



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# Vinculação Pré-Natal e Vivência Psicológica da Gravidez – Implicações da pandemia COVID-19?

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Cláudia Filipa Barbosa Alves*

Porto, julho de 2020



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# Vinculação Pré-Natal e Vivência Psicológica da Gravidez – Implicações da pandemia COVID-19?

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Cláudia Filipa Barbosa Alves*

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professora Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Porto, julho de 2020

## Agradecimentos

Gostaria de começar por agradecer à Professora Maria Raul Xavier, por toda a disponibilidade e por todo o acompanhamento, recheado de conhecimentos profundos e preciosos. Por, ao longo deste ano, me mostrar de uma forma tão singular, a importância do empenho, da dedicação e da paixão no desenvolvimento pessoal e profissional.

Um agradecimento aos meus amigos de sempre, aqueles que estiveram, estão e sei que irão estar sempre lá. Um “grande obrigado” a cada um de vocês.

Não posso deixar de agradecer à Marta e à Mariana, duas amigas com quem partilhei estes dois últimos anos e que fizeram deles tão especiais. Convosco construí bonitas memórias, dividi inseguranças e multipliquei sorrisos. Obrigada.

Um grande obrigado” à Beatriz, pelo companheirismo e pelo apoio. Foi todo o trabalho conjunto que nos fez chegar até aqui.

Um agradecimento especial à minha Madrinha, pelo apoio e presença constantes. E ao meu afilhado, este pequenino que, em qualquer momento, é a origem dos meus maiores sorrisos.

Muito obrigada aos meus avós, por todo o carinho e conforto. Por sempre acreditarem em mim e estarem presentes em cada momento importante, com o olhar repleto de orgulho.

*Por fim, o mais especial dos agradecimentos é para os meus pais, as duas pessoas mais especiais da minha vida, que tanto se dedicaram a mim e em tanto contribuíram para que tudo fosse possível. Obrigada pelo apoio, pela confiança, pelo colo que sempre me confortou e por me permitirem conhecer o amor mais bonito de todos.*

## Resumo

A presente investigação visa aprofundar conhecimentos acerca das questões associadas à vinculação pré-natal e à vivência psicológica da gravidez das mulheres em Portugal, considerando a potencial influência da pandemia COVID-19.

Realizou-se um estudo exploratório, que integra 2 subamostras de mulheres grávidas, durante e antes da pandemia. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM) e a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM).

Os resultados mostraram a ausência de diferenças entre as duas subamostras ao nível da EVPNM e da EAGM, mas a existência de correlações significativas entre as escalas, em ambas as subamostras.

Olhando as novas circunstâncias COVID-19, percebe-se uma alteração profunda à “normalidade” do mundo em que vivíamos, com novos desafios, que, no entanto, parecem não interferir com os aspetos estudados. Deste modo este estudo contribuiu para alargar esse conhecimento, de forma a evitar/prevenir situações negativas, nomeadamente em termos de aspetos associados à gravidez. No entanto mais estudos são necessários para se poderem consolidar as evidências deste estudo exploratório.

**Palavras-chave:** Gravidez; Vinculação Pré-Natal; Vivência Psicológica da Gravidez; COVID-19

## **Abstract**

The present study aims to enhance the knowledge about questions related to prenatal attachment and to the psychological experience of pregnancy of women in Portugal, considering the potential impact of the COVID-19 pandemic.

An exploratory study was conducted, integrating 2 sub-samples of pregnant women, one during, and one before the pandemic. The instruments used were the Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS), as well as the Scale of Attitudes Towards Pregnancy and Motherhood (SATPM).

The results showed that there are no differences between the two sub-samples, concerning the MAAS and SATPM, but our samples displayed an existence of significant correlations between the scales, in both sub-samples.

Considering the new circumstances caused by the COVID-19 pandemic, it is clear that there is a significant change to the “normality” of the world we used to live in, with new challenges, although in this particular investigation, it doesn’t seem to hinder prenatal attachment and psychological experience of pregnancy.

Therefore, this study contributed to enhance the knowledge, to avoid/prevent negative outcomes, especially when it concerns pregnancy-related aspects. However, more studies are needed to be able to strengthen the conclusions of this exploratory study.

**Keywords:** Pregnancy; Prenatal Attachment, Psychological Experience of Pregnancy; COVID-19

## **Índice**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introdução .....</b>                             | <b>10</b> |
| <b>I. Enquadramento Teórico .....</b>               | <b>13</b> |
| 1. Vivência Psicológica da Gravidez na Mulher ..... | 13        |
| 2. Gravidez e Vinculação Pré-Natal .....            | 14        |
| 2.1 Vinculação vs. Bonding .....                    | 14        |
| 2.2 Vinculação Pré-Natal Materna .....              | 16        |
| 3. Pandemia COVID-19 e gravidez.....                | 17        |
| 4. Recolha de Dados On-line.....                    | 19        |
| <b>II. Estudo Empírico .....</b>                    | <b>21</b> |
| 1. Objetivos e Hipóteses .....                      | 21        |
| 2. Metodologia.....                                 | 21        |
| 2.1 Amostra .....                                   | 22        |
| 2.2 Instrumentos .....                              | 24        |
| 2.3 Procedimentos .....                             | 26        |
| 2.3.1. Procedimentos de recolha de dados .....      | 26        |
| 2.3.2. Procedimentos de tratamento de dados .....   | 27        |
| 3. Resultados.....                                  | 27        |
| 4. Discussão .....                                  | 34        |
| <b>Conclusão .....</b>                              | <b>39</b> |
| <b>Referências .....</b>                            | <b>41</b> |

## **Lista de Abreviaturas**

**ADGM** – Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade

**BM** – Boa Mãe

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EAGM** – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade

**EVPNM** – Escala de Vinculação Pré-Natal Materna

**FI** – Filho Imaginado

**GFMCP** – Gravidez como Fator de Mudança e Crescimento Pessoal  
**AMC** – Apoio do Marido/Companheiro

**ICND** – Imagem Corporal e Necessidade de Dependência

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

**QVM** – Qualidade da Vinculação Materna

**RPM** – Relação com a Própria Mãe

**VPN** – Vinculação Pré-Natal

**VPG** – Vivência Psicológica da Gravidez

## **Lista de Tabelas**

**Tabela 1.** Caracterização Sociodemográfica de cada subamostra

**Tabela 2.** Caracterização de cada subamostra tendo em conta as variáveis relativas à gravidez e ao número de filhos

**Tabela 3.** Diferenças entre as subamostras 1 e 2 - variáveis sociodemográficas

**Tabela 4.** Diferenças entre subamostras 1 e 2 - variáveis da gravidez

**Tabela 5.** Diferenças entre as subamostras 1 e 2 – EVPNM

**Tabela 6.** Diferenças entre as subamostras 1 e 2 – EAGM

**Tabela 7.** Correlação entre os resultados de cada domínio da EVPNM e da EAGM para as subamostras 1 e 2

**Tabela 8.** Diferenças ao nível da EVPNM e da EAGM no que respeita à situação económica – subamostra 1

**Tabela 9.** Diferenças ao nível da EVPNM e da EAGM no que respeita ao número de filhos – subamostra 1 e 2

**Tabela 10.** Diferenças ao nível da EVPNM e da EAGM no que respeita à idade gestacional – subamostra 1 e 2

## **Lista de Anexos**

**Anexo 1** – Valores de consistência Interna EAGM – Subamostras 1 e 2

**Anexo 2** – Valores de consistência Interna EVPNM – Subamostras 1 e 2

**Anexo 3** – Questionário da Recolha de Dados

# VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL E VIVÊNCIA PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ – IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA COVID-19?

## Introdução

O presente estudo integra a Dissertação de mestrado em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto (FEP-UCP) e visa aprofundar conhecimentos acerca da vinculação pré-natal (VPN) e vivência psicológica da gravidez (VPG) das mulheres em Portugal, tendo por base a potencial influência da pandemia COVID-19.

A parentalidade é um processo desenvolvimental, multifacetado e multideterminado que permite a passagem para um novo ciclo da vida familiar (Leal, 2005). O desejo da reprodução insere-se num contexto multidimensional onde inúmeros fatores, pessoais e desenvolvimentais, se manifestam antes, durante ou após a gravidez (Camarneiro, 2011). Assim, o processo gravídico é considerado como uma das muitas fases da maternidade/paternidade, fazendo-se acompanhar por alterações nos mais diversos níveis que permitem o melhor ajustamento na transição para a parentalidade. A VPG implica, portanto, um conjunto de tarefas desenvolvimentais que envolvem a própria mulher, com as suas características individuais, as relações próximas como o marido/companheiro e os seus progenitores, o bebé que vai nascer, bem como todo um conjunto de alterações e novas circunstância, nomeadamente no âmbito físico psicológico, espiritual, emocional e até social/familiar (e.g., Canavarro, 2001; Dayton, et al., 2019; Xavier, 2000).

Assim, falamos de um processo de desenvolvimento individual que evolui em termos de complexidade e permite que a mãe se prepare relacional, afetiva e cognitivamente para o seu novo papel e para o início da relação com o futuro bebé (e.g., Canavarro, 2001). Compreende-se, portanto, que o estabelecimento de uma ligação entre os pais e o seu filho tem início durante a vida intrauterina e manifesta-se por meio de comportamentos adotados que visam conhecer o bebé ainda não nascido, interagir com ele e garantir a sua proteção (Yarcheski et al., 2009).

Nesta linha de pensamento, atentar à VPN e às várias dimensões da VPG é uma mais valia tendo em conta a relação que ambas estabelecem (Xavier et al., 2001), bem como o seu impacto a curto e longo prazo. Por um lado, parecem ser meios essenciais de adaptação à parentalidade e por outro, constituem-se como oportunidades para o estabelecimento precoce da vinculação pós-natal (Muller, 1996; Rossen et al., 2016), apresentando consequências em termos de resultados desenvolvimentais ulteriores da criança que irá nascer (Le Bas et al., 2019; Spinner, 1978).

Sendo a gravidez, e todo o contexto que engloba a parentalidade, um caminho tão complexo e singular, garantir a melhor prestação de cuidados às grávidas nas diferentes fases do ciclo reprodutivo tem sido uma preocupação crescente. Assim, e compreendendo a necessidade de investir na qualidade dos cuidados prestados na gravidez, no parto e no pós-parto, introduziu-se em Portugal o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Hospitalares. Este acompanhamento tem contribuído substancialmente para a diminuição da mortalidade e morbidade materno-infantil e, atualmente, abrange a grande maioria das grávidas em Portugal (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015). Neste sentido, importa referir que todas as participantes do presente estudo são acompanhadas no contexto dos CSP que integram o Serviço Nacional de Saúde.

Considerando tudo o que foi mencionado acerca da gravidez, percebe-se a crescente dedicação à sua compreensão nas suas diferentes vertentes, principalmente, olhando às novas circunstâncias da pandemia COVID-19 e às consequentes alterações à “normalidade” do mundo em que vivíamos, com novos desafios, dos quais ainda não se conhecem suficientemente as possíveis consequências. Assim, parece ser fundamental aprofundar este conhecimento de forma a evitar/prevenir situações negativas. Tendo em conta a informação obtida em surtos pandémicos anteriores, sabe-se que os resultados clínicos de mulheres grávidas tendem a revelar prognósticos menos favoráveis do que os de mulheres não grávidas (Lam et al., 2004). Apesar de se considerar a existência de informação insuficiente acerca da COVID-19 na saúde física de mulheres grávidas, alguns autores parecem concordar que a probabilidade de a mãe contrair o vírus aumenta, bem como a probabilidade de parto pré termo e o risco de abortamento espontâneo (Mullins et al., 2020).

Para além da vulnerabilidade física que, por si só, é geradora de medos e preocupações acrescidas (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2020), as alterações do quotidiano e dos cuidados perinatais e no parto podem provocar na grávida um aumento da perceção de ameaça à própria vida, dos que lhe são mais próximos e inclusive do bebé ainda não nascido, que parecem manifestar-se em estados emocionais negativos, caracterizados por stress, angústia e, potencialmente, sintomatologia ansiosa e depressiva (Corbett, 2020; OPP, 2020; Xiang et al., 2020). Segundo a literatura, o agravamento da saúde mental, para além de impactar a saúde física da grávida e do bebé (Seng et al., 2001), tem ainda repercussões consideráveis ao nível da vivência que a mulher tem acerca da sua gravidez e da maternidade. Tal pode ainda apresentar consequências nefastas no estabelecimento da relação com o seu filho, manifestando-se por meio de menos interações e interações de menor qualidade (Camarneiro, 2011).

Por fim, considerando o impacto direto das medidas de confinamento e restrição, o reajustamento de rotinas e de atendimento à mulher grávida no pré-natal, parto e puerpério exige uma alteração aos cuidados e à relação com o bebê. Esta necessidade de reorganizar práticas parentais, associada a todos os aspetos até então mencionados, torna o papel de mãe particularmente difícil em tempos de pandemia, podendo potencialmente manifestar-se nas suas representações enquanto mãe e na sua relação precoce com o seu filho (OPP, 2020; Sociedade Marcé, n.d.). Estas dimensões serão então possivelmente integradas nas reflexões das grávidas e na sua antecipação dos cuidados ao bebê depois do nascimento.

Deste modo, e tendo em conta o que a literatura advoga acerca do impacto de eventos adversos (e.g., Seng et al., 2001) nos mais diversos níveis na vida das grávidas e dos seus filhos, mostra-se crucial olhar mais atentamente para esta população e compreender as consequências do surto atual na mesma. Assim, ao longo do presente estudo, a vivência psicológica da gravidez e a vinculação pré-natal vão-se constituir como os pontos fulcrais, permitindo compreender a forma como foram potencialmente afetados pela COVID-19. Tal poderá ser, futuramente, uma mais valia, uma vez que dependendo dos resultados obtidos, poder-se-á discutir o ajustamento das intervenções junto de grávidas em contexto de pandemia, numa vertente psicossocial que promova a vivência psicológica da gravidez, a vinculação pré-natal e, conseqüentemente, resultados desenvolvimentais mais favoráveis.

No que diz respeito à estrutura, a presente Dissertação encontra-se dividida em duas partes. Focando-nos no feminino, a primeira parte corresponde ao enquadramento teórico no qual serão apresentados conceitos fundamentais assentes numa revisão crítica da literatura atual acerca do tema. O primeiro subtópico de destaque refere-se à vivência psicológica da gravidez. De seguida, apresentar-se-á a distinção entre *bonding* e vinculação pré-natal, permitindo entender a razão pela qual o segundo conceito foi adotado neste estudo e abordar-se-ão questões centrais acerca da vinculação pré-natal materna. Seguidamente, questões associadas à COVID-19 na gravidez serão alvo de atenção e, por último, refletir-se-á acerca da recolha de dados *online*.

Na segunda parte, o estudo será apresentado, bem como as respetivas hipóteses e objetivos. Posteriormente serão explicitadas as questões metodológicas relativas à amostra, instrumentos utilizados e procedimentos de recolha e análise de dados. Por último, esta dissertação integrará a apresentação e discussão dos resultados, terminando com uma conclusão geral.

## **I. Enquadramento Teórico**

### **1. Vivência Psicológica da Gravidez na Mulher**

A parentalidade, numa vertente desenvolvimental, marca a entrada num novo ciclo de vida ou a complexificação de um sistema familiar já existente, constituindo-se como um processo de maturação psicológica que, por meio de uma reestruturação psico-afectiva, possibilita a dois adultos tornarem-se pais (Leal, 2005). Deste modo, não engloba unicamente fatores biológicos, mas também fatores relacionais e sociais (e.g., Camarneiro, 2011), repercutindo-se em todas as vertentes da vida dos pais, enquanto indivíduos singulares, enquanto casal, enquanto membros de um sistema familiar e de uma sociedade e, posteriormente, na vida da criança que vai nascer. Consequentemente, apesar de o “tornar-se pai/mãe” ser considerado um evento normativo na vida de casal, o stress causado, intrínseco a todas as mudanças e exigências apresentadas, é indiscutível e referido por inúmeros autores (e.g., Canavarro, 2001; Leal, 2005).

De uma forma geral, o primeiro marco associado à transição para a parentalidade é a gravidez, um período circunscrito a 40 semanas de gestação que decorrem desde a concepção até ao parto e possibilita o desenvolvimento do bebé, dos pais e da relação entre ambos (Camarneiro, 2011). Enquanto etapa desenvolvimental, inerente à maternidade, a gravidez constitui-se como um período de acrescido esforço físico e psicológico (Gomes-Pedro, 1985), ao qual estão subjacentes um conjunto de interações mútuas e constantes entre alterações fisiológicas, psicológicas e exigências do meio social. Desta forma, é importante salientar o dinamismo do processo gravídico e a sua importância enquanto período de ligações, ansiedade, fantasias e reflexão, que permite a preparação para ser mãe. Tal ocorre através de um ensaio cognitivo de papéis e tarefas, da criação de uma ligação afetiva ao bebé, da reestruturação de relações que permite incorporar o novo ser e da integração do filho como uma pessoa única, com identidade própria (Canavarro, 2001).

Durante a gravidez, a mulher confronta-se com um percurso complexo, caracterizado pela mudança e, consequentemente, pela necessidade de adaptações continuadas. Assim, e para que tal aconteça, existem um conjunto de tarefas enunciadas por Colman e Colman (1994) que se desenvolvem ao longo das diferentes fases da gravidez (Xavier, 2000) e cuja resolução sequencial favorece o ajustamento físico, cognitivo, social e emocional, preparando a mulher para iniciar o seu papel enquanto mãe e a relação com o seu filho (Camarneiro, 2001; Cataudella, et al., 2016). A primeira fase engloba a aceitação da gravidez e da realidade do feto, permitindo concretizar o que até aí se mostrava pouco real. A reavaliação da geração parental

anterior, nomeadamente da relação que a mulher mantém com os seus pais e, mais particularmente, com a sua mãe é a terceira tarefa a ser alvo de resolução. De seguida a prioridade assenta na reavaliação e reestruturação do relacionamento com o cônjuge/companheiro atual que, passando a adotar o papel de pai, apresenta uma importância crescente. Outra das tarefas principais durante a gravidez prende-se com a aceitação do feto enquanto pessoa individualizada e associa-se à tarefa posterior que diz respeito à reavaliação e reestruturação da própria identidade da mulher, integrando o seu novo papel de mãe. Uma última tarefa foi proposta por Canavarro (2001) e prende-se com a necessidade de reavaliar e reestruturar a relação com outros filhos mais velhos, caso existam.

Posto isto, considera-se a gravidez como um período crítico, durante o qual a adaptação psicológica é fundamental. Neste sentido, e enfatizando a multidimensionalidade deste processo, inúmeros fatores individuais, relacionais e sociais interferem na sua vivência, nomeadamente a idade materna, o estatuto conjugal, o nível de educação, a paridade, o estatuto ocupacional, recursos de *coping*, o apoio social e a qualidade do relacionamento conjugal (Camarneiro, 2011). Assim, parece clara a ideia de que a gravidez não se caracteriza unicamente pela sua vertente biológica, influenciando nela todos os fatores de índole psicológica até agora enunciados e que tornam a sua vivência única ao longo do percurso que cada mulher efetua. Adotando esta perspetiva da subjetividade inerente à VPG, mostra-se fundamental olhar para os comportamentos, cognições e emoções da mulher que espera o seu filho e que, conjugando expectativas e atitudes, tanto contribuem para a construção do seu caminho enquanto mãe e para o estabelecimento da relação com o seu filho, antes e depois do nascimento (Xavier et al., 2001).

## **2. Gravidez e Vinculação Pré-Natal**

### **2.1 Vinculação vs. Bonding**

Uma das perspetivas teóricas explicativas de todo processo de adaptação à/transição para a parentalidade é a teoria da vinculação (Leal, 2005). A vinculação é considerada uma ligação psicológica, biológica e comportamental que se estabelece com o cuidador, devido à necessidade de procura de contacto físico, por parte do bebé, que garanta a sua própria proteção (Soares, 2007). Enquadra-se tanto num plano ontogenético, como filogenético, e não deve ser tida unicamente em conta a sua vertente biológica, mas também relacional, devendo ser percebida num contexto transgeracional. A vinculação pronuncia-se através de um sistema comportamental, isto é, perante a manifestação de necessidades por parte da criança, deverá

existir uma resposta da figura de vinculação (Soares, 2007). É de notar que, para ser considerada uma relação de vinculação, as suas componentes devem apresentar características singulares. Por um lado, estas manifestações ocorrem por meio dos comportamentos de vinculação, como chorar, chupar, sorrir, agarrar e seguir e, por outro, a resposta da figura deve apresentar-se como sendo responsiva, sensível e acessível física e emocionalmente. Esta relação deve ser continuada no tempo (Soares, 2007).

Na definição de vinculação apresentada inicialmente por Bowlby, toda a teoria assenta na prestação de cuidados que é garantida pelos pais ao bebé já nascido e que permite, de forma bidirecional, o desenvolvimento de um vínculo com os seus progenitores. No entanto, estes cuidados têm na maioria das vezes início na gravidez e permitem o ajustamento na transição para a parentalidade e o desenvolvimento de uma vinculação precoce entre o bebé e respetivos progenitores (Wright e Edginton, 2016). É, portanto, de maior relevância passar a explorar aspetos associados à VPN, um construto alvo de pesquisa ao longo dos anos, que tem sofrido marcadas alterações e se tem vindo a destacar na literatura.

Com o decorrer do tempo, o *bonding* tem vindo a ser associado à VPN. Este foi primeiramente apresentado por Klaus e Kennell em 1976 como sendo um vínculo único, específico e duradouro que se desenvolve entre mãe e filho durante o período sensível, nos primeiros momentos após o parto. Segundo os mesmos autores, esta ligação manifesta-se por meio do quanto a mãe se importa com o bem-estar do seu filho e o quanto lhe dá atenção e demonstra afeto (beijar, abraçar e seguir com o olhar). Desta forma considera-se que este construto inclui dois aspetos característicos: por um lado, refere-se à preocupação que os pais têm com a segurança e bem-estar do seu filho (Winnicott, 1956) e, por outro, refere-se ao investimento emocional e ao espaço mental que o bebé ocupa na representação dos pais (Stern, 1995). Posteriormente, como referido por Kinsey e Hupcey (2013), Klaus e Kennel efetuaram, em 1982, uma revisão da sua teoria inicial, afirmando que, apesar da importância do pós-parto no estabelecimento do vínculo, uma separação precoce entre mãe e filho, não impede a criação do *bonding* numa fase mais tardia.

Assim, o *bonding* tem sido um construto alvo de muita investigação, principalmente nas áreas de Psicologia, Sociologia, Enfermagem e Medicina, existindo diferentes perspetivas acerca do mesmo conceito. Na atualidade, o *bonding* continua a ser um termo muito associado ao vínculo que se estabelece no período pós-natal (Kinsey & Hupcey, 2013), imediatamente a seguir ao parto, mas também se tem em conta a sua origem durante a gravidez (Figueiredo, 2003). Logo, muitas vezes o termo *bonding* é utilizado para descrever a vinculação materno-fetal (Camarneiro, 2011). No presente trabalho, e após a revisão bibliográfica, optou-se por

utilizar o termo VPN materna para referir a ligação estabelecida entre a mãe e o feto, durante os meses de gestação.

## **2.2 Vinculação Pré-Natal Materna**

Um dos autores que começou por salientar a existência de uma ligação específica entre as grávidas e os seus filhos foi Cranley (1981). Num estudo por si efetuado percebeu que as mulheres desenvolvem durante a gravidez uma vinculação com o feto, sendo que tal decorre de comportamentos particulares que as mães adotam durante e para com a gravidez. No mesmo estudo, o autor percebeu que cerca de 55,5% das participantes adotavam estes comportamentos frequentemente e que 9% o faziam quase de forma permanente, considerando que o estabelecimento do vínculo mãe-bebé ocorria por meio desses comportamentos adotados, representativos da afiliação e interação com o feto.

Mais tarde, Muller (1993) considerou que o autor supracitado atribuiu demasiado ênfase aos fatores comportamentais, negligenciando as questões de afiliação que, a seu ver, completariam a definição atribuída por Cranley à VPN. Deste modo, Muller postula a existência de um modelo explicativo do desenvolvimento da VPN que afirma que experiências iniciais de vinculação conduzem ao desenvolvimento de representações mentais que, por seu turno, influem no desenvolvimento das vinculações posteriores. Neste modelo destacam-se as representações mentais acerca da gravidez e do feto, concebidas pelos progenitores e nas quais assenta o estabelecimento da VPN.

Para além dos fatores acima mencionados, mais tarde, Condon e Corkindale, defenderam a existência de uma vertente emocional que caracteriza a vinculação com o feto. No seu estudo, estes autores veem a vinculação como uma ligação emocional que normalmente se desenvolve entre a mãe e o bebé, durante a gravidez (Condon & Corkindale, 1997). Condon (1993), relativamente a esta perspetiva, afirma que as representações da mãe acerca do feto se constituem como projeções resultantes de um encontro entre a realidade e as suas fantasias, sendo por meio dessa imagem que a vinculação, enquanto laço emocional, se desenvolve.

Após numerosas investigações em torno da VPN materna, atualmente esta é regularmente utilizada para referir uma ligação específica que se desenvolve entre a mãe e o feto durante a gravidez (Cataudella, et al., 2016). Segundo os mesmos autores, esta vinculação apresenta algumas particularidades quando comparada à definição de vinculação primeiramente apresentada, nomeadamente nas questões da reciprocidade. Ou seja, é um conceito assente no sistema de prestação de cuidados e que se manifesta unidirecionalmente, da mãe para o bebé. Alguns autores defendem a bidirecionalidade da VPN, uma vez que esta relação não se

evidencia apenas da mãe para o filho, como também do filho para a mãe. Segundo Gomes-Pedro (1985), a mãe sente o feto a mover-se, com amplitudes e intensidades variadas, em resposta a estímulos exteriores específicos, sendo que, não raras vezes, tal ocorre de forma sincronizada com os movimentos da própria progenitora.

Nesta perspetiva, a díade mãe-filho apresenta, desde cedo, uma relação que varia em intensidade e grau, dependentemente dos confrontos psicológicos com que a mulher se depara durante a gravidez (Gomes-Pedro, 1985). Assim, apesar de se considerar que a vinculação da mãe com o seu filho é facilmente desenvolvida devido à ligação biológica que existe entre ambos durante a gestação (Dayton et al., 2019), o estabelecimento de uma relação de vinculação segura poder-se-á constituir um desafio para algumas mães. Neste sentido, quando interpretamos a teoria da vinculação numa perspetiva ecológica (Bronfenbrenner, 1986), existem muitos outros fatores, designadamente inerentes à organização psicológica da mulher, que devem ser tidos em consideração devido ao seu papel preponderante enquanto determinantes na ligação da mãe ao bebé. Como Camarneiro (2011) mencionou, a vinculação pré-natal correlaciona-se com o estatuto socioeconómico; a idade gestacional; o historial obstétrico; o número de gravidezes anteriores; o nível educacional; a satisfação conjugal; estados emocionais, como stress, ansiedade e sintomatologia depressiva; idade materna; o planeamento da gravidez e o número de filhos (Camarneiro, 2011; Camarneiro & Justo, 2017).

### **3. Pandemia COVID-19 e gravidez**

Os primeiros casos de infeção provocados pelo novo coronavírus foram identificados em dezembro de 2019, na China, sendo que desde então a sua rápida disseminação tem-se vindo a manifestar num aumento exponencial de doentes em todo mundo. Na Europa, a 1 de julho de 2020, o número de casos confirmados de COVID-19 encontra-se nos 2.692.086 (World Health Organization [WHO], 2020) e em Portugal este valor ronda os 42.454 (Direção geral da Saúde [DGS], 2020a).

O impacto da COVID-19 na saúde física tem sido largamente referenciado e estudado e as suas consequências ao nível da saúde mental também têm sido alvo de elevada preocupação e atenção crescente. Em ambas as vertentes, as populações de risco têm tido especial atenção devido à maior vulnerabilidade no que respeita à contração da doença e à capacidade de a combater. As mulheres grávidas constituem um dos grupos de maior visibilidade, uma vez que, apesar de não terem sido consideradas pela Organização Mundial de Saúde como grupos de

risco, as alterações fisiológicas vivenciadas durante a gravidez, nomeadamente imunológicas e cardiovasculares, tornam-nas mais suscetíveis a complicações respiratórias (Ramalho, 2020).

Como explicitado anteriormente, a gravidez é por si só um período de elevadas mudanças que carece de adaptações constantes, provocando alterações psicológicas de grande relevo. Neste sentido, se pensarmos nas consequências diretas na saúde física que a COVID-19 pode ter, é compreensível que nesta fase as grávidas sintam inquietações acrescidas associadas não só à saúde de familiares mais velhos e de outros filhos, como também acerca da sua própria saúde e da do bebé ainda não nascido (Corbett et al., 2020). Estudos efetuados recentemente em Itália e na China mostraram que o surto COVID-19 teve um impacto psicológico de moderado a severo em mulheres grávidas, potenciando um aumento significativo dos níveis de ansiedade, depressão e stress (Saccone et al., 2020; Wu et al., 2020).

Para além do impacto na saúde física, a pandemia levou à necessidade de ajustar profundamente as rotinas diárias, fazendo com muitas pessoas se vissem obrigadas a permanecer nas suas casas, não podendo manter contacto físico com a sua rede de suporte. Um estudo efetuado por Corbett e colaboradores (2020) mostrou que na Irlanda, cerca de 35% das mulheres grávidas inquiridas se isolaram nas suas casas, sendo que um quinto o fez por necessidade e um terço por medo de contágio.

Por último, as medidas de acompanhamento durante a gravidez, o parto e o puerpério também sofreram inúmeras alterações, com vista a salvaguardar a saúde da mãe e do bebé. Neste sentido, o isolamento da mãe durante o parto e puerpério (impedindo a presença do pai ou acompanhante), a separação da mãe e do bebé logo após o parto ou restrições à amamentação foram algumas das circunstâncias com que muitas mães se deparam, por exemplo, no nosso país (DGS, 2020b).

Em suma, estar grávida em tempos de pandemia poder-se-á associar a um estado de maior vulnerabilidade psicológica que, potencialmente, se poderá repercutir na VPG e na VPN. Por um lado, sabe-se que sintomatologia significativamente aumentada de ansiedade e depressão durante a gravidez pode predizer uma diminuição no envolvimento emocional entre a mãe e o bebé antes do nascimento e também na forma como a mãe vivencia a gravidez (Figueiredo & Costa, 2009). Por outro lado, impõe-se a questão do isolamento social, uma realidade muito presente nesta pandemia, que se constitui como um fator de risco que coloca a grávida numa situação de vulnerabilidade crescida (Saccone et al., 2020). Por último, as próprias medidas de confinamento e acompanhamento da gravidez adotadas podem influenciar a vivência que as mães têm da sua gravidez, do parto e pós-parto, existindo confronto com uma realidade pouco comum e inesperada que leva à não concretização de uma série de expectativas

que haviam sido criadas. Nomeadamente, comprometendo uma vivência da gravidez partilhada com familiares e amigos, com proximidade física e emocional, a presença do acompanhante nas consultas, ecografias ou outros exames complementares de diagnóstico e até no momento do parto (OPP, 2020). O impacto direto destas medidas poderá ainda ser visível ao nível da relação precoce estabelecida entre a mãe e o bebé, podendo-se repercutir nos dois domínios que a VPN integra, a qualidade da vinculação (QV) e a intensidade de preocupação ou tempo despendido no modo da vinculação (IPPTDMV) (Corbett et al., 2020; OPP, 2020). Ainda relativamente a este tópico, importa salientar a relação existente entre a VPG e a VPN (Camarneiro, 2011; Xavier et al., 2001), podendo supor-se que alterações numa destas dimensões provoquem alterações na outra.

#### **4. Recolha de Dados *On-line***

As novas tecnologias encontram-se cada vez mais presentes no quotidiano, estando a sua utilização amplamente distribuída ao longo das diferentes faixas etárias. Um relatório anual da *Office of Communications* (OFCOM, 2019) mostrou que tem existido um aumento progressivo do recurso a *smartphones*, à *internet* e a redes sociais. No que respeita ao acesso às redes sociais, em particular, o relatório mostra que cerca de 76% a 93% da população com idade superior aos 16 anos tem um perfil em alguma rede social, sendo que a mais utilizada continua a ser o *facebook*.

Para além do acréscimo natural que se tem verificado relativamente ao uso da *internet*, a pandemia que vivemos mostrou-se promotora da utilização destes recursos. As adaptações necessárias como resposta às medidas de confinamento e restrição fizeram com que as pessoas recorressem a meios digitais para trabalhar a partir de casa, vissem estes meios como forma de obtenção de informação acerca da COVID-19 e utilizassem os mesmo meios como auxílio na prevenção de declínio da saúde mental (Király et al., 2020). Desta forma, e tal como Austin (2020) aponta, durante os primeiros tempos da pandemia a utilização da *internet* teve um aumento de 35% em apenas duas semanas.

Este crescente aumento da utilização de meios digitais ostenta benefícios em inúmeras áreas, nomeadamente na investigação, apresentando-se como um recurso cujas vantagens não podem ser descuradas. Neste âmbito, a recolha de dados *on-line* tem-se difundido, passando a proceder-se à administração da versão digital de questionários (van Gelder et al., 2010). No que diz respeito a medidas de autorrelato, vários investigadores preocuparam-se em compreender se a sua versão digital se mostra compatível com a versão em papel, de forma a que a sua utilização se mostre fiável, bem como os resultados e respetiva interpretação (Gwaltney et al.,

2008; Newell et al., 2016; Terluin et al., 2018). As investigações levadas a cabo neste sentido têm demonstrado equivalência entre ambas as versões nas medidas de autorrelato, existindo até quem afirme que não é necessário proceder a estudos de equivalência quando a transposição da versão em papel para a versão digital não exige alterações no instrumento (Muehlhausen et al., 2015).

A divulgação *on-line* dos questionários com vista à recolha de dados apresenta inúmeras vantagens para os investigadores, nomeadamente em termos de diminuição de tempo despendido, de custos, da carga associada às questões administrativas e da possibilidade de aumentar a amostra, alargando as áreas de divulgação (Pinheiro & Silva, 2004; Terluin et al., 2018). Outras vantagens são asseguradas pelas próprias plataformas informáticas e associam-se à prevenção/redução de *missings*, uma vez que existe a possibilidade de tornar as questões obrigatórias, não permitindo que os participantes avancem no questionário sem que todas as perguntas estejam respondidas e à melhoria geral da qualidade dos dados, dado que as plataformas permitem a emissão automática de avisos quando as respostas inseridas não se mostram aceitáveis (van Gelder et al., 2010). Um outro aspeto relevante prende-se com a diminuição dos erros na inserção e codificação dos dados, devido ao facto de estes poderem ser automaticamente transferidos para bases de dados de programas estatísticos, não existindo a possibilidade de erro humano (Pinheiro & Silva, 2004; Terluin et al., 2018).

Para além das vantagens até agora inumeradas, Booth-Kewley e colaboradores (2007) referem que a veracidade das respostas aumenta em questionários *on-line* devido à diminuição da interferência de fatores como a desejabilidade social e ao aumento da perceção em termos de garantias da confidencialidade e do anonimato. No entanto, outras investigações apontam para uma diferença não significativa na pontuação das duas versões, em medidas de autorrelato, o que parece demonstrar que a diminuição de vieses derivados da desejabilidade social não se verifica nas versões *on-line* dos questionários e, deste modo, esta pode não ser considerada uma vantagem real (Bowling, 2005; Gnams & Kaspar, 2017).

Por outro lado, também existem desvantagens às quais se deve atentar. Primeiramente, Pinheiro e Silva (2004) apontam a impossibilidade de esclarecer dúvidas que possam surgir aos participantes, no entanto esta desvantagem pode ser ultrapassada se for fornecido no questionário um *e-mail* de um dos investigadores que possa ser utilizado para o esclarecimento de qualquer questão. Por último, impõem-se como desvantagem o facto de não se conseguir chegar a pessoas que não tenham acesso à *internet* ou cujas competências de manuseamento de aparelhos eletrónicos não lhes permitam responder aos questionários (Gwaltney et al., 2008).

## **II. Estudo Empírico**

### **1. Objetivos e Hipóteses**

Este estudo tem como objetivo geral explorar potenciais diferenças entre dois grupos de grávidas – durante e antes da pandemia COVID-19 - ao nível da VPN e VPG. Tendo como base a revisão bibliográfica efetuada, de seguida são apresentados um conjunto de hipótese e objetivos:

1. Caracterizar a VPN e a VPG num grupo de mulheres grávidas durante a pandemia (COVID 19) e num grupo de mulheres grávida antes da pandemia (COVID 19).
2. Explorar diferenças entre grávidas durante e antes a pandemia COVID-19, quanto à VPN materna.
3. Explorar diferenças entre grávidas durante e antes a pandemia COVID-19, quanto à VPG.
4. Explorar a relação existente entre a Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade, em ambos os grupos de grávidas (durante e antes da pandemia).

Relativamente às hipóteses, são as seguintes:

**H1:** Existem diferenças significativas entre mulheres grávidas durante a pandemia e as mulheres grávidas antes da pandemia, quanto à VPN.

**H2:** Existem diferenças significativas entre mulheres grávidas durante a pandemia e as mulheres grávidas antes da pandemia, quanto à VPG.

**H3:** A VPN materna correlaciona-se com a VPG, no grupo de mulheres grávidas durante a pandemia.

**H4:** A VPN materna correlaciona-se com a VPG, no grupo de mulheres grávidas antes da pandemia.

### **2. Metodologia**

O presente estudo quantitativo, exploratório e transversal visa compreender fenómenos através da formulação de hipóteses acerca de diferenças e relações entre as variáveis. Uma vez que se partiu de conhecimentos teóricos previamente existentes para proceder à organização e

testagem de hipóteses, considera-se o método hipotético-dedutivo como o mais apropriado (Freire & Almeida, 2008).

## 2.1 Amostra

A amostra total é constituída por 122 mulheres grávidas, todas de nacionalidade portuguesa. A idade das participantes varia entre os 18 e os 42 anos ( $M=29.96$ ,  $DP=5.03$ ), sendo que a idade gestacional está compreendida entre as 9 e as 40 semanas de gestação ( $M=28,32$ ,  $DP=7,01$ ). A amostra total organiza-se em duas subamostras:

Relativamente à subamostra 1, foi recolhida *on-line* para o presente estudo, durante a pandemia COVID-19 e inclui 65 participantes grávidas, a maioria residente no norte de Portugal (75.4%) e cujo acompanhamento da gravidez decorre nos Cuidados de Saúde Públicos (46.6%) ou nestes em concomitância com Cuidados de Saúde Privados (55,4%). A amostra foi recolhida entre abril e junho de 2020.

A subamostra 2 inclui 57 participantes grávidas numa época anterior ao surgimento da pandemia COVID-19, no âmbito de um estudo prévio (Borges, 2019), todas residentes no norte do país e cujo acompanhamento médico acontece no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (61.4%) e neste em concomitância com Cuidados de Saúde Privados (38.6%). A amostra foi recolhida aproximadamente um ano antes da subamostra 1.

A caracterização das subamostras tendo em conta as restantes variáveis sociodemográficas e relativas à gravidez e número de filhos é apresentada de seguida nas tabelas 1 e 2.

**Tabela 1.**

*Caracterização Sociodemográfica de cada subamostra*

| Mulheres Grávidas      | Subamostra 1 (N=65) |       | Subamostra 2 (N=57) |       |
|------------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|
|                        | N                   | %     | N                   | %     |
| <b>Faixa Etária</b>    |                     |       |                     |       |
| < 20                   | -                   | -     | 3                   | 5.26  |
| 21-24                  | 7                   | 10.76 | 9                   | 15.79 |
| 25-29                  | 25                  | 38.46 | 17                  | 29.82 |
| 30-34                  | 20                  | 30.77 | 15                  | 26.32 |
| 35-39                  | 12                  | 18.46 | 9                   | 15.79 |
| > 40                   | 1                   | 1.55  | 4                   | 7.02  |
| <b>Escolaridade</b>    |                     |       |                     |       |
| 2º Ciclo Ensino Básico | -                   | -     | 3                   | 5.26  |

|                                       |    |       |    |       |
|---------------------------------------|----|-------|----|-------|
| 3º Ciclo Ensino Básico                | 5  | 7.69  | 4  | 7.02  |
| Ensino Secundário                     | 26 | 40.0  | 19 | 33.33 |
| Licenciatura; Mestrado                | 34 | 52.31 | 28 | 49.12 |
| Doutoramento; Pós-Graduação           | -  | -     | 2  | 3.52  |
| Sem Informação                        | -  | -     | 1  | 1.75  |
| <b>Situação Profissional</b>          |    |       |    |       |
| Empregada                             | 56 | 86.15 | 12 | 21.05 |
| Desempregada                          | 8  | 12.31 | 45 | 78.95 |
| Estudante                             | 1  | 1.53  | -  | -     |
| <b>Perceção da Situação Económica</b> |    |       |    |       |
| Favorável                             | 55 | 84.62 | -  | -     |
| Desfavorável                          | 9  | 13.85 | -  | -     |
| Sem Informação                        | 1  | 1.53  | -  | -     |

**Tabela 2.**

*Caracterização de cada subamostra tendo em conta as variáveis relativas à gravidez e ao número de filhos*

|                                  | Amostra 1 (N=65) |       | Amostra 2 (N=57) |       |
|----------------------------------|------------------|-------|------------------|-------|
|                                  | N                | %     | N                | %     |
| <b>Mulheres Grávidas</b>         |                  |       |                  |       |
| <b>Número de Filhos</b>          |                  |       |                  |       |
| 0                                | 42               | 64.62 | 41               | 71.93 |
| 1                                | 22               | 33.85 | 14               | 24.56 |
| 2                                | 1                | 1.53  | 2                | 3.51  |
| <b>Idade Gestacional</b>         |                  |       |                  |       |
| 1º Trimestre                     | 3                | 4.69  | 1                | 1.75  |
| 2º Trimestre                     | 25               | 39.06 | 20               | 35.09 |
| 3º Trimestre                     | 36               | 56.25 | 36               | 63.16 |
| Sem Informação                   | 1                | 1.5   |                  |       |
| <b>Planeamento da Gravidez</b>   |                  |       |                  |       |
| Sim                              | 55               | 84.62 | 45               | 78.95 |
| Não                              | 10               | 15.38 | 12               | 21.05 |
| <b>Acompanhamento Médico</b>     |                  |       |                  |       |
| Centro Saúde                     | 29               | 44.61 | 35               | 61.40 |
| Centro Saúde e Médico Particular | 36               | 55.38 | 22               | 38.60 |
| <b>Sexo Bebé</b>                 |                  |       |                  |       |
| Feminino                         | 28               | 43.08 | 24               | 42.11 |
| Masculino                        | 25               | 38.46 | 26               | 45.61 |
| Não sei                          | 12               | 18.46 | 6                | 10.53 |

## 2.2 Instrumentos

Tendo em conta os objetivos do estudo, irão ser utilizados três instrumentos destinados a mulheres grávidas: o Questionário Sociodemográfico e da Gravidez, a Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM) e a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM).

O Questionário Sociodemográfico e da Gravidez visa o levantamento das características sociodemográficas (idade materna, grau de escolaridade, situação profissional e percepção acerca da situação económica) e relativas à gravidez (número de filhos, idade gestacional, planeamento da gravidez atual, tipo de acompanhamento médico na gravidez atual e sexo do bebé) das participantes.

A Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (Xavier et al., 2001) tem como principal objetivo avaliar as atitudes das mulheres grávidas em relação à própria gravidez, permitindo perceber a vivência subjetiva deste processo. Para tal, a escala é constituída por 42 itens, organizados em 7 subescalas: O Filho Imaginado (FI) constituída pelos itens 6, 11, 26, 31, 17, 2 e 36 e avalia o investimento da mãe e as expectativas acerca do futuro bebé; Boa Mãe (BM) engloba os itens 28, 16, 12, 10, 27, 1, 32, 9 e 23 que atentam à percepção materna acerca da mãe ideal; Gravidez como Factor de Mudança/Crescimento Pessoal (GFMCP) composto pelos itens 24, 30, 38, 41, 22 e 19 e explora a forma como a mulher vivencia a gravidez e as alterações psicossociais; Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade” (ADGM) integra os itens 14, 3, 33, 39, 18, 20, 37 e 34 que se focam na percepção acerca dos aspetos mais difíceis ligados à gravidez; Relação com a Própria Mãe (RPM) compreende os itens 13, 5, 42 e 35 que se dirigem às experiências de vinculação com a própria mãe; Apoio do Marido/Companheiro (AMC) constituído pelos itens 25, 21, 15 e 17, avalia a percepção acerca do apoio/papel do marido/companheiro; e Imagem Corporal e Necessidade de Dependência (ICND), corresponde ao conjunto dos itens 29, 40, 8 e 4 que se focam nas preocupações com as alterações físicas associadas à gravidez (Xavier et al., 2001).

Em relação à consistência interna, todas as subescalas apresentaram valores razoáveis, variando entre 0.68 e 0.75 sendo que a subescala “ICND” apresentou em  $\alpha$  de 0.58. Foi ainda possível perceber através da validade discriminativa que este instrumento se mostra eficaz na distinção de membros de diferentes grupos, em todas as subescalas (Xavier et al., 2001).

Os valores de consistência interna no nosso estudo encontram-se no Anexo 1.

Por fim, no que respeita à sua administração, cotação e interpretação, este instrumento é de administração individual e, apesar de não ter tempo limite, o tempo de resposta ronda os 15 a 20 minutos. A resposta a cada item efetua-se por meio de uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos (1 – “Sempre”, 2 – “muitas vezes”, 3 – “poucas vezes” e 4 – “nunca”). No que diz respeito à cotação, os valores de cada escala são somados, obtendo-se resultados diferentes para cada uma das 7 dimensões da gravidez avaliadas (Xavier et al., 2001).

Com vista a avaliar a vinculação das mães ao feto, utilizou-se a Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM), inicialmente construída por Condon (1993) e designada por Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale – MPAAS. Neste estudo recorreu-se à versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Camarneiro e Justo (2010).

No que diz respeito à versão portuguesa, esta mantém a organização em duas escalas que avaliam a vinculação entre a mãe e o feto e o pai e o feto, respetivamente, por meio de duas dimensões: a Qualidade da Vinculação (QV) e o Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade e Preocupação (TDMVIP). A primeira dimensão referida associa-se a experiências afetivas, sentimentos de ternura, prazer e proximidade e a segunda dimensão indica preocupação com o feto, o tempo despendido a sonhar, pensar, tocar ou falar sobre o bebé. A versão Portuguesa sofreu algumas alterações face à original, nomeadamente foram retirados alguns itens. Assim, a EVPNM contém 15 itens distribuídos pelas duas dimensões acima referidas. Os itens 2, 3, 6, 7, 9, 11, 12 correspondem à dimensão “Qualidade de vinculação Materna (QVM)” e os itens 1, 4, 5, 8, 10, 17 e 18, constituem a dimensão “Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade e Preocupação Materna (TDMVIPM)” (Camarneiro & Justo, 2010).

No que respeita à consistência interna, a escala total apresentou um  $\alpha$  de 0.744, o que indica uma boa consistência interna e nas duas dimensões da vinculação, a QVM obteve um  $\alpha$  de 0.732 e a TDMVIPM de 0.601. Os valores obtidos no nosso estudo encontram-se no Anexo 2.

Este instrumento é respondido numa escala tipo *likert* de 5 pontos em que 1 representa baixa vinculação e 5 alta vinculação e os itens 1, 3, 5, 6, 9, 12 e 18 deverão ser invertidos antes de proceder à sua cotação (Camarneiro & Justo, 2010).

## 2.3 Procedimentos

### 2.3.1. Procedimentos de recolha de dados

Relativamente à amostra prévia à pandemia, as participantes foram selecionadas por conveniência e a recolha de dados foi efetuada em parte junto de mulheres grávidas acompanhadas numa Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte Interior do País. Após autorização da Direção Clínica da ULS a recolha de dados foi dinamizada pelas enfermeiras que faziam o acompanhamento das grávidas. O âmbito e os objetivos do estudo foram explicados às potenciais participantes, sendo que as utentes que aceitaram participar assinaram um formulário de consentimento informado que integrava os objetivos do estudo, procedimentos e as questões éticas associadas. Os instrumentos foram preenchidos individualmente, enquanto as utentes aguardavam as consultas ou no início das sessões do Curso de Preparação para o Parto. Nas situações em que esse tempo não foi suficiente, apresentou-se a possibilidade de os instrumentos serem preenchidos em casa, sendo a devolução realizada em mão, pelas utentes. Algumas participantes foram ainda contactadas a partir da rede de contactos da equipa de investigação, tendo respondido aos instrumentos em papel ou no computador.

Relativamente à recolha de dados efetuada especificamente para o presente estudo, foi feita *on-line*, via rede social *Facebook* (em grupos destinados a mulheres grávidas em Portugal) e por meio da partilha do questionário pela rede de contatos individual da equipa de investigação. Para tal, os instrumentos acima mencionados foram integrados num único questionário construído através da plataforma *Google Forms* (Anexo 3). No questionário foram ainda integrados elementos como a explicação inicial do âmbito e objetivo do projeto, salientando-se informação relativa ao anonimato e confidencialidade. Após esse enquadramento foi adicionado um campo destinado à aceitação da participação no estudo, sem a qual não seria possível o preenchimento do formulário.

Em suma, o número de pessoas que recorrem à *internet* tem crescido progressivamente e um aumento exponencial tem caracterizado esta fase de pandemia. Desta forma, tendo em consideração a impossibilidade de proceder a uma recolha de dados presencial, devido à situação provocada pela COVID-19, bem como as vantagens que o recurso à *internet* parece oferecer em termos de investigação, neste estudo optou-se pela recolha de dados *on-line*. É de salientar que foi sempre uma prioridade garantir todos os cuidados necessários para que as dificuldades/desvantagens inerentes a este método de recolha fossem eliminadas, nomeadamente com a integração de um contacto *e-mail* para esclarecimentos de dúvidas.

### 2.3.2. Procedimentos de tratamento de dados

Tendo em consideração os dados recolhidos, a sua análise quantitativa foi efetuada com recurso ao programa software SPSS (*IBM SPSS Statistics*).

Numa primeira fase utilizou-se estatística descritiva de forma a reunir informação relativa a medidas de tendência central e frequências (Martins, 2011). O objetivo a caracterização da amostra tendo em conta as suas características sociodemográficas e da gravidez e dos resultados dos instrumentos (Martins, 2011).

Num segundo momento, com recurso à estatística inferencial e tendo em conta os objetivos previamente definidos e as hipóteses estipuladas, foi possível explorar associações e diferenças (Martins, 2011). Tendo em conta o tamanho das subamostras, optou-se pela realização de testes não paramétricos. Uma vez que nos propomos verificar diferenças entre dois grupos independentes de sujeitos (subamostras 1 e 2) e perante variáveis dependentes ordinais recorreremos ao teste de *Mann-Whitney*. De seguida, e com vista a analisar possíveis associações entre variáveis, recorreremos ao Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Por último, de forma a averiguar potenciais diferenças entre três ou mais grupos independentes ao nível de uma variável ordinal, realizamos o teste de Kruskal Wallis (Martins, 2011).

## 3. Resultados

Iniciaremos a apresentação dos resultados com a exploração das diferenças entre as subamostras 1 e 2 no que diz respeito às variáveis sociodemográficas (tabela 3) e referentes à gravidez (tabela 4), dados que serão fundamentais para a continuação da análise dos dados.

**Tabela 3.**

*Diferenças entre as subamostras 1 e 2 - variáveis sociodemográficas*

| Variáveis             | Subamostra 1 (n=65) | Subamostra 2 (N=57) | Z     |
|-----------------------|---------------------|---------------------|-------|
| Sociodemográficas     | Média (DP)          | Média (DP)          |       |
| Idade                 | 30.15 (4.47)        | 29.74 (5.64)        | -.56  |
| Escolaridade          | 4.45 (0.64)         | 4.39 0 (0.89)       | -.04  |
| Estado Civil          | 1.69 (0.73)         | 1.89 1 (0.09)       | -.48  |
| Situação Profissional | 5.49 (1.32)         | 5.16 1 (0.65)       | -1.09 |

Olhando para os valores das probabilidades em cada variável em estudo, podemos verificar que em nenhuma variável foram encontradas diferenças significativas entre as duas subamostras.

#### **Tabela 4.**

*Diferenças entre subamostras 1 e 2 - variáveis da gravidez*

| <b>Variáveis da gravidez</b>   | <b>Subamostra 1 (n=65)</b> | <b>Subamostra 2 (N=57)</b> | <b>Z</b> |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------|
|                                | <i>Média (DP)</i>          | <i>Média (DP)</i>          |          |
| Número de Filhos               | 0.37 (0.51)                | 0.32 (0.54)                | -.76     |
| Gravidez Anterior              | 1.62 (0.49)                | 1.70 (0.46)                | -.99     |
| Planeamento da Gravidez        | 1.15 (0.36)                | 1.21 (0.41)                | -.80     |
| Sexo do Bebê                   | 1.75 (0.75)                | 1.68 (0.66)                | -.44     |
| Idade Gestacional (em semanas) | 27.53 (7.79)               | 29.21 (5.96)               | -.84     |

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as duas subamostras no que diz respeito às variáveis referentes à gravidez.

Nas tabelas seguintes são apresentados os resultados referentes à comparação entre o grupo de mulheres grávidas durante a pandemia e o grupo de mulheres grávidas antes da pandemia, quanto à VPN (tabela 5) e VPG (Tabela 6).

#### **Tabela 5.**

*Diferenças entre as subamostras 1 e 2 - EVPNM*

| <b>EVPNM</b>  | <b>Subamostra 1 (n=65)</b> | <b>Subamostra 2 (N=57)</b> | <b>Z</b> |
|---------------|----------------------------|----------------------------|----------|
|               | <i>Média (DP)</i>          | <i>Média (DP)</i>          |          |
| <b>EVPNMT</b> | 57.55 (4.96)               | 56.71 (6.72)               | -.28     |
| QVM           | 4.13 (0.29)                | 4.03 (0.47)                | -.92     |
| TDMVIPM       | 3.51 (0.51)                | 3.51 (0.60)                | -.15     |

Nota. EVPNMT=Valor Total da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna; QVM=Qualidade de Vinculação Materna; TDMVIPM=Tempo despendido no Modo de Vinculação materna ou Intensidade de Preocupação

No que diz respeito à VPN materna, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos de grávidas (durante a COVID-19 e antes), revelando que tanto o valor total, como os dois domínios que compõem a EVPNM não diferem entre as duas subamostras.

**Tabela 6.***Diferenças entre as subamostras 1 e 2 - EAGM*

| <b>EAGM</b>  | <b>Subamostra 1 (n=65)</b> | <b>Subamostra 2 (N=57)</b> | <b>Z</b> |
|--------------|----------------------------|----------------------------|----------|
|              | <i>Média (DP)</i>          | <i>Média (DP)</i>          |          |
| <b>EAGMT</b> | 80.02 (11.69)              | 81.89 (12.81)              | -.32     |
| FI           | 1.27 (0.29)                | 1.39 (0.47)                | -1.29    |
| BM           | 2.14 (0.35)                | 2.16 (0.46)                | -.42     |
| GFMCP        | 1.57 (0.52)                | 1.72 (0.68)                | -1.19    |
| ADGM         | 2.59 (0.55)                | 2.72 (0.56)                | -1.06    |
| RPM          | 1.78 (0.84)                | 1.43 (0.69)                | -1.85    |
| AMC          | 1.44 (0.57)                | 1.521 (0.59)               | -.80     |
| ICND         | 2.20 (0.47)                | 2.197 (0.61)               | -.17     |

Nota. EAGMT=Valor total da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade; FI=Subescala Filho Imaginado; BM=Subescala Boa Mãe; GFMCP=Subescala Gravidez; AGDMP= Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade Relação com a Própria Mãe; AMC=Apoio do Marido/Companheiro; ICND=Imagem Corporal e Necessidade de Dependência

Em relação à VPG, acedida pela EAGM, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras, no resultado total e em qualquer das subescalas (tabela 6).

No que concerne às análises de correlações entre a EVPNM e a EAGM, analisou-se a existência de associações entre ambos os instrumentos, para cada uma das subamostras. As correlações foram realizadas para o total das duas escalas e para as subescalas que as constituem. Os resultados estão patentes na tabela 7.

A análise dos resultados permitiu compreender que, relativamente ao grupo de grávidas durante a COVID-19, se verificou uma associação negativa estatisticamente significativa entre a EVPNM e a subescala AMC da EAGM. No que respeita ao grupo de grávidas prévias à COVID-19, encontraram-se associações negativas e estatisticamente significativas entre a EVPNM e as subescalas BM e RPM da EAGM. Por último, tanto na subamostra 1 como na subamostra 2, foram encontradas associações negativas estatisticamente significativas entre a EAGM e a subescala TDMVIPM da EVPNM, entre a EVPNM e as subescalas GFMCP e FI da EAGM e entre os valores totais das escalas EVPNM e EAGM.

Considerando a revisão bibliográfica realizada, bem como a situação atual de pandemia, e procurando complementar a caracterização das subamostras, exploraram-se também resultados da EVPNM, EAGM e as variáveis, situação económica, número de filhos e trimestres de gravidez.

**Tabela 7.***Correlação entre os resultados de cada domínio da EVPNM e da EAGM para as subamostras 1e 2*

| Variáveis | n  | M  | DP    | 1     | 2 | 3      | 4      | 5      | 6     | 7     | 8      | 9      | 10     | 11     |       |
|-----------|----|----|-------|-------|---|--------|--------|--------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 1. FI     | S1 | 65 | 1.268 | 0.29  | - | .32**  | .39**  | -.09   | .11   | .46** | .22    | -.31*  | -.49** | -.49** | .44** |
|           | S2 | 57 | 1.39  | 0.47  | - | .46**  | .33*   | -.34** | .38** | .45** | .27*   | -.52** | -.35** | -.51** | .52** |
| 2.BM      | S1 | 65 | 2.14  | 0.37  | - | .30*   | .31*   | .33**  | .51** | .24   | .02    | -.32*  | -.23   | .74**  |       |
|           | S2 | 57 | 2.16  | 0.46  | - | .21    | .01    | .19    | .31*  | .23   | -.18   | -.27*  | -.32*  | .55**  |       |
| 3.GFMCP   | S1 | 65 | 1.57  | 0.52  | - | .39**  | .10    | .19    | .39** | -.09  | -.29*  | -.27*  | .65**  |        |       |
|           | S2 | 57 | 1.72  | 0.68  | - | .32*   | .16    | .05    | .48** | -.22  | -.34** | -.29*  | .66**  |        |       |
| 4.ADGM    | S1 | 65 | 2.59  | 0.55  | - | -.07   | -.03   | .48**  | .29*  | -.15  | -.01   | .59**  |        |        |       |
|           | S2 | 57 | 2.72  | 0.56  | - | -.19   | -.26   | .35**  | .43** | -.09  | .16    | .37**  |        |        |       |
| 5.RPM     | S1 | 65 | 1.78  | 0.84  | - | .18    | .06    | -.16   | -.09  | -.16  | -.09   | -.16   | .40**  |        |       |
|           | S2 | 57 | 1.43  | 0.69  | - | .42**  | .17    | -.26   | -.23  | -.28* | -.23   | -.28*  | .47**  |        |       |
| 6.AMC     | S1 | 65 | 1.44  | 0.57  | - | .09    | -.19   | -.23   | -.26* | -.13  | .45**  |        |        |        |       |
|           | S2 | 57 | 1.52  | 0.59  | - | .16    | -.25   | -.02   | -.13  | .45** |        |        |        |        |       |
| 7.ICND    | S1 | 65 | 2.20  | 0.47  | - | -.02   | -.27*  | -.23   | .55** |       |        |        |        |        |       |
|           | S2 | 57 | 2.19  | 0.61  | - | -.21   | -.26   | -.23   | .68** |       |        |        |        |        |       |
| 8.QVM     | S1 | 65 | 4.13  | 0.29  | - | .33**  | .65**  | -.02   |       |       |        |        |        |        |       |
|           | S2 | 57 | 4.03  | 0.47  | - | .36*   | .74*   | -.17   |       |       |        |        |        |        |       |
| 9.IPM     | S1 | 65 | 3.51  | 0.51  | - | .91**  | -.42** |        |       |       |        |        |        |        |       |
|           | S2 | 57 | 3.51  | 0.60  | - | .87*   | -.39** |        |       |       |        |        |        |        |       |
| 10.EVPNMT | S1 | 65 | 5.55  | 4.96  | - | -.35** |        |        |       |       |        |        |        |        |       |
|           | S2 | 57 | 56.71 | 6.72  | - | -.34** |        |        |       |       |        |        |        |        |       |
| 11.EAGMT  | S1 | 65 | 80.02 | 11.69 | - | -      |        |        |       |       |        |        |        |        |       |
|           | S2 | 57 | 81.89 | 12.81 | - | -      |        |        |       |       |        |        |        |        |       |

Nota. EVPNMT=Valor Total Escala de Vinculação Pré-Natal Materna; QVM=Qualidade de Vinculação Materna; TDMVIPM=Tempo despendido no Modo de Vinculação materna ou Intensidade de Preocupação; EAGMT=Valor total Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade; FI=Subescala Filho Imaginado; BM=Subescala Boa Mãe; GFMCP=Subescala Gravidez; AGDMP=Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade Relação com a Própria Mãe; AMC=Apoio do Marido/Companheiro; ICND=Imagem Corporal e Necessidade de Dependência.

\*p < .05. \*\*p < .01.

**Tabela 8**

*Diferenças na EVPNM e na AEGM no que respeita à situação económica – subamostra 1.*

| Variáveis     | Situação Económica           |                             | Z      |
|---------------|------------------------------|-----------------------------|--------|
|               | Favorável                    | Desfavorável                |        |
|               | (n=55)<br><i>Ordem Média</i> | (N=9)<br><i>Ordem Média</i> |        |
| <b>EVPNMT</b> | 33.25                        | 27.94                       | -.794  |
| QVM           | 33.22                        | 28,11                       | -.772  |
| TDMVIPM       | 32.84                        | 30.44                       | -.359  |
| <b>EAGMT</b>  | 32.44                        | 32.89                       | -.068  |
| FI            | 32.40                        | 33.11                       | -.110  |
| BM            | 31.15                        | 40.78                       | -1.448 |
| GFMCP         | 32.71                        | 31.22                       | -.224  |
| ADGM          | 32.92                        | 29.94                       | -.445  |
| RPM           | 32.81                        | 30.61                       | -.334  |
| AMC           | 31.88                        | 36.28                       | -.679  |
| ICND          | 31.38                        | 39.33                       | -1.205 |

Nota. EVPNMT=Valor Total Escala de Vinculação Pré-Natal Materna; QVM=Qualidade de Vinculação Materna; TDMVIPM=Tempo despendido no Modo de Vinculação materna ou Intensidade de Preocupação; EAGMT=Valor Total da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade; FI=Subescala Filho Imaginado; BM=Subescala Boa Mãe; GFMCP=Subescala Gravidez; AGDMP= Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade Relação com a Própria Mãe; AMC=Apoio do Marido/Companheiro; ICND=Imagem Corporal e Necessidade de Dependência.

Não existindo dados para a subamostra 2, foi apenas considerada a subamostra 1 revelando ausência de diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as mulheres que percecionam a sua situação económica como favorável com as que a percecionam como desfavorável, tanto na EVPNM quanto na EAGM e respetivas subescalas.

Relativamente ao número de filhos, comparou-se grávidas nulíparas com múltíparas em cada subamostra, ao nível da EVPNM e da EAGM.

**Tabela 9.***Diferenças na EVPNM e na AEGM no que respeita ao número de filhos – subamostra 1 e 2*

| Variáveis     | Subamostra 1        |                      |          | Subamostra 2        |                      |          |
|---------------|---------------------|----------------------|----------|---------------------|----------------------|----------|
|               | Nulíparas<br>(n=42) | Múltiparas<br>(N=23) | Z        | Nulíparas<br>(n=40) | Múltiparas<br>(N=16) | Z        |
|               | Ordem Média         | Ordem Média          |          | Ordem Média         | Ordem Média          |          |
| <b>EVPNMT</b> | 37.60               | 24.61                | -2.653** | 31.40               | 21.25                | -2.107*  |
| QVM           | 35.93               | 27.65                | -1.709*  | 28.36               | 28.84                | -.101    |
| TDMVIPM       | 37.90               | 24.04                | -2.836** | 32.51               | 18.47                | -2.919** |
| <b>EAGMT</b>  | 31.71               | 35.35                | -0.741   | 26.32               | 35.88                | -1.954   |
| FI            | 28.05               | 42.04                | -2.953** | 27.38               | 33.16                | -1.203   |
| BM            | 33.44               | 32.20                | -.255    | 27.46               | 32.94                | -1.123   |
| GFMCP         | 30.71               | 37.17                | -1.328   | 26.44               | 35.56                | -1.875   |
| ADGM          | 35.64               | 28.17                | -1.527   | 29.65               | 27.34                | -.472    |
| RPM           | 34.37               | 30.50                | -.803    | 25.83               | 37.13                | -2.366*  |
| AMC           | 31.11               | 36.46                | -1.129   | 26.82               | 34.59                | -1.628   |
| ICND          | 34.20               | 30.80                | -.703    | 29.18               | 28.53                | -.134    |

Nota. EVPNMT=Total Escala de Vinculação Pré-Natal Materna; QVM=Qualidade de Vinculação Materna; EAGM=Total Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade; TDMVIPM= Tempo despendido no Modo de Vinculação materna ou Intensidade de Preocupação; EAGMT=Valor Total da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade; FI=Subescala Filho Imaginado; BM=Subescala Boa Mãe; GFMCP=Subescala Gravidez; AGDMP= Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade Relação com a Própria Mãe; AMC=Apoio do Marido/Companheiro; ICND=Imagem Corporal e Necessidade de Dependência.

\*p < .05. \*\*p < .01.

Após análise dos dados da tabela 9 foi possível perceber que existem diferenças significativas entre os dois grupos de mulheres grávidas (nulíparas e múltiparas), em ambas as amostras, ao nível da EVPNM, sendo que em ambas as situações os valores mais elevados encontram-se nas grávidas que não têm filhos. Relativamente às subescalas verificou-se diferenças estatisticamente significativas quanto à QVM, TDMVIPM, FI e RPM. Assim, é visível, primeiramente, que grávidas nulíparas apresentam valores mais elevados nas subescalas QVM e TDMVIPM e valores mais baixos na subescala FI do que as múltiparas, para a subamostra 1. Na subamostra 2 verificou-se que grávidas nulíparas apresentaram valores mais elevados na subescala TDMVIPM e mais baixos na subescala RPM.

Por fim, analisaram-se possíveis diferenças entre os trimestres de gravidez na EVPNM e na EAGM, em cada subamostra.

**Tabela 10.**

*Diferenças na EVPNM e na AEGM no que respeita à idade gestacional – subamostra 1 e 2.*

| Variáveis          | Subamostra 1                    |                                  |                                  | Subamostra 2                    |                                  |                                  | $\chi^2$ |       |
|--------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|-------|
|                    | 1º T<br>(n=3)<br>Ordem<br>Média | 2º T<br>(n=25)<br>Ordem<br>Média | 3º T<br>(n=36)<br>Ordem<br>Média | 1º T<br>(n=1)<br>Ordem<br>Média | 2º T<br>(n=19)<br>Ordem<br>Média | 3º T<br>(n=36)<br>Ordem<br>Média |          |       |
| <b>Total EVPNM</b> | 36.00                           | 32.20                            | 32.42                            | .114                            | 9.50                             | 27.42                            | 29.60    | 1.609 |
| QVM                | 32.00                           | 34.86                            | 30.90                            | .686                            | 9.50                             | 27.50                            | 29.56    | 1.603 |
| TDMVIPM            | 41.17                           | 31.06                            | 32.78                            | .813                            | 12.50                            | 28.32                            | 29.04    | 1.010 |
| <b>EAGMT</b>       | 27.33                           | 26.84                            | 36.86                            | 4.522                           | 41.00                            | 28.55                            | 28.92    | .539  |
| FI                 | 18.00                           | 31.88                            | 34.14                            | 2.268                           | 7.50                             | 28.90                            | 29.65    | 1.799 |
| BM                 | 28.33                           | 29.48                            | 34.94                            | 1.448                           | 4.00                             | 31.03                            | 28.57    | 2.611 |
| GFMCP              | 18.00                           | 30.42                            | 35.15                            | 2.909                           | 57.00                            | 27.50                            | 29.06    | 3.042 |
| ADGM               | 34.00                           | 31.72                            | 32.92                            | .082                            | 45.00                            | 29.08                            | 28.51    | .967  |
| RPM                | 44.00                           | 24.20                            | 37.31                            | 8.798                           | 11.50                            | 27.50                            | 30.32    | 1.578 |
| AMC                | 18.00                           | 31.92                            | 34.11                            | 2.256                           | 9.00                             | 31.43                            | 28.21    | 2.057 |
| ICND               | 37.50                           | 25.68                            | 36.82                            | 5.674                           | 54.50                            | 24.45                            | 30.82    | 4.371 |

Nota. T=Trimestre; EVPNM=Total Escala de Vinculação Pré-Natal Materna; QVM=Qualidade de Vinculação Materna; TDMVIPM= Tempo despendido no Modo de Vinculação materna ou Intensidade de Preocupação; EAGMT=Valor Total da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade; FI=Subescala Filho Imaginado; BM=Subescala Boa Mãe; GFMCP=Subescala Gravidez; AGDMP= Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade Relação com a Própria Mãe; AMC=Apoio do Marido/Companheiro; ICND=Imagem Corporal e Necessidade de Dependência.

Conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativa nas diferentes escalas, tendo em consideração a idade gestacional em trimestres. Este resultado observou-se para as duas subamostras (tabela 10).

#### **4. Discussão**

O presente estudo teve como objetivo central a exploração de questões associadas à VPN e à VPG, tendo em consideração potenciais influências da pandemia COVID-19. A amostra total integrou duas subamostras de mulheres grávidas, das quais 57 vivenciaram a gravidez antes da época COVID-19 e 65 durante e após a fase de confinamento decorrente da pandemia.

Importa referir que os resultados vão ser analisados tendo em conta a cotação das escalas utilizadas, sendo que no que respeita a subescalas da EAGM em particular, valores mais elevados correspondem a vivências menos positivas, com exceção da subescala ADGM. Desta forma, a discussão dos resultados será realizada tendo em conta estes elementos (Camarneiro & Justo, 2010; Xavier et al., 2001).

Ao compararmos os dados referentes às variáveis sociodemográficas e da gravidez entre as duas subamostras, os resultados mostram a ausência de diferenças. Esta informação constitui-se como uma mais valia para a continuação da análise de dados, uma vez que, não sendo estes resultados significativos, qualquer diferença posteriormente encontrada poderia, potencialmente, resultar do impacto da pandemia COVID-19.

Quando exploradas potenciais diferenças entre os grupos de grávidas durante e antes da COVID-19, tanto ao nível da VPN como da VPG e respetivas subescalas, não se encontraram valores significativos. Assim, as hipóteses 1 e 2 são rejeitadas. Tal como Saccone e colaboradores (2020) afirmam, a pandemia COVID-19 tem-se manifestado como um grande risco para a saúde pública, com repercussões físicas e mentais, mais evidentes nos grupos de risco. No caso das grávidas em particular, para além do impacto direto na saúde física e mental (Corbett et al., 2020; Saccone et al., 2020), todas as alterações inerentes às medidas de restrição levaram a uma necessidade de reajustar as vivências da gravidez, bem como, em muitos casos, a relação e proximidade com o bebé no puerpério (OPP, 2020). Os dados obtidos no nosso estudo, podem ter subjacente três razões específicas. Primeiramente, o facto de a gravidez corresponder a um período altamente complexo de mudanças internas e externas (Leal, 2005) pode fazer com que as suas características específicas adquiram grande relevo ao longo do processo gravídico, não permitindo que todas as angústias e preocupações intrínsecas à

pandemia (OPP, 2020) afetem significativamente as representações que a mãe constrói acerca da gravidez e do bebé, assim como a relação precoce estabelecida entre ambos. Como Leal (2005) afirma “*a confirmação da gravidez, sobretudo quando ela foi desejada pelos pais, leva-os a sentimentos de plenitude, onnipotência e consagração do seu amor.*” (p. 329). Outra razão pode prender-se com o acompanhamento médico que foi disponibilizado e devidamente alterado, de forma a garantir a segurança da grávida e do bebé (OPP, 2020). Efetivamente a pandemia obrigou a profundas alterações nos cuidados de saúde, de forma a promover a segurança e qualidade dos cuidados prestados, tendo sido criadas *guidelines* que uniformizam os procedimentos de atendimento e acompanhamento da gravidez, parto e puerpério (DGS, 2020b). Estas alterações, bem como toda a atenção por parte dos profissionais de saúde para com as mulheres grávidas, pode ter contribuído para um aumento da percepção de segurança, minimizando o impacto da pandemia na VPN e na VPG. Nesta linha de pensamento, uma outra potencial justificação para os resultados obtidos, associa-se à quantidade de informação que foi difundida desde o início da pandemia, nos mais diversos meios de comunicação. Assim, pode considerar-se que o acesso a informação fidedigna (divulgada por entidades como a OMS ou a DGS) que engloba causas e consequências da infeção, bem como formas específicas de atuar nas mais diversas situações e circunstâncias, pode ter promovido a literacia em saúde física e mental, manifestando-se na diminuição dos medos e preocupações, assim como numa maior percepção individual de auto-eficácia para lidar com a doença (Jorm, 2012).

Na exploração de associações entre os 2 instrumentos na subamostra 1, confirmou-se que a EVPNM está negativamente correlacionada com a subescala AMC da EAGM, querendo isto dizer que uma maior VPN materna se associa a uma maior valorização do papel/apoio do marido/companheiro. Também a literatura menciona esta relação, afirmando que variáveis conjugais, nomeadamente o suporte e ajustamento, se constituem como fatores de grande influência no vínculo precocemente estabelecido entre a mãe e o bebé (Cataudella et al., 2016; Yu et al., 2012). Uma particularidade observada nos dados do presente estudo prende-se com o facto de apenas se ter verificado esta associação no grupo de grávidas durante a COVID-19. Uma possível explicação pode englobar o facto de as medidas de confinamento terem obrigado a que os casais permanecessem mais tempo juntos e envolvidos no processo gravídico.

No que concerne às correlações verificadas na subamostra 2 foram encontradas associações negativas entre EVPNM e duas subescalas da EAGM: BM e RPM. Concluiu-se, assim, que perante o aumento dos níveis de VPN materna existe um aumento da percepção que a mulher tem de si enquanto mãe ideal. Como Camarheiro (2011) afirma, inúmeros fatores histórico-culturais e desenvolvimentais influem nas representações parentais. Assim, numa fase

muito inicial, ainda prévia à gravidez, a mulher reporta-se à sua infância projetando a mulher grávida que sempre idealizou e que a vai auxiliar na construção da sua identidade enquanto mãe perfeita (Xavier et al., 2001). Mais tarde, já grávida, uma das principais tarefas a desenvolver prende-se com a criação de uma perceção de si enquanto mãe que responde às necessidades do seu filho. Em ambos os momentos, verifica-se um investimento no bebé e no seu papel de mãe que se reflete no desenvolvimento da relação materno-fetal (Camarneiro, 2001; Colman & Colman, 1994). Ainda em relação aos resultados obtidos neste parâmetro, importa salientar que apenas dizem respeito à subamostra 2. Assim, pode-se hipotetizar a influência da COVID-19 enquanto variável moderadora da associação entre a EVPNM e a BM. Importa salientar que os medos e preocupações relacionadas com a saúde da mãe e do bebé, decorrentes da pandemia (OPP, 2020; Corbett et al., 2020) podem contribuir para um aumento da perceção de perda de controlo por parte da mãe, manifestando-se no aumento de inseguranças e/ou na diminuição da perceção da auto-eficácia associada à própria capacidade para proteger o bebé. Em última instância, estas repercussões podem culminar numa alteração das representações que a mãe desenvolve de si enquanto mãe ideal.

Os resultados encontrados para a subamostra 2 revelaram também uma associação negativa entre EVPNM e a RPM. Desta forma, o aumento da VPN associa-se a uma vivência mais positiva da relação da grávida com a própria mãe. Como se viu anteriormente, uma das tarefas principais da gravidez, que contribuem para o estabelecimento de uma relação precoce com o bebé prende-se com o reajustar das relações com a geração parental anterior, particularmente com a própria mãe (Colman & Colman, 1994). Nesta linha de pensamento é importante salientar que as próprias experiências de vinculação marcam não só a gravidez, como também o relacionamento posterior com o bebé que irá nascer (Xavier et al., 2001). Tendo em conta o até agora descrito, considera-se que os resultados referentes a esta associação estão de acordo com a literatura prévia. Por último, é de maior relevância salientar o facto destes resultados apenas terem sido encontrados no grupo de grávidas antes da COVID-19. Tal poderá apontar para uma possível influência da COVID-19 criando circunstâncias que obrigam ao afastamento da mãe derivado das medidas de confinamento e da necessidade de proteção de contágios.

Observando agora as duas subamostras em simultâneo, verificam-se correlações comuns, nomeadamente a associação negativa entre EAGM e a subescala TDMVIPM. Assim sendo, uma VPG mais positiva associa-se a maior intensidade de preocupação materna ou uma maior quantidade de tempo despendido no modo da vinculação. Uma vez que esta subescala se refere à preocupação com o feto e ao tempo despendido a sonhar, pensar, tocar ou falar sobre

ele, pode-se dizer que reproduz, até certo ponto, um investimento emocional materno, investimento este essencial na construção da experiência emocional da progenitora face ao feto e, portanto, das representações em relação à gravidez (Camarneiro & Justo, 2010).

Também se encontram correlações negativas entre a EVPNM e a duas subescalas da EAGM, particularmente a GFMCP e a FI. Através destes resultados percebe-se que maiores níveis de VPN de associam a uma maior valorização das mudanças inerentes à gravidez, bem como um maior investimento nas expectativas e pensamentos acerca do futuro bebé. Este facto é aceite na literatura uma vez que, reforçando o que foi acima mencionado, a gravidez é um período de imensas transformações, inclusive em termos da identidade da mulher e da representação do seu filho, que exigem tempo e investimento por parte da mãe e contribuem para a adaptação à maternidade e ao bebé real que irá nascer, bem como para o estabelecimento da VPN (Camarneiro, 2011).

Por último, e ainda relativamente aos valores comumente encontrados nas duas subamostras, verifica-se uma associação negativa entre os valores totais das duas escalas. Assim, maiores níveis de VPN materna associam-se a uma VPG mais positiva, pautada pelo envolvimento emocional. Também esta associação tem vindo a ser referida por outros autores que afirmam que a VPG se traduz em comportamentos e envolve expectativas e atitudes ao longo de todo o processo gravídico, que são fundamentais para o desenvolvimento de modelos de interação, refletindo-se no estabelecimento precoce do vínculo mãe-bebé (e.g., Xavier et al., 2001).

Assim, tendo em conta os resultados descritos e discutidos, as hipóteses 3 e 4 são parcialmente aceites: para avaliar a VPNM e a VPG utilizou-se 2 instrumentos e as respetivas subescalas e valores totais tendo sido encontradas associações entre alguns destes resultados e noutros não, na subamostra 1(H3) e na subamostra 2 (H4).

Como análises complementares, optou-se por um olhar mais detalhado sobre algumas variáveis sociodemográficas, como a situação económica e da gravidez, como o número de filhos e a idade gestacional. Relativamente à situação económica percebeu-se a ausência de diferenças ao nível da EVPNM e da EAGM entre mulheres que percecionaram a sua situação económica como favorável e as que a percecionaram como desfavorável. Esta análise foi efetuada para a subamostra de grávidas durante a pandemia, considerando que poderia existir a hipótese de as repercussões económicas da COVID-19, nomeadamente o aumento de desemprego (Nicola et al., 2020), se manifestarem em termos da vivência da gravidez e, da relação entre a mãe e o seu filho. Tal como a literatura evidencia, um baixo estatuto socioeconómico pode influir na vinculação pré-natal (Camarneiro, 2011; Camarneiro & Justo;

2017), bem como se repercutir em estados emocionais negativos ao longo do processo gravídico, afetando a vivência da grávida acerca do mesmo (Séguin et al.,1995). Dado que no presente estudo estes resultados não se verificaram, dever-se-á primeiramente considerar-se o número baixo de grávidas que descrevem situação económica como desfavorável. De seguida, poder-se-á hipotetizar, por um lado, que a amostra integra mulheres que não sofreram alterações na situação económica decorrente da pandemia ou que essas alterações ainda não foram sentidas, uma vez que se tendem a manifestar a longo prazo e, por outro, que mulheres com estatuto socioeconómico menos favorável têm um acesso mais limitado à *internet*, levando a um enviesamento da amostra.

Atentando ao número de filhos, tal como em investigações prévias (Camarneiro, 2010; Camarneiro & Justo, 2017), verificaram-se diferenças entre grávidas nulíparas e múltíparas, no que respeita à VPN materna, em ambas as subamostras. Assim sendo, a vinculação mostra-se acrescida em grávidas nulíparas face às múltíparas, o que pode estar associado ao facto de numa primeira gravidez existirem mais expectativas por parte da mãe, em relação ao bebé e à sua capacidade de representar o seu papel de mãe (Xavier et al., 2001). O facto de este resultado se manifestar em ambas as subamostras pode indiciar que a situação COVID-19 não se mostrou como um fator significativo, no que à VPN diz respeito. Por seu turno, Camarneiro e Justo (2012) consideraram que, no conjunto das variáveis da vinculação (Valor total, QVM, TDMVIPM), mulheres nulíparas e múltíparas se vinculavam ao feto de forma semelhante. Apesar destes resultados, os mesmos autores analisaram as subescalas individualmente, concluindo que o TPMVIPM e a Vinculação Global apresentavam valores significativamente mais elevados em nulíparas. Estes resultados vão de encontro aos do presente estudo, para a subamostra 2. O facto de nesta subamostra a QVM não apresentar diferenças significativas poderá indicar que, independentemente do número de filhos a mulher mantém o investimento em experiências afetivas, sentimentos de ternura e momentos prazerosos e de proximidade com o feto (Camarneiro & Justo, 2010).

Relativamente à subamostra COVID-19, compreendeu-se que a vinculação, tanto total como nas subescalas, é superior em grávidas nulíparas do que múltíparas. Assim, no que respeita à VPN total e ao TDMVIPM verifica-se uma estabilidade entre as duas subamostras e, portanto, a potencial não influência da pandemia. No que concerne à QVM, uma vez que apenas existem diferenças na subamostra 1, pode-se considerar que o facto de as mulheres estarem sujeitas às medidas de confinamento as permitiu ter mais tempo para investir na relação afetiva e na proximidade com o seu filho.

No que respeita às subescalas da EAGM, concluiu-se que tanto a FI como a RPM são superiores em grávidas múltiparas, ou seja, mulheres que já têm filhos tendem a apresentar menos investimento nestas dimensões do que grávidas nulíparas. Este facto foi também observado em estudos prévios que os sustentaram com o impacto que a experiência psicológica de uma primeira gravidez tem face a gravidezes subsequentes (Meireles & Costa, 2005).

Por último, abordando a idade gestacional, vários autores acreditam ser o principal fator relacionado com a vinculação pré-natal materna, sendo que referem que o aumento desta decorre em concomitância com o aumento da idade gestacional (Camarneiro & Justo, 2017; Figueiredo, 2007). No presente estudo estes resultados não se verificaram, não se tendo encontrado diferenças ao nível da EVPNM em ambas as amostras. Quanto aos valores da EAGM, também não são diferentes considerando os 3 trimestres, em ambas as subamostras, o que neste caso está de acordo com outros trabalhos em que se utilizou o instrumento (e.g., Xavier, Dias & Martins, artigo em preparação).

Tendo em conta o tamanho das duas subamostras, principalmente no primeiro trimestre, parece-nos ser necessária alguma prudência na valorização destes resultados. Estudos com maiores amostras poderão vir a ser de grande importância para maior compreensão desta dimensão e de outras abordadas neste estudo exploratório.

### **Conclusão**

O presente estudo de cariz exploratório pretendeu aprofundar conhecimentos acerca do potencial impacto da atual pandemia COVID-19 nas mulheres grávidas portuguesas, atribuindo especial enfoque à VPG e à VPN materna. Estudos prévios mostraram o impacto de surtos pandémicos passados na saúde física e mental das grávidas (Lam et al., 2004) e investigações recentes sugerem a importância de olhar para esta população em particular (Corbett et al., 2020; Mullins et al., 2020). Tanto quanto é do nosso conhecimento, este estudo é o primeiro com esta temática específica e os dados obtidos apontam para o que poderíamos descrever como um “encapsular” da VPG e da VPN face às circunstâncias pandémicas - as suas características particulares descritas no ponto I do trabalho parecem não ser invadidas pelas circunstâncias associadas à pandemia. Poderemos sugerir que os cuidados (das redes sociais próximas das grávidas, dos Cuidados de Saúde Públicos e da sociedade em geral) que acompanham estas gravidezes durante a pandemia, embora diferentes, foram ajustados às necessidades e anseios das grávidas. No entanto, a exploração destes elementos necessitará de investigação posterior, nomeadamente integrando grávidas que não representem os CSP.

Esta investigação apresentou algumas particularidades, nomeadamente pelo facto de a recolha de dados ter sido realizada à distância. A opção por este método de recolha apresentou inúmeras vantagens, nomeadamente em termos de diminuição de tempo, custos e carga administrativa e da possibilidade de aumentar a amostra, alargando as áreas de divulgação de forma a conseguir chegar ao máximo de grávidas portuguesas (Pinheiro & Silva, 2004; Terluin et al., 2018). Relativamente a este aspeto importa referir que, para além do recurso a meios digitais, a divulgação informal através da rede de contactos da equipa de investigação também se mostrou um meio útil de recolha de dados. Apesar disto, deparamo-nos com uma amostra de tamanho limitado, o que se constituiu como a principal limitação identificada.

Apesar dos resultados deste estudo não indicarem a COVID-19 como um fator influente na VPN e na VPG, enfatiza-se a necessidade de dar continuidade a investigações neste âmbito, particularmente nestes dois aspetos, pois considera-se que consequências nestes domínios se poderão repercutir no desenvolvimento posterior da criança que virá a nascer (Le Bas et al., 2019; Spinner, 1978). Assim, conhecer mais acerca deste tema, bem como adotar uma visão mais abrangente que integre outras dimensões, constitui-se como uma mais valia em termos de investigação e intervenção, destacando-se a necessidade de evitar/prevenir situações negativas na pandemia atual, bem como noutras que futuramente possam surgir.

## Referências

- Almeida, L.S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Psiquilíbrios (5ª Edição).
- Austin, P. (2020, Março 27). We're online more than ever right now. Can the internet keep up?. *Times Magazine*. <https://time.com/5810991/internet-coronavirus/>
- Borges, B. (2019). *Vivência psicológica da gravidez e vinculação pré-natal materna numa amostra de utentes dos cuidados de saúde primários*. (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.
- Booth-Kewley, S., Larson, G. E., & Miyoshi, D. K. (2007). Social desirability effects on computerized and paper-and-pencil questionnaires. *Computers in Human Behavior*, 23(1), 463-477. <http://doi.org/10.1016/j.chb.2004.10.020>
- Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health*, 27(3), 281-291. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdi031>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*, 22(6), 723-742.
- Camarneiro, A. (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 Douturamento). Universidade de Lisboa.
- Camarneiro, A., & Justo, J. (2017). Prenatal attachment and sociodemographic and clinical factors in Portuguese couples. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(3), 212-222. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1297889>
- Camarneiro, A., & Justo, J., (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 centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-21.
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Quarteto Editora.
- Cataudella, S., Lampis, J., Busonera, A., Marino, L., & Zavattini, G. C. (2016). From parental-fetal attachment to a parent-infant relationship: a systematic review about prenatal protective and risk factors. *Life Span and Disability*, 19(2), 185-219.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez - a experiência psicológica*. Colibri Company.

- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 167-183. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x>
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359-372. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x>
- Corbett, G. A., Milne, S. J., Hehir, M. P., Lindow, S. W., & O'connell, M. P. (2020). Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 249, 96-97. <http://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.022>
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 30(5), 281-284. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>
- Dayton, C. J., Brown, S., Goletz, J., Hicks, L., Barron, C., Sperlich, M., & Smith-Darden, J. (2019). Pathways to parenting: Predictors of prenatal bonding in a sample of expectant mothers and fathers exposed to contextual risk. *Journal of Child and Family Studies*, 28(4), 1134-1144. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01343-6>
- Direção Geral de Saúde. (2015, Novembro). *Plano Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2020a, Junho). *Ponto de Situação Atual de Portugal*. <https://covid19.min-saude.pt/>
- Direção Geral de Saúde. (2020b, Março). *COVID-19: gravidez e parto*. <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/06/i026356.pdf>
- Figueiredo & Costa (2009). Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Archives of women's mental health*, 12, 143-153. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0059-4>
- 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. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730307.pdf>
- 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

<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1258/1/DM%20FIGU-MI1.pdf>

- Gnambs, T., & Kaspar, K. (2017). Socially desirable responding in web-based questionnaires: A meta-analytic review of the candor hypothesis. *Assessment, 24*(6), 746-762. <https://doi.org/10.1177/1073191115624547>
- Gwaltney, C. J., Shields, A. L., & Shiffman, S. (2008). Equivalence of electronic and paper-and-pencil administration of patient-reported outcome measures: a meta-analytic review. *Value in health, 11*(2), 322-333. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00231.x>
- Jorm, A. (2012). Mental Health Literacy: empowering the community to take action for action for better mental health. *American Psychologist, 67*(3), 231-43. <http://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kinsey, C., & Hupcey, J. (2013). State of the science of maternal–infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery, 29*(12), 1314-1320. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.019>
- Király, O., Potenza, M. N., Stein, D. J., King, D. L., Hodgins, D. C., Saunders, J. B., Griffiths, ... & Demetrovics, Z. (2020). Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. *Comprehensive Psychiatry, 100*, 152180. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152180>
- Klauss, M. & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: The C. V. Mosby
- Lam, C. M., Wong, S. F., Leung, T. N., Chow, K. M., Wong, T. Y., Lai, S. T., & Ho, L. C. (2004). A case-controlled study comparing clinical course and outcomes of pregnant and non-pregnant women with severe acute respiratory syndrome. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 111*(8), 771-774. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00199.x>
- Le Bas, G. A., Youssef, G. J., Macdonald, J. A., Rossen, L., Teague, S. J., Kothe, E. J., McIntosh, J. E., Olsson, C. A., & Hutchinson, D. M. (2019). The role of antenatal and postnatal maternal bonding in infant development: A systematic review and meta-analysis. *Social Development, 29*(1), 3-20. <https://doi.org/10.1111/sode.12392>
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Fim de Século.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios Edições.

- 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 bebé. *Psicologia*, 18(2), 75-98. <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v18i2.431>
- Muehlhausen, W., Doll, H., Quadri, N., Fordham, B., O'Donohoe, P., Dogar, N., & Wild, D. J. (2015). Equivalence of electronic and paper administration of patient-reported outcome measures: a systematic review and meta-analysis of studies conducted between 2007 and 2013. *Health and quality of life outcomes*, 13(167), 1-20. <http://doi.org/10.1186/s12955-015-0362-x>
- Muller, M. (1993). Development of a prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199-215. <https://doi.org/10.1177/019394599301500205>
- Muller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(2), 161-166. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02420.x>
- Mullins, E., Evans, D., Viner, R. M., O'Brien, P., & Morris, E. (2020). Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 55(5), 586-592. <https://doi.org/10.1002/uog.22014>
- Newell, D., Diment, E., & Bolton, J. E. (2016). An electronic patient-reported outcome measures system in UK chiropractic practices: a feasibility study of routine collection of outcomes and costs. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 39(1), 31-41. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2015.12.001>
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: a review. *International Journal of Surgery*, 78, 185-193. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>
- Office of Communications. (2019). *Adults: Media use and attitudes report*. [https://www.ofcom.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0021/149124/adults-media-use-and-attitudes-report.pdf](https://www.ofcom.org.uk/_data/assets/pdf_file/0021/149124/adults-media-use-and-attitudes-report.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Recomendações para a intervenção psicológica durante a gravidez e puerpério*. Documentos de Apoio à Prática Opp: Covid-19. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/intervencaoopsicologica\\_gravidez\\_puerperio.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/intervencaoopsicologica_gravidez_puerperio.pdf)
- Pedro, J. G. (1985). *A relação mãe-filho: influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Casa da Moeda.

- Pinheiro, A., & Silva, B. (2004). *A Estruturação do Processo de Recolha de Dados On-Line. In Actas da X Conferência Internacional Avaliação Psicológica, Formas e Contextos.* Braga: Psiquilíbrios Edições, pp. 522-529.  
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7147/1/A%20Estrutura%20a7%20do%20processo%20de%20recolha%20de%20dados%20on-line.pdf>
- Ramalho, C. (2020). COVID na gravidez, o que sabemos? [Editorial]. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 14(1), 6-7.  
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v14n1/v14n1a01.pdf>
- Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., Olsson, C. A., Allsop, S., Elliott, E., Jacobs, S., Macdonald, J., & Mattick, R. P. (2016). Predictors of postnatal mother-infant bonding: the role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health. *Archives of women's mental health*, 19(4), 609–622. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0602-z>
- Saccone, G., Florio, A., Aiello, F., Venturella, R., De Angelis, M. C., Locci, M. ... & Sardo, A. D. S. (2020). Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1-3.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.003>
- Séguin, L., Potvin, L., Denis, M. S., & Loiselle, J. (1995). Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 85(4), 583-589.  
[https://doi.org/10.1016/0029-7844\(94\)00449-N](https://doi.org/10.1016/0029-7844(94)00449-N)
- Seng, J. S., Oakley, D. J., Sampsel, C. M., Killion, C., Graham-Bermann, S., & Liberzon, I. (2001). Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 17-22. [http://doi.org/10.1016/S0029-7844\(00\)01097-8](http://doi.org/10.1016/S0029-7844(00)01097-8)
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação.* Psiquilíbrios.
- Spinner, M. (1978). Maternal-infant bonding. *Canadian Family Physician*, 24, 1151-1153.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2379718/>
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy.* Karnac Books.
- Terluin, B., Brouwers, E. P., Marchand, M. A., & de Vet, H. C. (2018). Assessing the equivalence of Web-based and paper-and-pencil questionnaires using differential item and test functioning (DIF and DTF) analysis: a case of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ). *Quality of Life Research*, 27, 1191-1200.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-018-1816-5>

- The Marcé Society. (2002). Quando a vida não escolhe tempo para nascer (VIDA). Recomendações do Grupo de Língua Portuguesa da Sociedade Marcé Internacional para a Saúde Mental Perinatal. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/programa\\_vida.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/programa_vida.pdf)
- van Gelder, M. M., Bretveld, R. W., & Roeleveld, N. (2010). Web-based questionnaires: the future in epidemiology? *American Journal of Epidemiology*, 172(11), 1292–1298. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq291>
- Winnicott, D. W. (1956). Primary Maternal Preoccupation. In D. W. Winnicott (Ed.), *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: Collected Papers*. (pp. 300-305). Routledge
- World Health Organization (2020, Junho). *Situation by WHO Region*. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>
- Wright, B., & Edginton, E. (2016). Evidence-based parenting interventions to promote secure attachment: findings from a systematic review and meta-analysis. *Global Pediatric Health*, 3, 1-14. <https://doi.org/10.1177/2333794X16661888>
- Wu, Y., Zhang, C., Liu, H., Duan, C., Li, C., Fan, J. ... Huang, H. (2020). Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.009>
- 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). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.
- Xavier, M. R., Paúl, M. C., & Sousa, L. (2001). Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM (Cedido pelos autores).
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7, 228-229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International journal of nursing studies*. *International Journal of Nursing Studies* 46(5), 708-715. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013>
- Yu, C. Y., Hung, C. H., Chan, T. F., Yeh, C. H., & Lai, C. Y. (2012). Prenatal predictors for father–infant attachment after childbirth. *Journal of clinical nursing*, 21(11-12), 1577-1583. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04003.x>

# **Anexos**

**Anexo 1 – Valores de consistência Interna EAGM – Subamostras 1 e 2**

| <b>Escalas Amostra 1</b> | <b><i>M</i></b> | <b><i>DP</i></b> | <b><i>α de Cronbach</i></b> |
|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------------------|
| <b>EAGMT</b>             | 80.02           | 11.69            | .83                         |
| FI                       | 8.88            | 2.01             | .63                         |
| BM                       | 19.28           | 3.30             | .56                         |
| GFMCP                    | 9.41            | 3.11             | .81                         |
| ADGM                     | 20.75           | 4.43             | .68                         |
| RPM                      | 7.11            | 3.34             | .92                         |
| AMC                      | 5.77            | 2.28             | .84                         |
| ICND                     | 8.82            | 1.89             | .37                         |

| <b>Escalas Amostra 2</b> | <b><i>M</i></b> | <b><i>DP</i></b> | <b><i>α de Cronbach</i></b> |
|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------------------|
| <b>EAGMT</b>             | 81,95           | 12,92            | .77                         |
| FI                       | 9.79            | 3,29             | .81                         |
| BM                       | 19.55           | 4.10             | .66                         |
| GFMCP                    | 10.32           | 4.10             | .65                         |
| ADGM                     | 21.77           | 4.51             | .52                         |
| RPM                      | 5.70            | 2.76             | .19                         |
| AMC                      | 6.09            | 2.39             | .78                         |
| ICND                     | 8.79            | 2.43             | .59                         |

**Anexo 2 – Valores de consistência Interna EVPNM – Subamostras 1 e 2**

| <b>Escalas Amostra 1</b> | <b><i>M</i></b> | <b><i>DP</i></b> | <b><i>α de Cronbach</i></b> |
|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------------------|
| EVPNMT                   | 57.62           | 4.99             | .58                         |
| QVM                      | 33.08           | 2.33             | .37                         |
| IPM                      | 24.57           | 3.64             | .47                         |

| <b>Escalas Amostra 2</b> | <b><i>M</i></b> | <b><i>DP</i></b> | <b><i>α de Cronbach</i></b> |
|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------------------|
| EVPNMT                   | 57.24           | 6,07             | .69                         |
| QVM                      | 32.53           | 3.04             | .64                         |
| IPM                      | 24.62           | 4.24             | .58                         |

## Anexo 3 – Questionário da Recolha de Dados

05/07/2020

Vinculação Pré-Natal nas Mulheres em Portugal

# Vinculação Pré-Natal nas Mulheres em Portugal

## Consentimento Informado

No âmbito da minha dissertação de Mestrado, a decorrer na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto, sob a orientação da Professora Doutora Maria Raul Xavier, encontro-me a recolher dados acerca da Vinculação Materna Pré-Natal.

Desta forma, se está GRÁVIDA e é PORTUGUESA, solicito a sua colaboração, através do preenchimento dos questionários que se seguem. Tal terá uma duração média de 15 minutos, sendo que os dados recolhidos se destinam unicamente para fins de investigação e, portanto, serão tratados de acordo com os princípios do anonimato e da confidencialidade em vigor, não sendo pedido qualquer tipo de identificação aos participantes.

Importa ainda referir que a sua participação é voluntária. Deste modo, pode desistir a qualquer momento se assim o entender, não se presumindo qualquer prejuízo ou benefício decorrente da participação.

Sublinho que todas as questões se referem à sua experiência pessoal, não existindo respostas certas ou erradas. Deste modo, apelo à máxima sinceridade e seriedade possível.

No caso de existirem questões adicionais, deverão ser endereçadas para a seguinte morada de correio eletrónico [projeto.vinculacaomaterna@gmail.com](mailto:projeto.vinculacaomaterna@gmail.com)

**\*Obrigatório**

### 1. Aceitação de participação \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Declaro que tomei conhecimento e compreendi os termos de apresentação e participação da investigação, acima mencionados. Estou ciente de que os dados recolhidos apenas serão utilizados para fins de investigação, sendo sempre garantido o anonimato e a confidencialidade dos mesmos. Deste modo, consinto a participação no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações por mim prestadas, sejam utilizadas nesta investigação.

## Dados Individuais

### 2. Idade \*

---

## 3. Nacionalidade \*

*Marcar apenas uma oval.*

Portuguesa

Outra

## 4. Escolaridade \*

*Marcar apenas uma oval.*

1º Ciclo Ensino Básico

2º Ciclo Ensino Básico

3º Ciclo Ensino Básico

Ensino Secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

## 5. Estado Civil \*

*Marcar apenas uma oval.*

Casada

União de Facto

Solteira

Divorciada

Viúva

## 6. Situação Profissional \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca trabalhou
- Desempregada
- Reformada
- Atividade Doméstica
- Estudante
- Empregada

## 7. Caso se encontre empregada, indique a sua profissão

\_\_\_\_\_

## 8. Caso se encontre empregada, indique o vínculo Laboral

*Marcar apenas uma oval.*

- Efetiva
- Contrato de trabalho
- Trabalho temporário

## 9. Fonte de rendimento \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Salário mensal
- Salário quinzenal ou diário
- Subsídios ou pensões
- Honorários de profissão liberal
- Rendimentos pessoais/familiares

10. Considera que a situação económica do seu agregado familiar é adequada/favorável? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

11. Local de residência (Distrito) \*

\_\_\_\_\_

12. Número de filhos (sem contar com a gravidez atual) \*

\_\_\_\_\_

13. Número de gravidezes (sem contar com a gravidez atual) \*

\_\_\_\_\_

14. Tempo da gravidez atual (em semanas) \*

\_\_\_\_\_

15. A gravidez foi planeada? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## 16. Acompanhamento médico da gravidez \*

Marcar apenas uma oval.

- Centro de Saúde (Serviços de saúde pública)
- Médico Particular (Medicina Privada)
- Ambos

## 17. Pretende frequentar/frequenta Curso Preparação para o Parto? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

## 18. Sexo do bebé \*

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino
- Não sei

Escala de Atitudes  
sobre a Gravidez e a  
Maternidade - EAGM  
(Xavier, Paúl, & Sousa,  
2001)

Por favor, leia atentamente as afirmações que se seguem e responda rapidamente, de acordo com a primeira ideia que lhe ocorrer. Note que não há respostas certas ou erradas, é apenas uma questão de opinião.  
Selecione a opção que corresponde à sua opinião, sendo que: 1- sempre; 2- muitas vezes; 3- poucas vezes; 4- nunca

## 19. 1. Penso que vou ser uma boa mãe \*

Marcar apenas uma oval.

- |        |                       |                       |                       |                       |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

20. 2. Com a gravidez sinto-me mais responsável \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

21. 3. A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

22. 4. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais apoio \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

23. 5. Considero a minha própria mãe como uma verdadeira amiga \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

24. 6. Imagino-me a brincar com o meu filho \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

25. 7. O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

26. 8. Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspecto \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

27. 9. Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

28. 10. Desde que estou grávida que me sinto mais próxima do meu marido/companheiro \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

29. 11. Imagino-me a passear com o bebé ao colo \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

30. 12. Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

31. 13. A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

32. 14. Estar grávida é um enorme desgaste psicológico \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        |                       |                       |                       |                       |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

33. 15. O meu marido/companheiro tem ajudado durante a gravidez \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        |                       |                       |                       |                       |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

34. 16. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        |                       |                       |                       |                       |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

35. 17. Tenho pensado no futuro do meu bebé \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        |                       |                       |                       |                       |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

36. 18. Uma criança põe uma mulher nervosa se esta tiver que estar com ela todo o dia \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

37. 19. Ter filhos altera a vida de uma mulher \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

38. 20. O pai não é importante para ajudar a criar o seu filho \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

39. 21. Desde que estou grávida sinto que o meu marido/companheiro compreende as minhas necessidades \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

40. 22. Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

41. 23. Uma boa mãe afasta as crianças das dificuldades da vida \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

42. 24. Este bebé vai alterar a minha vida \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

43. 25. O apoio do meu marido / companheiro tem sido muito importante durante a gravidez \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

44. 26. Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

45. 27. É importante ser eu a ensinar o meu filho a usar o bacio \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

46. 28. A gravidez faz-me sentir importante \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

47. 29. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

48. 30. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        |                       |                       |                       |                       |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

49. 31. Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        |                       |                       |                       |                       |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

50. 32. As avós têm mais tempo para olhar pelas crianças \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        |                       |                       |                       |                       |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

51. 33. Estar grávida é um enorme desgaste físico \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        |                       |                       |                       |                       |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

52. 34. Preocupo-me com a capacidade do meu marido/companheiro lidar com o bebé \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

53. 35. A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

54. 36. Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

55. 37. A minha mãe não me ajudou tanto quanto eu necessitava \*

Marcar apenas uma oval.

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

56. 38. Tenho pensado que depois do bebé nascer a minha vida vai mudar \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

57. 39. Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

58. 40. Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

59. 41. Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente \*

*Marcar apenas uma oval.*

|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

## 60. 42. A minha mãe fazia-me mimos \*

Marcar apenas uma oval.

|        |                       |                       |                       |                       |       |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
|        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |       |
| Sempre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nunca |

Escala de Vinculação  
Pré-Natal Materna -  
EVPNM (Camarneiro  
&Justo, 2007)

As questões que se seguem referem-se aos seus pensamentos e sentimentos acerca do bebé em desenvolvimento. Por favor, assinale apenas uma resposta para cada questão.

## 61. 1. Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebé que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele: \*

Marcar apenas uma oval.

- Quase sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Nem por isso

## 62. 2. Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram: \*

Marcar apenas uma oval.

- Muito fracos ou inexistentes
- Bastante fracos
- Entre fortes e fracos
- Bastante fortes
- Muito fortes

63. 3. Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito positivos  
 Sobretudo positivos  
 Uma mistura de positivos e de negativos  
 Sobretudo negativos  
 Muito negativos

64. 4. Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento. Este desejo é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito fraco ou inexistente  
 Bastante fraco  
 Nem forte nem fraco  
 Moderadamente forte  
 Muito forte

65. 5. Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebé em desenvolvimento no meu útero: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase sempre  
 Com muita frequência  
 Frequentemente  
 Ocasionalmente  
 Nem por isso

66. 6. Nas duas últimas semanas, eu penso no bebé em desenvolvimento, principalmente como: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Uma verdadeira pessoa pequenina com características especiais
- Um bebé como qualquer outro bebé
- Um ser humano
- Uma coisa viva
- Uma coisa ainda não completamente viva

67. 7. Nas duas últimas semanas, senti que o bebé que está dentro do meu útero, depende de mim para o seu bem estar: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Totalmente
- Em grande parte
- Moderadamente
- Ligeiramente
- Nem por isso

68. 8. Nas duas últimas semanas, dei por mim a falar para o meu bebé quando estou sozinha: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nem por isso
- De vez em quando
- Frequentemente
- Com muita frequência
- Quase sempre quando estou sozinha

69. 9. Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que tenho dentro de mim ou falo para ele, os meus pensamentos: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- São sempre ternos e carinhosos
- São principalmente ternos e carinhosos
- São uma mistura de ternura e irritação
- Contêm uma certa dose de irritação
- Contêm muita irritação

70. 10. A imagem que eu tenho da aparência do bebé dentro do meu útero, neste momento é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito clara
- Bastante clara
- Bastante vaga
- Muito vaga
- Não faço a mínima ideia

71. 11. Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que trago no meu ventre, os meus sentimentos são: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito tristes
- Moderadamente tristes
- Uma mistura de felicidade e tristeza
- Moderadamente felizes
- Muito felizes

72. 12. Algumas mulheres grávidas, às vezes, ficam tão irritadas com o bebé que trazem no seu ventre que sentem como se tivessem vontade de magoá-lo ou castigá-lo: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Eu não consigo imaginar que alguma vez pudesse sentir-me assim
- Eu posso imaginar que por vezes poderia sentir-me assim, mas na verdade eu nunca senti isso
- Eu própria me senti assim uma ou duas vezes
- Eu própria me senti assim ocasionalmente
- Eu própria me senti assim muitas vezes

73. 13. Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Emocionalmente muito distante do meu bebé
- Emocionalmente um pouco distante do meu bebé
- Emocionalmente não muito próxima do meu bebé
- Emocionalmente bastante próxima do meu bebé
- Emocionalmente muito próxima do meu bebé

74. 14. Nas duas últimas semanas, tive cuidado com aquilo que comi para me certificar que o bebé recebe uma boa dieta: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- De forma alguma
- Uma ou duas vezes quando comia
- Ocasionalmente quando comia
- Bastante frequentemente quando comia
- Sempre que comia

75. 15. Quando vir o meu bebé pela primeira vez depois de nascer, espero sentir: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Um afecto intenso
- Principalmente afecto
- Desagrado perante um ou dois aspectos do bebé
- Desagrado acerca de vários aspectos do bebé
- Sobretudo desagrado

76. 16. Quando o meu bebé nascer, eu gostaria de pegar nele: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Imediatamente
- Depois de ter sido embrulhado numa manta
- Depois de ter sido lavado
- Umás horas mais tarde para as coisas acalmarem
- No dia seguinte

77. 17. Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebé: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nem por isso
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Quase todas as noites

78. 18. Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a mão a minha barriga no sítio onde o bebé se encontra: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muitas vezes ao dia  
 Pelo menos uma vez por dia  
 Ocasionalmente  
 Apenas uma vez  
 Nem por isso

79. 19. Se a gravidez se perdesse neste momento (espontaneamente ou devido a qualquer acidente) sem disso resultar dor ou lesão para mim, penso que iria sentir-me: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito satisfeita  
 Moderadamente satisfeita  
 Neutra (nem triste nem satisfeita, ou mistura de sentimentos)  
 Moderadamente triste  
 Muito triste

Obrigada pela sua participação!

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários