BM	GFMCP	ADGM	RPM	AMC	ICND	QVM	IP TD MV
Tempo de Gestação (N = 57)	.04	-.178	-.014	-.089	.070	-.129	.036	-.007	.202

Legenda

FI – “O Filho Imaginado”; BM – “Boa Mãe”; GFMCP – “Gravidez como Fator de Mudança e Crescimento Pessoal”; ADGM – “Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade”; RPM – “Relação com a Própria Mãe”; AMC – “Apoio do Marido/Companheiro”; ICND – “Imagem Corporal e Necessidades de Dependência”; QVM – “Qualidade da Vinculação Materna”; IPMTDMV – “Intensidade da Preocupação Materna e Tempo Despendido ou Modo de Vinculação”.

Partindo da tabela 8, não se verificam correlações significativas entre o tempo de gestação (em semanas) e as subescalas dos instrumentos utilizados.

Seguidamente, na tabela 9 são apresentados os dados relativos à comparação entre dois subgrupos - mulheres sem filhos (nulíparas) e mulheres com filhos (múltiparas) - considerando as subescalas da EAGM e EVPNM.

Tabela 9. EAGM e EVPNM - Comparação entre grávidas nulíparas e grávidas múltiparas.

	Subamostra Nulípara (N =41) Ordem Média	Subamostra Múltipara (N =16) Ordem Média	U
O filho imaginário	27,38	33,16	261,000
Boa mãe	27,46	32,94	265,000

Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal	26,61	35,13	230,000 [†]
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade	29,95	26,56	289,000
Relação com a própria mãe	25,08	35,13	198,000*
Apoio do marido/companheiro	26,82	34,59	238,500
Imagem corporal e necessidade de dependência	29,18	28,53	320,500
Qualidade da Vinculação Materna	28,65	28,13	314,000
Intensidade da Preocupação Materna ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação	32,43	18,69	163,000**

[†]p<.10; *p<.05; **p<0.01.

Perante a tabela 9, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a subamostra de grávidas nulíparas e as múltiparas, em relação à subescala “RPM” (EAGM) e diferenças marginalmente significativas na subescala “GFMCP” (EAGM), sendo que em ambas as subescalas, o subgrupo de grávidas múltiparas apresentou valores superiores. Para além disto, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois subgrupos na subescala “IPMTDMV” (EVPNM), apresentando o subgrupo de grávidas nulíparas valores superiores.

Posteriormente, na tabela seguinte apresentam-se os dados da comparação entre os dois subgrupos de grávidas – grávidas que planearam a gravidez e grávidas que não planearam – em relação às subescalas da EAGM e da EVPNM.

Tabela 10. EAGM e EVPNM - Comparação entre grávidas que planearam a gravidez e grávidas que não planearam a gravidez.

	Sem Planeamento da Gravidez (N = 12) <i>Ordem Média</i>	Com Planeamento da Gravidez (N = 45) <i>Ordem Média</i>	<i>U</i>
O filho imaginário	37,29	26,79	170,500*

Boa mãe	30,33	28,64	254,000
Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal	23,29	30,52	201,500
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade	19,17	31,62	152,000*
Relação com a própria mãe	30,17	27,40	232,000
Apoio do marido/companheiro	38,33	26,51	158,000*
Imagem corporal e necessidade de dependência	25,75	29,87	231,000
Qualidade da Vinculação Materna	22,83	30,05	196,000
Intensidade da Preocupação Materna ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação	29,08	28,34	257,000

*p<.05.

Quanto à tabela 10, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre as grávidas que planearam a gravidez e as que não planearam nas subescalas “FI”, “ADGM” e “AMC” (EAGM), sendo que para as restantes subescalas não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. Na subescala “FI”, as grávidas que não planearam a gravidez apresentaram valores superiores, sendo que na subescala “ADGM”, a subamostra que planeou a gravidez apresentou valores superiores. Quanto à subescala “AMC”, as grávidas que não planearam a gravidez apresentaram valores mais elevados.

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral caracterizar a vivência psicológica da gravidez e a vinculação pré-natal materna de grávidas utentes dos CSP. A amostra foi constituída por 57 grávidas, com idades entre os 18 e os 42 anos, apresentando uma média de 29,74 anos. Cerca de 70% das participantes está grávida do primeiro filho. Estes dados vão de encontro às estatísticas nacionais (PORDATA, 2018), nomeadamente quanto à idade média da mãe ao nascimento do 1º filho (30,4) e também quanto ao facto dos grupos etários com maior taxa de fecundidade serem 25–29 e 30-34 anos.

Quanto à situação laboral, verificou-se que 21,1% das participantes está desempregada. Este valor corresponde a mais do dobro do valor da taxa de desemprego feminino referente a 2018 (PORDATA, 2019). Dados informais revelam que por vezes as mulheres, considerando a sua maior disponibilidade de tempo, decidem utilizar esta circunstância na sua vida para terem um filho, podendo tal ser uma justificação para os dados obtidos.

Na amostra, 78,9% das participantes planearam a gravidez, fazendo todas o seu acompanhamento no âmbito dos CSP.

Quando explorámos as diferenças entre a vivência psicológica da gravidez da nossa amostra e as mulheres grávidas da população geral (amostra utilizada na validação da EAGM), verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “FI” e “GFMCP” (altamente significativas), “RPM” (significativa) e “AMC” (marginalmente significativa), permitindo aceitar parcialmente a primeira hipótese.

Quanto à subescala “GFMCP”, a amostra em estudo apresentou resultados inferiores à população geral, os quais significam que o presente grupo de grávidas revela uma maior conceção de que a gravidez tem/está a ter como consequência uma mudança/crescimento pessoal (Xavier, Paúl & Sousa, 2001). Como, por exemplo, refere Canavarro (2001), a gravidez é um período desafiante que implica mudanças e transformações a vários níveis.

Estes resultados poderão ser sustentados pelo facto destas grávidas serem utentes dos CSP, tendo um acompanhamento mais continuado ao longo da gravidez através, não só das consultas constantes do plano nacional de vigilância na gravidez (DGS, 2015), como das sessões de preparação para o parto, que permitem o contacto com outras grávidas e com, pelo menos, dois profissionais de saúde (médico e enfermeiro), os quais alertam para as diferentes dimensões da gravidez e maternidade, fornecendo respostas às questões existentes e sugerindo orientações para um melhor ajustamento e adaptação no período pré e pós-parto. Quando as grávidas só são acompanhadas pelo seu médico privado não terão todas estas oportunidades de espaço e tempo para se focarem na gravidez e na preparação das fases seguintes.

Relativamente à subescala “FI”, associada aos desejos e expectativas da mulher grávida em relação ao futuro bebé (Xavier, Paúl & Sousa, 2001), a amostra em estudo apresentou valores inferiores que os da população geral, revelando um maior investimento nesta dimensão, o que poderá, mais uma vez, ser explicado pelo facto de todo o apoio/informação/acompanhamento nos CSP vir a reforçar esta capacidade de imaginarem o seu bebé e se imaginarem em situações futuras.

No que respeita à subescala “RPM”, a qual procura compreender a forma como a grávida se encontra a viver esta relação (Xavier, Paúl & Sousa, 2001), a amostra em estudo apresentou uma média inferior à população geral, o que significa que as participantes avaliam positivamente as suas relações com as próprias mães. Este destaque é dado ao suporte social próximo, sendo que as mulheres tendem a valorizar esta dimensão nas suas vidas e ao longo da gravidez (Fernandes, 2011), mantendo uma relação mais estruturada com a sua figura materna. A idade média das mulheres da nossa amostra pode ser também um contributo para a compreensão deste dado, pois o facto de as mulheres serem mães cada vez mais tarde (PORDATA, 2018), poderá estar relacionado com maior importância atribuída à rede próxima de apoio e a maior compreensão quanto ao tipo e importância da relação que, ao longo do tempo, foram vivendo com as suas mães – embora, tanto quanto é do nosso conhecimento, a investigação científica não se tenha dedicado ao tema.

Em relação à subescala “AMC”, a nossa amostra apresentou valores superiores que a população padrão, embora marginalmente significativos, o que traduz que não demonstra tanta valorização em relação ao papel do marido/companheiro. Todavia, mesmo tendo em conta estes resultados, segundo a literatura, as mulheres tendem a valorizar o papel de suporte e apoio (Fernandes, 2011) em relação ao marido/companheiro e, para além disso, neste período, o companheiro deixa de ser apenas associado a “par romântico”, para se tornar também membro de um novo contexto familiar que se vai criar com o novo ser (e.g., Colman & Colman, 1994) sendo muitas vezes nesta fase que as questões de dependência e a importância do apoio do marido/companheiro emergem (Smorti & Smorti, 2012). Os resultados obtidos podem estar relacionados, mais uma vez, com o facto deste grupo de grávidas ter um acompanhamento continuado da gravidez e suportado por vários profissionais de saúde, o que promove mais momentos de partilha tanto com estes profissionais, como com as restantes mães que frequentam os cursos de preparação para o parto. A continuação da recolha de dados seria importante para perceber se esta tendência se acentua ou se dilui a valorização do apoio do marido/companheiro.

Quanto às restantes subescalas não se verificaram diferenças significativas. Estes resultados relacionados, maioritariamente, com as preocupações e expectativas que a mulher grávida constrói sobre o seu bebé, sobre a sua prestação enquanto futura mãe, acerca das dificuldades e mudanças associadas a este período, tal como as preocupações com as modificações físicas e maior necessidade de apoio e suporte, podem traduzir o carácter transversal e normativo quanto à maioria

das mulheres grávidas, visto que esta é uma fase que acarreta mudanças, transformações e tarefas específicas, às quais todas as mulheres têm que se adaptar (e.g., Canavarro e Pedrosa, 2005).

Relativamente à segunda hipótese, quando comparamos a nossa amostra com as grávidas da população geral relativamente à vinculação pré-natal materna, foram apenas encontradas diferenças estatisticamente significativas na subescala “QVM”, o que nos permite aceitar parcialmente a hipótese 2. A subescala mencionada diz respeito às experiências afetivas, sentimentos de ternura, prazer e proximidade (Condon, 1993). A amostra em estudo apresenta resultados substancialmente inferiores, o que significa que estas grávidas tendem a apresentar uma QVM inferior. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de estarmos perante uma amostra pequena, com características muito específicas – grávidas de baixo risco, pertencentes à zona Norte do país e acompanhadas pelos Centros de Saúde.

No que respeita à hipótese 3, primeiramente, importa voltar a referir que, de acordo com a cotação da EAGM, em algumas das subescalas, valores mais elevados significam vivências menos positivas e vice-versa. Assim, as correlações negativas e positivas encontradas vão de encontro à organização conceptual dos instrumentos utilizados (Camarneiro & Justo, 2010; Xavier, Paúl & Sousa, 2001). Quanto às subescalas da EAGM “FI”, “BM” e “RPM”, estas encontram-se correlacionadas negativamente com as subescalas da EVPNM, o que significa que quanto maior é a QVM e a intensidade de preocupação com o feto, menores são os valores associados às subescalas da EAGM, traduzindo mais expectativas, imaginação e sonhos acerca do futuro filho (FI), maior preocupação com a prestação enquanto futura mãe (BM) e mais importância atribuída ao apoio e relação com a própria mãe (RPM). Estes resultados vão de encontro à literatura, visto que o incentivo da representação e comunicação relativa com bebé, do envolvimento da grávida na descrição e personalização do seu filho a partir das suas fantasias e sonhos, assim como do foco na importância da construção da identidade de mãe, são formas de promover a relação emocional mãe-feto (e.g., Meireles & Costa, 2005). Relativamente à subescala “AMC”, esta encontra-se associada negativamente à subescala “QVM”, o que significa que quanto maior for a qualidade da vinculação com o feto, maior é a valorização do apoio e papel do marido/companheiro. Estes resultados, juntamente com os da subescala “RPM” podem ser sustentados por Bowlby (1988), o qual reconhece a necessidade da grávida ter apoio dos outros para se ligar ao feto, sendo normativo que a mulher que espera um bebé exija cuidados e apoio de pessoas significativas, suportando assim a associação entre a vinculação pré-natal materna e a RPM e o AMC. Neste mesmo sentido, Siddiqui

& Hagglof (2000) revela também que as mulheres grávidas que experimentam uma relação mais forte e calorosa com as próprias mães, bem como uma percepção positiva do apoio do marido/companheiro tendem a desenvolver uma vinculação superior com o feto. No que concerne ao facto de valores mais elevados na IPMTDMV estarem associados a uma maior preocupação com as modificações corporais e maior necessidade de suporte e dependência (ICND), assim como com a percepção deste período enquanto potenciador de mudanças e crescimento (GFMCP), os resultados corroboram com a literatura, pois perante a aceitação do bebé, as grávidas tendem a aceitar melhor as suas transformações e mudanças (Davies & Wardle, 1994). Quanto à subescala “ADGM” da EAGM, esta tende a diminuir quando os valores da QVM aumentam, ou seja, esta dimensão aumenta perante a identificação de menores dificuldades associadas ao período da gravidez. Este resultado vai ao encontro de alguma literatura (e.g., Huang, Wang & Chen, 2004), pois perante a aproximação da tarefa da parentalidade e consequentes desafios, futuras mães, principalmente as mais ansiosas e inseguras, tendem a desinvestir na relação com o feto. Para além disto, durante este período, a mulher revive conflitos anteriores e problemas não resolvidos que se constituem como um desafio acrescido para a fase da gravidez (e.g., Brazelton & Cramer, 1993). Assim, tendo em conta tudo isto e que não foram encontrados resultados significativos para as restantes subescalas, aceita-se parcialmente a hipótese 3.

Quanto à hipótese 4 é possível concluir que a idade encontra-se positivamente associada às subescalas “GFMCP” e “RPM”, ou seja, quanto mais velha é a grávida, menor é a percepção acerca da importância e impacto do relacionamento com a própria mãe, bem como do período da gravidez enquanto fase de mudanças e crescimento na vida da mulher. Por outro lado, esta mesma variável em análise revelou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a IPMTDMV, sendo que quanto mais idade tem a grávida, menor será o investimento na relação com o feto, diminuindo, assim, a vinculação pré-natal materna. Deste modo, a hipótese 4 é parcialmente aceite (confirma-se em relação à vinculação pré-natal materna, e rejeita-se para a vivência psicológica da gravidez). Estes resultados, em relação à vivência psicológica da gravidez não vão corroborar com a literatura, contudo, no que respeita à vinculação pré-natal, os resultados vão de encontro com vários estudos (e.g., Bielawska-Batorowicz, 2008; Mendes, 2002), indicando que mães com mais idade tendem a ter uma vivência psicológica da gravidez menos positiva e caracterizada pelo receio do desenvolvimento de problemas advindos de uma gravidez com maior risco (associado ao aumento da idade). Por outro lado, existem estudos que nos dizem que a ligação pré-natal

desenvolve-se independentemente da idade materna (e.g., Vedova, Dabrassi & Imbasciati 2008), o que pode sustentar o facto de não se verificarem correlações significativas entre as restantes subescalas dos instrumentos utilizados.

Relativamente à quinta hipótese, os resultados deste estudo permitem afirmar que a subescala “BM” (EAGM) apresenta uma relação significativa e positiva com o nível educacional da mulher grávida, o que significa que quanto mais elevado for o nível de escolaridade da mãe, menores são as preocupações e expectativas relacionadas com a sua prestação enquanto futura mãe, não se verificando mais correlações significativas entre as restantes subescalas e esta variável. Estes resultados vão ao encontro de vários estudos que nos dizem que não existem relações significativas entre estas variáveis (e.g., Nishikawa & Sakakibara, 2013), podendo a ligação materno-fetal, assim como a vivência psicológica da gravidez, estarem mais associadas à cultura e etnia (Ahern & Ruland, 2003). Assim, rejeitamos a hipótese 5.

Perante a hipótese 6, relativamente à relação do tempo de gestação com as atitudes da gravidez e a vinculação pré-natal materna, não se verificaram correlações significativas entre as variáveis em análise, rejeitando-se, assim, esta hipótese. Estes resultados não vão de encontro à literatura, pois é referido por vários autores (e.g., Camarinho, 2011; Sjogren, Edman, Windstrom, Mathiesen & Uvnäs-Moberg, 2004; Teixeira, 2013) que o aumento da idade gestacional, intensifica positivamente a vinculação pré-natal, aumentando a ligação mãe-feto ao longo da gravidez. Assim como, segundo Meireles e Costa (2005) a vivência psicológica da gravidez tende a aumentar com a idade gestacional. Os resultados obtidos neste estudo poderão estar relacionados com o facto da amostra ser pequena e possuir características muito específicas. Posto isto, apela-se, para uma maior consistência dos resultados, à realização de futuras investigações com uma amostra de tamanho superior e com características mais variadas.

No que respeita à hipótese 7, foi possível verificar a existência de diferenças significativas nas subescalas da EAGM “GFMCP” e “RPM”, bem como na IPMTDMV (EVPNM). Deste modo, tendo em contas as subescalas mencionadas, aceita-se parcialmente a hipótese 7. Nas subescalas relacionadas com a vivência psicológica da gravidez, grávidas múltiparas apresentam valores superiores, o que significa que manifestam menos investimento nestas dimensões, que grávidas nulíparas. Estes resultados corroboram a literatura, visto que grávidas nulíparas tendem a apresentar valores mais elevados que grávidas múltiparas, estando este fator associado ao impacto psicológico da primeira experiência da gravidez (Meireles & Costa, 2005). Relativamente às

subescalas da vinculação pré-natal materna, grávidas nulíparas apresentam valores superiores que a subamostra múltipara, corroborando com diversos autores que referem que grávidas sem filhos apresentam um maior fascínio pela primeira gravidez, enquanto mães múltiparas apresentam maior necessidade de adequar as suas práticas parentais e dar mais atenção aos restantes filhos, não investindo tanto na vinculação pré-natal (e.g., Alvarenga et al., 2012). O facto de se verificarem maiores diferenças significativas entre os subgrupos, na intensidade da preocupação e não na qualidade da vinculação ao feto, está também sustentado por outros estudos (e.g., Camarneiro & Justo, 2012; Tsartsara & Johnson, 2006), potenciando assim a reflexão sobre o facto da mulher grávida, independentemente de ser o primeiro filho, desenvolver uma concetualização do feto enquanto pessoa e sentimentos de proximidade, prazer na interação e receio perante a fantasia da sua perda, revelando manter relações reais e imaginárias com o seu bebé e, em simultâneo, manter outras relações como, por exemplo, com outros filhos (Teixeira, 2013).

Para a hipótese 8, foi possível verificar a existência de diferenças significativas entre as grávidas que planearam a gravidez e as que não planearam, nas subescalas “FI”, “ADGM” e “AMC” (EAGM), permitindo aceitar parcialmente a hipótese 8 (rejeitando-a ao nível da vinculação pré-natal materna). Sendo que na subescala “FI”, as grávidas que não planearam a gravidez apresentaram valores superiores, isto significa que este subgrupo tende a imaginar e sonhar menos com o futuro bebé. Por sua vez, a subamostra que planeou a gravidez apresentou valores superiores quanto à subescala “ADGM”, o que traduz uma identificação inferior de dificuldades associadas ao período da gravidez. Quanto ao AMC, as grávidas que não planearam a gravidez apresentaram valores mais elevados, o que significa que mulheres que planeiam a sua gravidez, tendem a valorizar mais o papel do marido/companheiro nesta fase. Os resultados obtidos para esta variável corroboram a literatura, apenas em relação à vivência psicológica da gravidez. Ou seja, grávidas que não planearam a sua gravidez tendem a apresentar valores inferiores em relação à vivência psicológica deste período (e.g., Meireles & Costa, 2005). Todavia, diversas investigações (e.g., Camarneiro, 2011) remetem para a influência do planeamento da gravidez na vinculação materno-fetal, sendo considerada das variáveis que mais influencia este envolvimento emocional materno. Por outro lado, alguns estudos não encontram associação entre estas variáveis (e.g., Vedova, Dabrassi & Imbasciati, 2008).

Tendo em conta os dados da presente amostra em relação à taxa de desemprego, (o dobro da taxa de desemprego apresentada pela PORDATA (2019)), consideramos pertinente analisar e

discutir os dados relacionados às diferenças significativas entre grávidas atualmente empregadas e desempregadas, quanto à vivência psicológica da gravidez e à vinculação pré-natal materna, mesmo não sendo uma das hipóteses identificadas. Perante os resultados, foi possível verificar que existem diferenças significativas entre os subgrupos de grávidas empregadas e desempregadas, em relação às subescalas “ADGM” e “AMC” (EAGM). Relativamente à primeira subescala referida, as grávidas empregadas apresentaram valores superiores, o que significa que tendem a identificar menos dificuldades e aspetos negativos que caracterizam a fase da gravidez. No que respeita ao AMC, as grávidas desempregadas apresentaram valores superiores, traduzindo-se na reduzida valorização do apoio e papel do marido/companheiro durante a gravidez. Apesar de não existir muita literatura para corroborar estes dados, consideramos que estes sejam consistentes com a população em geral, visto que o desemprego se constitui como um fator que potencia mais preocupações e inseguranças e que associado à gravidez e à vinda de um novo membro para a família, pode ser promotor de uma vivência da gravidez menos positiva e securizante. Quanto à diminuição da valorização do papel do marido nesta fase, esta pode estar associada ao facto das mulheres grávidas desempregadas terem mais tempo para se dedicar à gravidez e preparação do pós-parto, percebendo que os maridos/companheiros não estão tão presentes quanto elas nesta fase.

5. Conclusão

O intuito deste trabalho foi conhecer a vivência psicológica da gravidez e a vinculação pré-natal materna em mulheres grávidas utentes dos CSP.

A importância da condução do presente estudo piloto prende-se com a possibilidade de testar, avaliar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de pesquisa e identificar pontos fortes e possíveis limitações, de modo a antecipar e melhorar a investigação desenvolvida no estudo completo (Canhota, 2008), mais especificamente, no estudo CeG. Para além disto, o facto de se constituir como um estudo exploratório, permite-nos aprofundar uma temática com determinadas características – amostra especificamente da CSP - que, tanto quanto sabemos, não foi abordada no nosso país.

Por outro lado, a pertinência deste estudo passa também pela importância da promoção do bem-estar psicológico das mulheres no período pré-natal, de modo a que seja possível uma vivência segura e saudável da gravidez. Esta irá desencadear cuidados de saúde ao bebé no período pós-

natal, potenciando uma parentalidade mais positiva e vinculações mais seguras (Camarneiro, 2011).

Relativamente a este estudo, não foi possível aceitar todas as hipóteses de investigação, na medida em que nem todos os resultados corroboraram a literatura. As principais conclusões obtidas passaram pela existência de diferenças entre as mulheres grávidas acompanhadas pelos CSP e as grávidas da população padrão quanto à vivência psicológica da gravidez, sendo que, mais concretamente, a amostra em estudo tende a ter uma maior valorização da RPM, não se verificando o mesmo para o AMC e não associando tanto o período da gravidez como potenciador de mudanças e crescimento pessoal. Quanto à vinculação pré-natal materna, as diferenças encontradas são significativas ao nível da QVM, apresentando a amostra em estudo menos qualidade na vinculação manifestada.

No que respeita à relação entre a vivência psicológica da gravidez e a vinculação pré-natal materna, concluiu-se que atitudes mais positivas sobre a gravidez e a maternidade estão associadas a uma vinculação pré-natal superior, principalmente em relação à qualidade de vinculação.

Quanto à associação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões associadas à gravidez, é possível concluir que, perante a amostra em estudo, quanto maior for a idade, menor será o investimento na vinculação pré-natal, não se verificando o mesmo para a vivência psicológica da gravidez; o nível de escolaridade e o tempo de gestação não se encontram correlacionados com a vivência psicológica da gravidez e vinculação pré-natal materna; grávidas sem filhos tendem a investir mais na vivência da gravidez e na relação com o feto; grávidas que planearam a gravidez tendem a vivenciar de forma mais positiva este período (contudo, perante o grupo de grávidas desta amostra, não se verificaram diferenças entre subgrupos em relação à vinculação pré-natal). A situação profissional da grávida, apesar de não estar incluída nas hipóteses, revelou-se pertinente ser avaliada, pois revelou diferenças significativas entre os subgrupos, sendo que as grávidas desempregadas demonstraram identificar mais aspetos negativos associados à gravidez e maior desvalorização do papel e apoio do marido/companheiro.

O facto dos resultados nem sempre corroborarem com a literatura pode estar relacionado com a pequena dimensão da amostra, assim como as suas características específicas – grávidas de baixo risco, utentes dos CSP e pertencentes à zona norte do país – o que se pode considerar uma limitação do presente estudo, visto que condiciona a interpretação dos dados encontrados, não os podendo generalizar à população de grávidas em geral. Neste sentido, uma sugestão para investigação futura

é o aumento do N da amostra, de modo a ser possível um maior grau de confiança para generalizar os resultados.

Ainda no âmbito das limitações, é de sublinhar que o preenchimento dos questionários em diferentes locais (centros de saúde ou levados para casa) pode se ter constituído como um factor condicionante, na medida em que nem todas as participantes usufruíram das mesmas condições para o seu preenchimento.

Embora não se tenha realizado um questionário formal de avaliação da satisfação dos participantes e dos profissionais de saúde que colaboraram no estudo, foi possível obter a informação que a utilização de quatro instrumentos em simultâneo se constitui como uma condicionante à participação das grávidas, tal como é um fator desmotivante e limitador do maior cuidado nas respostas. Por outro lado, tendo em conta o número elevado de instrumentos, a possibilidade de serem levados para casa e respondidos noutra ocasião foi, em simultâneo, um fator que potenciou a participação das grávidas.

Não podemos deixar de referir que as mais-valias deste estudo passam, não só pela importância atribuída ao facto da qualidade da vinculação ao feto tender a ser uma variável psicológica robusta na vivência da gravidez pelas mulheres e este ser um dos primeiros estudos que avalia o impacto e caracteriza estas dimensões em mulheres grávidas utentes dos CSP, como também a disponibilidade dos enfermeiros em colaborar com a equipa de investigação na administração dos questionários. A relevância do tema foi também identificada como foco de interesse da maioria das utentes aquando a proposta para a participação no estudo.

Considerando o estudo CeG e o modelo inspirador – *Modelo Touchpoint* – esta investigação constituiu-se muito importante, no sentido em que contribuiu para aumentar os conhecimentos acerca da saúde materna, concluindo que o acompanhamento das grávidas pelos CSP parecem ter um impacto muito positivo na vivência psicológica da gravidez e na relação materno-fetal. Por isso mesmo, importa que este estudo seja um incentivo a novas investigações que relacionem o ajustamento psicológica da mulher ao período da gravidez, potenciando um maior conhecimento acerca da vinculação pré-natal.

Para investigações futuras, consideramos que possa ser pertinente a realização de estudos qualitativos, através dos quais seja possível dar voz às grávidas, de modo a compreender, detalhada e experiencialmente, os fatores que influenciam a vivência da gravidez e o estabelecimento da relação emocional com o futuro bebé.

Tendo em conta o que a literatura nos diz acerca da vinculação pré-natal ser preditiva da qualidade do envolvimento após o nascimento, seria também interesse realizar uma investigação longitudinal com a mesma amostra na fase pré-natal e pós-natal, de modo a analisar a existência de diferenças na vinculação nestas duas fases. Por fim, visto que este estudo apenas se focou em grávidas utentes dos CSP, seria relevante perceber de que forma o tipo de acompanhamento (serviços de saúde públicos ou médicos privados) influencia a forma como a mulher vivencia a gravidez.

Referências Bibliográficas

- Abasi, E., Tahmasebi, H., Zafari, M., Gholamreza, M., & Takami, N. (2012). Assessment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Science Journal*, 9(1), 68-75.
- Ahern, N. R., & Ruland, J. P. (2003). Maternal-fetal attachment in African-American and Hiispanic-American women. *The Journal Perinatal Education*, 12(4), 27-35. doi: 10.1624/105812403X107044
- Ahmann, E. (2002). Promoting Positive Parenting: An Annotated Bibliography. *Pediatric Nursing*, 28(4), 382.
- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre Vinculação, Ansiedade, Depressão, Stresse e Suporte Social na Maternidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(1), 64-77.
- Alvarenga, P., Dazzani, M., Alfaya, C., Lordelo, E., & Piccinini, C. (2012). Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 477-484.
- 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.
- Bouchard, G. (2011). The role of psychosocial variables in prenatal attachment: an examination of moderational effects. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 197-207.
- 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. (1973). *Separation: Anxiety & Anger*. London, United Kingdom: Hogarth Press.
- Bowlby J. (1998). *Parent-child attachment and healthy development*. New York: Basic Books.
- Brandon, A., Pitts, S., Denton, W., Stringer, A., & Evans, H. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23(4), 201-222.
- Brazelton, T. B. (1992). *Touchpoints: Emotional and behavioral development*. Reading, MA: Addison Wesley.

- Brazelton, T., & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2003). *The Touchpoints™ Model of Development*. Boston, MA: Brazelton Touchpoints Center, Children's Hospital.
- Briesmeister, J. M., & Schaefer, C. E. (2007). *Handbook of Parenting Training*. NY: John Wiley & Sons.
- 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 doutoramento, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa). Retirada de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6526/6/ulsd062931_td_tese.pdf
- Camarneiro, A. P. F., & 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 2º trimestre de gravidez, na região dentro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Canhota, C. (2008). Qual a importância do estudo piloto? In E. E. Silva (Org.), *Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica* (pp. 69-72). Lisboa: APMCG.
- Cannella, B. L. (2005). Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 60 – 68.
- Carvalho, M. E. S. (2011). *O bebé imaginário, as memórias dos cuidados parentais e as representações sonora - musicais na gravidez: estudo da representação da vinculação materna pré-natal e da orientação para a maternidade* (Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa). Retirada de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6597/2/ulsd062990_td_tese.pdf
- Clark-Carter, D. (1997). *Doing Quantitative Psychological Research: From Design to Report*. New York: Psychology Press.

- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Cruz, O., & Ducharne, M. A. B. (2006). Intervenção na Parentalidade – o caso específico da Formação de Pais. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 13(11-12), 295309.
- Colman, L., & Colman, A. (1973). *La grossesse: expérience psychologique*. Paris: Robert Laffont.
- Colman, L. L., & Colman, A. (1994). *Gravidez – A Experiência Psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 70(4), 359–372.
- Conselho Nacional de Saúde (2018). *Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa: CNS.
- Davies, K., Wardle, J. (1994). Body image and dieting in pregnancy. *Journal of psychosomatic research*, 38(8), 787-799.
- Dadam, S. H. (2011). *Programa de orientação para a parentalidade – Avaliação da sua importância e momento adequado de aplicação* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra). Retirada de <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/23457/1/Tese%20Final.pdf>
- DGS. (2015). *Plano Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS.
- Doan, H., & Zimmerman, A. (2003). Prenatal attachment and other feelings and thoughts during pregnancy in three groups of pregnant women. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18(2), 131-148.
- Doan, H., & Zimmerman, A. (2008). Prenatal attachment: a developmental model. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 20(1/2), 20-28.

- Epstein, J. (1991). Effects on Students Achievement of Teachers' Practices of Parental Involvement. *Advances in Reading/Language/Research*, 5, 261-276.
- Fareleira, F., & Xavier, M. R. L. (2017). *Avaliação da Eficácia da Intervenção "Crescer em Grande" na promoção da Competência Parental, em Cuidados de Saúde Primários* (Projeto de Dissertação de Doutoramento não publicado). Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto.
- Fernandes, M., (2011). Aspectos emocionais da Procriação Medicamente Assistida – Perspectiva Psicológica. *Revista do hospital de crianças Maria Pia*, 20(3), 180-181.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International 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* (pp. 287-314). Lisboa: Fim do Século.
- Figueiredo, M. I. N. L. (2007). *Vinculação pré-natal: estudo da ligação emocional ao bebé em mulheres e homens grávidos* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa). Retirada de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1258/1/DM%20FIGU-MI1.pdf>
- Fonseca, I. I. M. (2012). *A gravidez na adolescência: vinculação pré-natal, memória de práticas parentais e suporte social* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa). Retirada de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2336/1/19797.pdf>
- Garcia, N. M., Yunes, M. A. M., & Almeida, A. M. T. (2016). Educação parental e pedagogia social: avaliação de uma proposta de intervenção. *Educação*, 39(1), 94-104. doi: 10.15448/19812582.2016.1.21396
- 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.
- Gonçalves, R. M. T. (2013). *Vinculação paterna ao feto: ansiedade e percepção da qualidade do relacionamento conjugal* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga). Retirada de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13775/1/Tese%20PDF.pdf>

- Gordinho, C.C.F. (2013). *Consumo de álcool e atitudes sobre a gravidez e a maternidade nas grávidas utentes da unidade local de saúde de Matosinhos* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Retirada de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15566/1/Tese.pdf>
- Hart, R., & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 329-337.
- Hoghugh, M. (2004) Parenting: an introduction. In M. Hoghugh, & N. Long (Eds.), *Handbook of parenting: theory and research for practice* (pp. 1-18). London: Sage.
- Holden, G. W. (2010). *Parenting: a dynamic perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Huang, H. C., Wang, S. Y., & Chen, C. H. (2004). Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: a study in Taiwan. *Birth*, 31(3) 183-188.
- Justo, J., Bacelar-Nicolau, H., & Dias, O. (1999). Evolução psicológica ao longo da gravidez e puerpério: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(1), 115-129.
- Kane, M. (2005). *Contemporary issues in parenting*. New York: Nova Science Publishers.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. Brasil: Artmed.
- 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.
- 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*, 4, 223-235.
- 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
- Maccoby, E. (2000). Parenting and its effects on children: on reading and misreading behavior genetics. *Annual Review of Psychology*, 51, 1-27.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

- Masera, R. G., Martín, P. A., & Pavón, I. R. (2011). Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 425-434.
- Meireles, A., & Costa, M. E. (2005). A experiência da gravidez: O corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê. *Psicologia*, XVIII(2), 75-98.
- Mendes, I, M. (2002). *Ligação Materno-fetal: contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto.
- McCrae, R. R., & Costa, J. (1994). The paradox of parental influence: understanding retrospective studies of parent-child relationship and adult personality. In C. Perris, W. A. Arrindell, & M. Eiseman (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 107-126). New York: John Wiley and Sons.
- Monforte, M. F. M., & Mineiro, A. L. S. (2006). As vivências da mulher durante a gravidez. *Nursing*, 16(206), 17-23.
- Moulder, C. (1994). Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 12(1), 65-67.
- Muller, M. E. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199-215.
- Nichols, M., Roux, G., & Harris, N. (2007). Primigravid and multigravid women: prenatal perspectives. *Journal of Perinatal Education*, 16(2), 21-32.
- Nishikawa, M., & Sakakibara, H. (2013). Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold's maneuvers on maternal-fetal attachment. *Reproductive Health Journal*, 10(12), 1-7. doi:10.1186/1742-4755-10-12
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T. D., & Lopes, R.S. (2004). Gestação e constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tziolla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, ... & Stronati, M. (2015). Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy a risk for preterm delivery. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 19, 1-6. doi: 10.3109/14767058.2015.1017813.

PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2018). *Taxa de fecundidade por grupo etário*. Recuperado em

<https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+por+grupo+et%c3%a1rio-415>

PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2019). *Taxa Bruta de Natalidade*. Recuperado em <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>

PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2019). *Taxa de desemprego: total e por sexo (%)*. Recuperado em

[https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-550](https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-550)

Portu-Zapirain, N. (2013). Attachment relationships with fathers and mothers during early childhood. *Psychology*, 4(3A), 254-260.

Reader, P., Duncan, S., & Lucey, C. (2005). *Studies in the assessment of parenting*. Florence: Routledge.

Ribeiro, M. (2003). *Ser família: Construção, implementação e avaliação de um programa de educação parental* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga). Retirada de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/728/1/Dissertacao.pdf>

Righetti, P., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, 96(1), 129-137.

Rodrigues, S. F. V. (2011). *Vinculação materna pré-natal, depressão pós-parto e percepção materna do comportamento do recém-nascido* (Dissertação em Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa). Retirada de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5083/1/ulfpie039710_tm.pdf

Rustico, M. A., Mastromatheo, C., Grigio, M., Maggioni, C., Gregori, D., & Noline, U. (2005). Two-dimensional vs two-plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: a randomized study. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 25, 468-472.

Sá, E. (2003). *Psicologia do Feto e do Bebê*. Lisboa: Fim de Século.

Samorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. M. (2009). Vinculação Pré-Natal e a Ansiedade em Mães e Pais: Impacto da Ecografia do 1º Trimestre de Gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 17-29.

- Shieh, C., Kravitz, M., & Wang, H. (2001). What do we know about maternal-fetal attachment?. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 17(9), 448-454.
- Siddiqui, A., Hägglöf, B., & Eisemann, M. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(4), 369-380.
- Siddiqui, A., Hagglof, B., & Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1), 67-74.
- Silva, S. M. A. (2012). *Vinculação materna durante e após a gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte social* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto). Retirada de https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3259/3/DM_16833.pdf
- Schmidt, E.B., & Argimon, I. I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno-fetal. *Paidéia*, 19(43), 211-220.
- Sjigren, B., Edman, G., Windstrom, A., Mathiesen, A., & Uvnäs-Moberg, K. (2004). Maternal fetal attachment and personality during first pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(2), 57-69.
- Smorti, M., & Smorti, A. (2012). Transition to parenthood in infertile couples. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 46, 527-531.
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Harper Collins.
- Teixeira, M. I. F. (2013). *Vinculação Materno – Fetal: Relação com memórias sobre práticas parentais e variáveis obstétricas e sociodemográficas*, (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Bragança e Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Teixeira, M. I. T., Raimundo, F. M. M., & Antunes, M. C. Q. (2016). Relação da Vinculação Materno-Fetal com a Idade Gestacional e as Memórias Parentais. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(8), 85-92.

- 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
- U.S. Department of Health and Human Services (2008). Promoting Health families in your community. Retirado de http://www.childwelfare.gov/pubs/res_packet_2008/.
- U.S. Department of Health and Human Services (2011). Strengthening Families and Communities: 2011 Resource Guide. Retirado de <http://www.childwelfare.gov/preventing/preventionmonth/guide2011/>.
- Van Bakel, H. J. A., Maas, A. J. B. A., Vreeswijk, C. M. J. M., & Vingerhoets, A. D. J. J. M. (2013). Pictorial representation of attachment: measuring the parent-fetus relationship in expectant mothers and fathers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 138-146.
- 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.
- Vreeswijk, C. M. J. M., Maas, A. J. B. M., Rijk, C. H. A. M., & Van Bakel, H. J. A. (2014). Father's experiences during pregnancy: paternal prenatal attachment and representations of the fetus. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(2), 129-137.
- White, O., McCorry, N. K., Scott-Heyes, G., Dempster, M., & Manderson, J. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), 74-85.
- Wilson, M., White, M., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., & Popovich, D. (2000). Family dynamic s, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 204-210.
- Xavier, M. R., & Paúl, M. C. (1996). Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, IV, 419-424.
- Xavier, M. R. (2000). *Estatuto de risco das crianças expostas a substâncias ilícitas durante a gestação – as crianças que não podem dizer não...*(Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Xavier, M. R., Paúl, M. C., & Sousa, L. (2001). Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM (Cedido pelos autores).

Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 708-715.

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado.



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Exma Sr^a

A Equipa de Investigação coordenada pela Prof^a Dr^a Maria Raul Lobo Xavier da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, está a desenvolver um estudo piloto acerca da gravidez. O objetivo deste estudo é explorar dimensões da vivência psicológica da gravidez, vinculação pré-natal e bem-estar psicológico no decurso da gravidez.

Decidindo participar neste estudo, solicita-se o preenchimento dos instrumentos que se anexam.

O preenchimento é anónimo e a informação recolhida durante o estudo é confidencial. O material recolhido será utilizado somente para fins de investigação e desenvolvimento, utilizando-se os resultados globais sem qualquer informação que leve à identificação dos respetivos participantes.

A decisão de participar neste estudo é voluntária, podendo recusar a participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem qualquer prejuízo por esse facto.

Se tiver alguma dúvida ou questão, por favor contacte: Maria Raul

Xavier – mxavier@porto.ucp.pt

Consentimento

Fui informado/a e percebi os objetivos e procedimentos do estudo e aceito participar no mesmo, consentindo que os dados sejam apresentados de forma completamente anónima e confidencial em congressos científicos e publicações científicas e académicas.

Data: __/__/__ Assinatura: