

1120

DM  
FIGU/MI.

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA  
ÁREA DE PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DA PARENTALIDADE**

**Tese de Mestrado**

Vinculação pré-natal: estudo da ligação emocional ao bebé  
em mulheres e homens grávidos

**Margarida Inês das Neves Logrado de Figueiredo**



2007

ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
C.  
Página: 17847  
Data: 24/11/08

Dissertação de Mestrado realizado sob a orientação da professora Doutora Isabel Leal e apresentado no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de mestre, na especialidade de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade conforme a Portaria N° 842 /2005 de 19 de Setembro para dar satisfação ao ponto “b” do N° 2 do Art.º 5 do Decreto – Lei N° 216 /92 de 13 de Outubro.

A concretização deste projecto-sonho deu lugar a inúmeros espaços de partilha de conhecimentos, de trocas de ideias e, sobretudo a contextos onde a possibilidade de um envolvimento emocional teve lugar e impulsionou a chegada ao fim. Para todos aqueles que comigo colaboraram aqui deixo um grande agradecimento.

Em primeiro lugar, e de forma muito especial, agradeço à Professora Doutora Isabel Leal pela orientação concedida, e pela partilha de novos conhecimentos que sempre promovem em mim um enriquecimento pessoal e profissional.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo que me continuam a dar na realização de novos projectos, mas em especial ao meu pai pela sua participação activa, nomeadamente na organização da base de dados.

Ao Luís, pelas horas de retirada e ausência e pelo facto de aceitar os meus outros envolvimento com paciência.

A todos os meus amigos, mas muito em particular à Dr.<sup>a</sup> Vera Ramos por todas as horas de preciosa disponibilidade na elaboração deste projecto.

À Dr.<sup>a</sup> Patrícia Ferreira pela ajuda concedida no tratamento estatístico dos dados, bem como a todos os técnicos que me apoiaram na recolha mesmos.

A todos as grávidas e grávidos que aceitaram colaborar, um forte muito obrigada, já que sem os mesmos nada teria sido possível.

## RESUMO

A gravidez é uma experiência única que corresponde a uma fase de mudança e de enriquecimento no ciclo de vida de um casal e de uma família. No seu decurso, os pais adquirem novos conhecimentos e competências que os preparam para a transição que vai ocorrer nas suas vidas: a possibilidade de se tornarem pais. Durante este tempo uma nova ligação se vai delineando e intensificando, num cruzamento de ritmos e numa troca de sinais, num conjunto de investimentos afectivos e numa vivência de representações. Trata-se da ligação afectiva da mãe e, também, do pai ao feto, que tem sido reconhecida como um dos processos mais importantes deste tempo, com base na qual se desenvolvem pensamentos e sentimentos em relação ao filho que vai nascer.

Esta ligação tem sido alvo de interesse por parte de alguns autores que a procuram conhecer e definir. Surgem conceitos como *ligação materno-fetal* (Mendes, 2002), *maternal-fetal attachment* (Cranley, 1981) ou *antenatal attachment* (Condon, 1993), que reflectem comportamentos representativos de um vínculo afectivo e que falam deste vínculo como a forma mais precoce e mais básica da intimidade humana (Condon & Corkindale, 1997). No entanto, a tónica tem sido sobretudo colocada no estudo das mães e menos dos pais.

Partilhamos deste interesse na exploração e aprofundamento desta ligação emocional ao feto, não só no caso das mães mas também em relação aos pais. Deste modo, e tendo em conta que são escassas as investigações a nível nacional que se debruçam sobre o tema, sobretudo com o grupo de pais, e, também, pelo facto de não terem sido encontrados no nosso país trabalhos neste campo com amostras de risco, procuramos com o presente trabalho conhecer as características da *vinculação pré-natal* em mães e em pais, que se enquadram numa condição gravídica normal ou com algum risco associado, assim como avaliar os factores que a influenciam.

Para o efeito utilizámos a escala *Antenatal Emotional Attachment Scale*, da autoria de John Condon (1993), numa amostra heterogénea de 630 participantes. A mesma é composta por 434 mães e 196 pais, que esperam um filho, e inclui diferentes tipos de

N

gravidez, de acordo com uma condição normal ou com risco associado (adolescência; idade tardia; toxicodpendência; doenças da mãe, destacando-se a diabetes gestacional e a hipertensão; problemas associados com o feto, com a gravidez actual ou com a gravidez anterior). O processo de recrutamento foi efectuado por conveniência da população em geral, em Instituições de fácil acesso para os investigadores, situadas na área geográfica de Almada.

Tendo em conta as características da amostra em estudo foi, também, nosso objectivo proceder a uma adaptação do instrumento escolhido para esta população, por recurso à análise factorial exploratória de modo a serem verificados os factores que emergiam e como se relacionavam. A partir da análise factorial, os resultados obtidos com rotação varimax permitiram constituir uma escala cuja característica de validade aponta para um coeficiente elevado e indicador de pertinência do instrumento – alpha de cronbach de 0.80 e 0.81, para a versão materna e paterna da escala, respectivamente. As possibilidades encontradas, com base na análise de variância explicada, permitiram a extracção de quatro factores ou dimensões para cada uma das versões materna e paterna da escala.

Os resultados obtidos com base numa análise inferencial indicam a presença de uma *vinculação pré-natal* muito positiva, tanto no grupo das mães como no grupo dos pais, embora com níveis mais elevados no primeiro. Sugerem que os níveis de *vinculação pré-natal* são significativamente mais baixos no grupo de toxicodpendentes (tanto nas mães como nos pais), seguindo-se o grupo de grávidas em idade tardia (apenas no grupo das mães). À excepção destes grupos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em qualquer dos restantes.

A partir da análise dos resultados, parece que ambos os pais consideram o feto como um ser individual e demonstram para com ele vários comportamentos que se relacionam com uma ligação afectiva. No contexto desta ligação, os dados que se relacionam com os sonhos sobre o bebé e a gravidez destacaram-se pela apresentação de valores mais baixos.

Os resultados apontam ainda para a inexistência de um padrão de evolução concordante entre a *vinculação pré-natal* e a idade materna/paterna. Indicam que à medida que a idade gestacional aumenta os níveis de *vinculação pré-natal* também aumentam. Destacam uma ausência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de mães primíparas e o grupo de mães multíparas. Contudo, evidencia a presença

presença de diferenças no grupo dos pais que sugerem que aqueles que vão ser pais pela primeira vez apresentam níveis de *vinculação pré-natal* mais elevados. Para as variáveis profissão, nível de escolaridade e estado civil não foi encontrada uma relação entre as mesmas e os níveis de vinculação *pré-natal*.

Em conclusão, os participantes da nossa amostra encontram-se, de um modo geral, afectivamente envolvidos e ligados ao bebé durante a gravidez.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	12
A importância dos trimestres e das tarefas da gravidez.....	13
Da representação à possibilidade de relação .....	17
Representações mentais na gravidez .....	17
Breve referência ao sonho na gravidez .....	22
O lado relacional .....	23
O pai na gravidez .....	26
O risco na gravidez – breve abordagem de alguns grupos .....	29
Gravidez na adolescência .....	30
Gravidez em idade tardia .....	32
Gravidez e toxicod dependência .....	33
Breve introdução ao conceito de Vinculação .....	35
Vinculação Pré-Natal .....	37
A investigação empírica no campo da Vinculação Pré-Natal .....	40
MÉTODO .....	45
Participantes e Delineamento .....	45
Instrumentos.....	51
Procedimento.....	55
RESULTADOS .....	57
Resultados obtidos através da Análise Factorial Exploratória .....	57
Consistência interna da <i>Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS)</i> .....	60
Análise Descritiva .....	62
Resultados obtidos na Versão Materna da <i>AEAS</i> .....	63

Dimensão I – <i>Qualidade da Vinculação</i> .....	63
Dimensão II – <i>Individualidade do Bebê</i> .....	64
Dimensão III – <i>Pensar Sobre o Bebê</i> .....	64
Dimensão IV – <i>Representações Mentais</i> .....	65
Resultados obtidos na Versão Paterna da <i>AEAS</i> .....	66
Dimensão I – <i>Qualidade da Vinculação</i> .....	66
Dimensão II – <i>Individualidade do Bebê</i> .....	66
Dimensão III – <i>Representações Mentais</i> .....	67
Dimensão IV – <i>Perda do Bebê</i> .....	68
Análise Inferencial – Comparação entre as diferentes dimensões .....	68
Comparação entre os resultados das diferentes dimensões – Versão Materna .....	69
Comparação entre os resultados das diferentes dimensões – Versão Paterna .....	70
Comparação entre a versão materna e a versão paterna.....	70
Análise Inferencial – Comparação entre os diferentes tipos de gravidez .....	71
Comparação entre os diferentes tipos de gravidez - Versão Materna.....	71
Comparação entre os diferentes tipos de gravidez – Versão Paterna .....	72
Análise Inferencial – Variável Idade.....	72
Análise Inferencial – Variável Trimestre da Gravidez .....	73
Análise Inferencial – Variável Paridade .....	75
Análise Inferencial – Variável Profissão, Nível de Escolaridade e Estado Civil .....	76
Análise Inferencial – Item Perda do bebê e evolução da gravidez .....	76
Análise Inferencial – Item “Sonhos” .....	77
 DISCUSSÃO.....	 78
 Referências .....	 90
 ANEXOS .....	 101
Anexo A - Análise das diferenças entre os diferentes tipos de gravidez .....	102
Anexo B – Carta de consentimento informado .....	104
Anexo C – Escala de Vinculação Pré-Natal .....	105

Anexo D – Questionário Sociodemográfico .....	106
Anexo E – Escala original – Antenatal Emotional Attachment Scale.....	107
Anexo F – Autorização para recolha dos dados da amostra .....	108
Anexo G – Autorização para utilização da escala .....	109

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Idade materna .....	46
Tabela 2: Idade paterna .....	46
Tabela 3: Estado Civil (Mãe) .....	47
Tabela 4: Estado Civil (Pai) .....	47
Tabela 5: Nível de Escolaridade (Mãe) .....	47
Tabela 6: Nível de Escolaridade (Pai) .....	47
Tabela 7: Profissão (Mãe) .....	48
Tabela 8: Profissão (Pai) .....	48
Tabela 9: Análise Descritiva da Variável Tipo de Gravidez (versão materna) .....	49
Tabela 10: Análise Descritiva da Variável Tipo de Gravidez (versão paterna) .....	49
Tabela 11: Análise Descritiva da Variável Trimestre (versão materna) .....	50
Tabela 12: Análise Descritiva da Variável Trimestre (versão paterna) .....	50
Tabela 13: Análise Descritiva da Variável Número de Filhos .....	51
Tabela 14: Análise Descritiva da Variável Internamento .....	51
Tabela 15: Itens com peso factorial (Rotação Varimax) e valores do alpha de cronbach de cada dimensão (Versão materna) .....	61
Tabela 16: Itens com peso factorial (Rotação Varimax) e valores do alpha de cronbach de cada dimensão (Versão paterna) .....	62
Tabela 17: Análise Descritiva da Dimensão Qualidade da Vinculação.....	63
Tabela 18: Análise Descritiva da Dimensão Individualidade do Bebê .....	64
Tabela 19: Análise Descritiva da Dimensão Pensar sobre o Bebê .....	65
Tabela 20: Análise Descritiva da Dimensão Representações Mentais .....	65

Tabela 21: Análise Descritiva da Dimensão Qualidade da Vinculação .....	66
Tabela 22: Análise Descritiva da Dimensão Individualidade do Bebé .....	67
Tabela 23: Análise Descritiva da Dimensão Representações Mentais .....	67
Tabela 24: Análise Descritiva da Dimensão Perda do Bebé .....	68
Tabela 25: Análise das diferenças entre as respostas nas diferentes dimensões .....	69
Tabela 26: Análise das diferenças entre as respostas nas diferentes dimensões .....	70

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Gráfico da vinculação média segundo a idade (versão materna) .....	72
Figura 2: Gráfico da vinculação média segundo a idade (versão paterna) .....	73
Figura 3: Gráfico da vinculação média segundo o trimestre de gravidez (versão materna) .....	74
Figura 4: Gráfico da vinculação média segundo o trimestre de gravidez (versão paterna) .....	74
Figura 5: Gráfico da vinculação média segundo o trimestre de gravidez nas grávidas com idade tardia (versão materna).....	75

## INTRODUÇÃO

“A espectacularidade de um corpo que se modifica para fazer nascer um outro ser, encerra, justificadamente, o elemento mágico suficiente para, nem as explicações mais doutas da ciência contemporânea mais sofisticada, fazerem diminuir o encantamento e o mistério.” (Leal, 2005; p. 9).

Assim se traduz a gravidez que se desenvolve num período de cerca de 40 semanas, entre a concepção e o parto, e implica alterações corporais espectaculares associadas a vivências psicológicas particulares. Tudo se passa no interior da mulher, pelo que a gravidez se constitui como um momento importante de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem e na vida que traz dentro, sendo, igualmente, uma forma mais ou menos consciente de confirmação da sua identidade sexual como mulher (Leal, 2005).

Tratando-se de um processo dinâmico de construção e desenvolvimento (Canavarro, 2001; Szejer, 2002), indispensável à vida humana (Colman & Colman, 1994), traz associada uma crise já que implica uma mudança geradora de *stress*, que não acarreta, necessariamente, sofrimento mas sim reorganização (Canavarro, 2001). É, ainda, uma oportunidade inigualável de mudança e de crescimento (Brazelton & Cramer, 2004), bem como de reencontro íntimo da mãe consigo mesma (Bydlowsky & Golse, 2002).

Nesta fase, as vivências da grávida com os seus próprios pais, as experiências com o triângulo edipiano, as forças que a levaram a adaptar-se a este com maior ou menor sucesso e, finalmente, que a ajudaram a separar-se, vão influenciar na adaptação ao novo papel (Brazelton & Cramer, 2004).

Salienta-se que cada projecto de gestação é específico e tem desejos únicos (Szejer, 2002) que, juntamente com as fantasias, desempenham um papel determinante no futuro do bebé (Ferreira, 2002).

No entanto, se para muitos pais a gravidez corresponde a uma fase feliz e importante do seu ciclo de vida para outros poderá ser vivência difícil que marcam um período complexo.

### A Importância dos Trimestres e das Tarefas da Gravidez

Na abordagem psicológica da gravidez, é já clássica a referência a três trimestres, sensivelmente concordantes com os do período gestacional biológico (Bayle, 2006; Brazelton & Cramer, 2004; Colman & Colman, 1994; Raphael-Leff, 1997; Szejer, 2002).

A notícia da gravidez introduz o *primeiro trimestre* e desencadeia o início de um processo em que a mãe e o pai se tornam pais, marcando o início da ligação ao bebé. A adaptação à gravidez e a aceitação do feto como fazendo parte da mãe são fundamentais (Bayle, 2006).

As transformações corporais que se começam a delinear e a possível presença de sintomatologia caracterizada por enjoos matinais, náuseas, fadiga e labilidade emocional, confirmam o novo estado, mesmo sem uma evidência da existência do bebé. Uma série de reajustes físicos e emocionais têm lugar e a mãe necessita de um tempo para reencontrar a estabilidade (Brazelton & Cramer, 2004).

A presença de sentimentos de ambivalência caracteriza, também, esta etapa e sugere uma oscilação entre o desejo e o receio da gravidez, a sua aceitação e a rejeição. Autores como Brazelton & Cramer (2004), consideram que a sintomatologia física pode ser a expressão desses mesmos sentimentos, enquanto que Bayle (2006) menciona que a mesma sintomatologia os pode amplificar. As referências literárias que relacionam os sentimentos de ambivalência com o receio de uma eventual perda do bebé são concordantes com o facto de ser nesta fase que a ocorrência de abortos espontâneos é mais elevada (Bayle, 2006).

Desse modo, poderá estar presente alguma relutância no investimento afectivo da gravidez por parte dos pais que, até à entrada no segundo trimestre, receiam acreditar,

genuinamente, que vão ter um bebê. Nesta perspectiva e segundo Colman & Colman (1994), para aqueles casais que conceptualizaram o feto como uma pessoa real, o aborto é o equivalente à perda do bebê e faz-se acompanhar de desgosto, depressão e desespero.

Com o evoluir da gravidez, um impulso maternal, com todas as suas poderosas componentes, transformará esta ambivalência em estímulo e antecipará positivamente a energia que será necessária nos últimos meses (Brazelton & Cramer, 2004).

O *segundo trimestre* é sobretudo marcado por uma crescente percepção das modificações corporais e da presença do feto. Este, através dos seus movimentos agora sentidos pela mãe (o que geralmente sucede entre a 18<sup>a</sup> e 21<sup>a</sup> semanas), confirma a sua presença e afirma a sua individualidade, podendo ser aceite como independente (Raphael-Leff, 1997). Em termos clínicos o futuro bebê, até agora nomeado de embrião, passa a ser chamado de feto (Szejer, 2002).

Nesta fase, a ambivalência anteriormente sentida tende a ser ultrapassada e a diminuição dos sintomas físicos dá lugar a uma forte sensação de bem-estar. A passagem da décima terceira semana traz uma maior segurança, já que as fases críticas de ameaça de aborto foram ultrapassadas e verifica-se um aumento no sentimento de confiança relativamente à capacidade para sustentar, desenvolver e dar à luz uma criança saudável (Colman & Colman, 1994; Raphael-Leff, 1997).

Este segundo período é emocionalmente mais estável e a mãe interessa-se por encontrar um estado de sintonia entre o seu comportamento e o do seu feto, facilitado pela vivência fantasmática e imaginária que experiencia em relação ao filho (Brazelton & Cramer, 2004; Colman & Colman, 1994).

A vinculação mais precoce tem início aqui, pois agora existe um outro ser que começa a interferir na possibilidade de uma relação (Brazelton & Cramer, 2004).

O *terceiro trimestre* é, sobretudo, o período que prepara a separação entre a mãe e o bebê, bem como o seu primeiro encontro proporcionado pelo nascimento. A proximidade deste momento leva a um aumento do nível de ansiedade (Brazelton & Cramer, 2004) e da consciência de se tratar de um acontecimento irreversível. Estão presentes sonhos, por vezes associados a temáticas de perda (Colman & Colman, 1994),

que reflectem receios reais desta fase. Outros receios podem evidenciar-se, nomeadamente, pelo encontro com um bebé real diferente do imaginado ou pelo receio de dificuldades de adaptação às exigências da nova fase. Assim, a mãe pode desejar guardar o bebé dentro de si e continuar com os sentimentos de plenitude. (Bayle, 2006).

As referências sobre o bebé correspondem a uma pessoa real e com identidade própria e há uma preocupação sobre como ele será e como irão cuidar dele. Os preparativos finais relacionados com o enxoval, a organização do espaço físico e, até a escolha do nome são comuns nesta fase e, segundo Brazelton & Cramer (2004), associam-se ao início da personificação de bebé.

Em termos físicos, neste período o desconforto é maior, especialmente a partir do oitavo mês, e as queixas de insónia são frequentes (Colman & Colman, 1994).

Durante estes nove meses que dão espaço aos três trimestres, todo o trabalho de preparação psicológica e física para a vinda do bebé e para a aquisição do sentimento de maternidade são importantes, atingindo o seu ponto culminante com o trabalho de parto. Nesse momento, a criança deixará de estar dentro da mãe e esta irá descobri-la na sua realidade, necessitando de reestruturar de novo a sua identidade, agora como mãe real de um bebé real (Bayle, 2006). A partir daqui, a mãe irá ser especialmente capaz de se preocupar exclusivamente com o seu filho e de se adaptar integralmente a ele, satisfazendo totalmente as suas primeiras necessidades alimentares e de vinculação, o que, segundo Winnicott (1958) se denomina de *preocupação maternal primária*. O mesmo autor reforça que se esta característica for evidenciada após o nascimento é sinal que a mesma teve início e desenvolvimento na fase pré-natal.

Na abordagem teórica das tarefas da gravidez e da maternidade (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994), importa destacar quatro que complementam o que anteriormente foi referido.

A primeira tem por base *reavaliar e reestruturar a relação com as figuras parentais* (especialmente com a mãe), da infância e da adolescência. Assim, a representação que a grávida tem dos seus pais vai assumir um papel importante no sentido de reavaliar a relação que estabeleceu com eles, nas suas experiências mais gratificantes e dolorosas,

nas expectativas que tem do seu comportamento enquanto avós, na acomodação do seu papel materno, pela incorporação do que considera positivo e, por outro lado, pela diferenciação do mais negativo, podendo dar-se a aceitação da imperfeição parental. Esta reavaliação das relações passadas permite a constituição de uma identidade materna própria e, posteriormente, uma adaptação ao seu contexto específico, nomeadamente ao nível da sua personalidade e das características da criança, bem como nas vertentes conjugal, profissional e cultural. A segunda tarefa consiste em *reavaliar e reestruturar a relação com o companheiro*, já que o casal se prepara para inserir um novo elemento no seu sistema familiar. Esta mudança leva à aquisição de novos papéis e funções, que devem ser integrados num todo pré-existente, o que implica a reestruturação de papéis e funções anteriores. Assim, a relação entre o casal vai ser desafiada mas também actualizada, preparando cada um para novas responsabilidades, para a aceitação da dependência, para um projecto de partilha a longo prazo a nível da parentalidade e para um condicionamento na sua liberdade individual (Bayle, 2006). A terceira, *reavaliar e reestruturar* a própria identidade, prende-se com a integração das perdas e dos ganhos que a maternidade vai introduzir, com a aceitação das mudanças implicadas por este novo estágio e com a adaptação na sua identidade prévia.

Por fim, a quarta diz respeito a *reavaliar e reestruturar* a relação com os outros filhos de forma a incluir a nova criança como uma pessoa portadora de uma identidade própria diferente dos irmãos.

Nesse contexto, e quando existe um projecto adaptativo de maternidade, a gravidez é uma época de preparação para ser mãe, tendo em conta que permite ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afectivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria (Canavarro, 2001).

## Da Representação à Possibilidade de Relação

A vida partilhada de uma mulher e de um homem pode dar origem a um sonho comum: terem um filho juntos (Oliver, 2000), e o nascimento desse projecto precede a sua concepção. Nele os pais projectam motivações conscientes e inconscientes como o seu amor eterno, o perpetuar da espécie, o prolongar da longevidade da família, a passagem de normas culturais e familiares, a história de cada um deles, verificando, também, a sua fertilidade. A criança desconhecida é delineada na realidade psíquica da futura mãe (Raphael-Leff, 1997) e também do pai, tendo um lugar designado entre as muitas imagens de importantes figuras primitivas do mundo interno dos mesmos. Os pais esperam que a criança se torne um pouco eles próprios, sendo semelhante e eternizando-os na sua história da humanidade. Existir na cabeça dos pais, e posteriormente no corpo da mãe, é estar antes de nascer e dar lugar aos primeiros traços da vinculação intra-uterina (Bayle, 2006).

### *Representações Mentais na Gravidez*

“O nascimento psicológico do bebé faz-se no “*útero mental*” da mãe (e do pai)” (Matos, 2006; p. 42).

No campo das representações maternas, uma abordagem psicanalítica considera que o período da gravidez pode trazer profundas modificações intrapsíquicas do *self* e do outro (Ammaniti *et al.*, 1992). Durante esta fase, a mãe vai elaborando uma representação de si enquanto mãe, que vai sendo construída até ter uma configuração definida e, simultaneamente, a individualidade da criança começa a ocupar um lugar no seu espaço interno.

Mas a representação do bebé no espaço mental da mãe e, também, do pai, não tem início com a concepção (Stern, 1995), mas muito antes, durante jogos infantis com bonecas e nas fantasias da infância que estão associadas ao desejo de um filho. Depois,

no período da adolescência, as mesmas fantasias vão-se tornando progressivamente mais realistas (Ammanitti *et al*, 1992).

Neste âmbito, as concepções de *bebé fantasmático* e *bebé imaginário* de Serge Lebivici (1988), destacam-se pela sua importância.

Segundo o autor, o *bebé fantasmático* é originário das fantasias infantis inconscientes da mãe e das suas dinâmicas relacionais com as figuras parentais, estando fortemente envolvidas com conflitos pré-edipianos/ edipianos e traduzindo a experiência pessoal da filiação. Esse *bebé fantasmático* terá sido construído nas vivências e experiências maternas decorrentes de um processo evolutivo e de fantasias de identificação com os próprios pais, sendo sobre ele que se inscreve o desejo de maternidade.

Por sua vez, o *bebé imaginário* figura nos sistemas pré-consciente e consciente dos pais, e trata-se de uma representação mais realista que é construída na base do desejo da maternidade da mãe e na sua situação relacional actual. Para além de ocupar os devaneios da mulher grávida, pode ser partilhado com o companheiro, e assim pode ser pensado por ambos os pais (ex. ao nível das suas características, do seu sexo...), que podem reconhecer a sua identidade e individualidade. Nesta representação, podem ser realizados os próprios ideais e a criança pode representar aquilo que os pais gostariam de ter sido, num investimento a um nível mais narcísico. (Lebivici & Stoleru, 1995).

Assim, o *bebé fantasmático* remete-nos para um processo evolutivo de início muito precoce e o *bebé imaginário* constrói-se ao nível pré-inconsciente e consciente, cumprindo, deste modo, uma dupla função na vida da mãe durante a gravidez. Posteriormente, no primeiro encontro após o parto, a mãe terá de confrontar o bebé real que segura com estas duas referências, inconsciente e pré-consciente.

Por volta do quarto mês, a representação que a mãe tem do bebé e de si como mãe torna-se mais definida, o que coincide com o momento em que os primeiros movimentos fetais são sentidos e permitem reforçar a realidade da existência do bebé (Stern, 1995). Estes movimentos e a sua crescente percepção marcam a individualidade e a presença efectiva do feto, promovem uma aceleração no processo representacional e consolidam a gravidez no plano mental (Sousa, 2004).

Entre o quarto e o sétimo mês de gravidez produz-se um rápido crescimento na riqueza, quantidade e especificidade das representações sobre o futuro bebé, que atinge o seu máximo no sétimo mês (Stern, 1995). Desde essa altura, e até ao final da gravidez, parece ocorrer uma espécie de anulação das representações referidas, que vão diminuindo gradualmente e se tornam menos específicas e menos ricas. A investigação sugere que, provavelmente, as mães protegem intuitivamente o futuro bebé e a si mesmas de uma possível discordância entre o bebé real e um bebé que representaram com muita especificidade. Assim, no momento do parto a ligação ao filho poderá fazer-se com um mínimo de interferências e as suas reais características podem ser melhor aceites (Fava Viziello, Antonioli, Cocci & Invernizzi, 1993).

Os resultados empíricos de um estudo com grávidas que vão ser mães pela primeira vez dão conta da presença de um sentimento de irrealidade e uma dificuldade em imaginar o feto nos três primeiros meses da gravidez. Nesta fase, o enfoque é sobretudo no próprio corpo e nas próprias emoções, pelo que apenas 30% das grávidas consideraram o feto como uma pessoa. No entanto, as percentagens aumentaram com o evoluir da gravidez, mais especificamente para 63% no segundo trimestre e 92% por volta da 36ª semana (Lumley, 1980/1982).

A referência a uma construção de representações internas coerentes e racionais do bebé imaginado da gravidez é mencionada por Zeanah, Carr e Wolw (1990). Os autores referiram que as mães e os pais mais ansiosos imaginavam os seus bebés como mais difíceis ao nível do seu temperamento, que caracterizavam como adverso, e sublinharam a existência de diferenças individuais nas representações maternas e paternas do bebé imaginário. Os autores destacaram que cerca de metade das mães mas menos de um quinto dos pais diziam ter um sentido claro da personalidade do bebé a partir das suas percepções dos movimentos fetais, e revelaram que algumas características psicológicas parentais se relacionavam com a forma como o bebé era percebido antes do nascimento.

No decurso de uma investigação na área das representações maternas da gravidez, Ammanitti *et al.* (1992), oferecem um importante contributo. A partir de uma amostra

com vinte e três grávidas primíparas, no terceiro trimestre da sua gravidez, exploraram de que modo as representações maternas e, em particular o seu conteúdo, eram estruturadas durante a gravidez. Verificaram que neste período emergia um modelo representacional complexo, no qual a identidade materna e as suas representações sobre os filhos se envolviam gradualmente. Os resultados indicaram que no sétimo mês da gravidez as mães tinham uma representação clara de si próprias como mães, distinta da representação que tinham do seu bebé e, na representação deste, a presença de algumas fantasias parecia estar relacionada com a intensidade do investimento afectivo. Neste contexto, concluíram que algumas representações maternas correspondiam a qualidades e características específicas que eram atribuídas à criança, nomeadamente, quando as mães se representavam como protectoras, afectivas e responsáveis, a imagem da criança correspondente seria calma, fácil e inteligente. A interacção entre as características representativas da mãe como mãe, bem como do seu bebé parecia confirmar que neste estágio da gravidez, as representações estavam interrelacionadas com o nível da sua organização e do seu conteúdo.

Outro resultado revelou que as mulheres tendiam a atribuir pontuações mais baixas às suas mães enquanto mães do que a si próprias, o que poderia prender-se com um distanciamento e uma diferenciação face à imagem das próprias mães, numa tentativa de definirem a sua nova identidade. Contudo, poderia existir neste contexto uma certa idealização das suas próprias características e competências maternas. As mães mostravam uma tendência para se representarem como mães mais afectivas, capazes de tolerar e não reprimir os seus filhos. Consideravam que iriam sempre ter mais tempo para brincar com eles numa atmosfera tranquila e bem humorada. Por outro lado, encontraram, também, uma correlação positiva entre a representação da mãe como mãe e a representação que tem da sua própria mãe. Assim, a uma representação autoritária e controladora da sua mãe, correspondia uma descrição si própria enquanto figura parental séria e inflexível.

Por fim, a presença de semelhanças entre a percepção materna do pai e a percepção materna do bebé, sugeriu que estas mães colocavam a criança a uma certa distância de si próprias para a representarem. As pontuações que atribuíam ao pai eram mais positivas do que as que atribuíam a si próprias.

À medida que a gravidez avança, as representações da mãe, face ao seu marido enquanto pessoa, companheiro e pai, tornam-se, geralmente, mais positivas (Fava Vizziello *et al.*, 1993). Imaginar a criança por referência ao companheiro poderá ser vantajoso no sentido de evitar uma fusão entre a imagem da criança e a da mãe, que poderá ter lugar quando a criação dessa imagem se baseia nas projecções das próprias características maternas (Pines, 1988). No entanto, enquanto nesta fase a mãe imagina o bebé como mais parecido com o pai, depois do nascimento instala-se uma situação inversa, sendo que, nos três primeiros meses de vida, o pai é visto de forma mais negativa e o bebé é considerado como sendo mais parecido com ela (Stern, 1995).

As representações mentais pré-natais da mãe sobre o bebé, sobre si própria enquanto mulher e mãe, sobre o casal e sobre a própria mãe tendem a ser mais negativas quando à gravidez se associam situações de risco, como sendo a depressão, os comportamentos aditivos, as dificuldades ao nível do envolvimento social e o baixo suporte social (Pajulo, Savonlahti, Sourander, Piha & Helenius, 2001).

É enfatizado que as representações maternas da vinculação durante a gravidez se relacionam com os padrões de vinculação mãe-filho posteriores (Fonagy, Steele & Steele, 1991). Através da aplicação de uma entrevista - *Adult Attachment Interview (AAI)* - a cem grávidas que esperavam o seu primeiro filho e uma avaliação de noventa e seis destas mães com os seus filhos de 12 meses através do procedimento da *Strange Situation*, um ano mais tarde, foi possível verificar que em 75% dos casos podiam prever com sucesso se a criança se vincularia à mãe de forma segura ou insegura com um ano de idade.

Com base no referido podemos concluir que a mãe, e também o pai, ajustam o seu mundo representativo da melhor forma possível para criar um espaço mental construtivo para as suas representações futuras. Desse modo, o bebé/feto antes de nascer já nasceu no interior psíquico dos pais (Matos, 2004) e, este espaço mental criado para o acolher é a expressão simbólica da criação ou preservação de um espaço relacional e familiar em construção ou reconstrução (Sousa, 2004).

### *Breve Referência ao Sonho na Gravidez*

A vida onírica, isto é, dos sonhos é frequentemente estimulada pela gravidez, podendo traduzir um retorno a angústias passadas (Bydlowski, 2002). Durante o tempo da gravidez, a mulher encontra-se em contacto íntimo com o seu interior e os processos inconscientes estão muito mais à superfície e muito mais ao seu alcance do que em outros momentos da vida. Os sonhos podem fornecer algumas provas mais dramáticas das alterações que acontecem no seu funcionamento psicológico e surgem agora mais intensamente. Para a grávida o mundo exterior torna-se relativamente menos importante e dá lugar ao mundo interior (Colman & Colman, 1996). Os mesmos autores referem com base num estudo que 40% dos sonhos descritos pelas grávidas são com um bebé mas que os sonhos têm, muitas vezes, temáticas de ameaça e conteúdos negativos. Porém, há que salientar que um sonho assustador não corresponde a aspectos patológicos da gravidez, encontrando-se integrado. Os sonhos com crianças de sexo definido podem traduzir atitudes face à preferência e desejo da mãe, bem como face à sua própria identidade.

Um sonho que ocorra no início da gravidez pode reflectir uma confusão por parte da mãe quanto à idade do feto que ainda não distingue de si mesma. Por outro lado, os sonhos do último trimestre são sobretudo sobre bebés, crianças e com o próprio parto, surgindo, também, a temática da perda do bebé como um equivalente de um receio real.

### *O Lado Relacional*

A importância da vida intra-uterina, o interesse pelas competências do feto, a descoberta das possibilidades interactivas na gravidez e a sugestão deste tempo como preparador do futuro extra-uterino, têm sido alvo de referência e interesse de muitos investigadores nacionais (Bayle, 2006; Figueiredo, 2006; Gomes-Pedro, 2006; Matos, 2006; Reis, 2006; Rosa, 2006; Sá, 2001, 2006; Sousa, 2004, 2006 & Vicente, 2006;) e internacionais (Chamberlain, 2003; Golse, 2002, 2007; Negri, 1997 & Piontelli, 1995).

Neste contexto, as possibilidades oferecidas pela ecografia têm recebido um destaque importante, já que a sua função não é exclusivamente médica mas também de comunicação e pode favorecer a produção de elaborações mentais a partir das interpretações e vivências das imagens observadas. Parafraseando Sousa (2004) “é uma verdadeira experiência emocional, marcada não só por um ventre descoberto, como por modalidades de relação nascentes e emergentes face à realidade perceptiva e à fantasmática subjacente” (pp.19), podendo contribuir para uma humanização antecipada (Golse, 2002).

Através dos seus ritmos, acções, movimentos e até preferências (Piontelli, 1995), o feto transmite aos pais aspectos da sua intimidade, que os mesmos podem interpretar e dar significados, por vezes, transgeracionais (Sousa, 2004). Aos poucos, o feto vai sendo introduzido no seu núcleo familiar.

Referindo-se à situação de o bebé ser visionado antes do seu nascimento, Soulé (1992) considerou que essa possibilidade poderia conduzir a uma inibição do livre desenvolvimento do bebé imaginário. Contudo, posteriormente, reformulou esta posição e mencionou que este exame representaria um dos momentos chave do início da parentalidade, salientando, ainda, a existência de uma preferência pelo perfil da cabeça do bebé e pelos movimentos da boca (Soulé, 1999). Também Sousa (2004), se refere à ecografia como uma técnica que confirma os processos de parentalidade, proporciona a transformação da ansiedade e permite a consolidação objectal do bebé,

sendo uma experiência positiva que facilita a aproximação materno-fetal e paterno-fetal. Para casos de mulheres que não conseguem conceptualizar o que se passa no seu interior, oferece-se como mais valia (Colman & Colman, 1994).

Ainda neste contexto, destaca-se o método de observação de bebés proposto por Esther Bick que assume uma importante aplicabilidade na observação da vida intra-uterina. A atitude de escuta atenta e de receptividade do observador às reacções, comportamentos e posturas preferenciais do bebé no útero pode estender-se aos pais, que frequentemente adoptam um outro olhar, mais disponível e curioso, o que representa um impulso para o desenvolvimento infantil e familiar (Sousa, 2006)

Para além das realidades observáveis, o feto é activo em afirmar a sua presença através dos seus movimentos que não só introduzem mudanças na psicologia materna (Raphael-Leff, 1997) e a moldam em relação a ele próprio (Brazelton, 1992), como também reactivam respostas da parte dos pais. Esses falam-lhe, cantam para ele e tocam na região abdominal numa procura de contacto real. Neste contexto, desta-se a *haptonomia*, uma técnica que, por meio da linguagem do toque, permite a comunicação (afectiva) entre os pais e o feto (Szejer, 2002). Neste ritmo, começa a delinear-se uma sintonia (Brazelton, 1992) e um conhecimento (Araújo, 2006) relativamente às reacções do feto, que, inclusivamente, os pais podem tentar interpretar e fantasiar sobre o bebé que será (Bayle, 2006).

O interesse nesta área deu origem a um estudo exploratório com vinte e seis casais que se encontravam no terceiro trimestre da sua gravidez. A partir dos resultados foi possível chegar a quatro níveis de conhecimento parental, entre os quais se destacava a capacidade interactiva da criança. Assim, alguns pais descreviam os seus fetos como participantes activos na comunicação com eles, nomeadamente quando se moviam face ao toque no abdómen, quando estendiam um membro ou sempre que aumentavam ou diminuían a actividade na presença de determinadas vozes (Stainton, 1990).

Segundo Reis (2006), em termos psicológicos o bebé é um ser activo e interactivo desde o início da gravidez, sendo competente para a relação e aprendendo e apreendendo “ritmos que o encaminham para uma vida eminentemente relacional” (Sousa, 2004; pp. 80).

Para Golse (2002) a vida biológica fetal existe incontestavelmente, mas a vida psíquica do feto está sujeita a caução, já que na ausência de inter-relações mais directas e sobretudo visuais, a mãe só pode conter e sonhar com o bebé imaginário e as interpretações parentais não podem dizer respeito ao feto de hoje, na ausência de elementos relacionais suficientes. Apesar disso, realça a possibilidade de este aspecto ser colmatado, nomeadamente através da técnica da *haptonomia*.

Sabe-se hoje que, mesmo antes de nascer, o bebé humano não se desenvolve no vácuo, mas sim na interacção com o meio ambiente uterino, que contribui para a regulação do comportamento e desenvolvimento fetal, por duas vias. Uma é fonte de estímulos sensoriais, alguns dos quais susceptíveis de elicitar respostas comportamentais, e providencia o contexto físico no qual o comportamento ocorre. A outra introduz estímulos químicos através da placenta no sistema circulatório do feto (Figueiredo, 2006). Assim, por meio de intermediários fisiológicos, a vida emocional da mãe pode ter efeitos sobre o bebé (Mazet & Stoleru, 1993).

A investigação sugere que o feto é capaz de sentir algumas alterações emocionais da mãe, bem com pressentir os movimentos fisiológicos da mesma, os seus ritmos de sono e de actividade, o grau de maior ou menor ansiedade, bem como a sonoridade mais ou menos agradável da sua voz. É ainda possível que os receptores fetais detectem mudanças do ambiente amniótico, como uma diminuição da oxigenação do sangue ou um aumento da concentração de resíduos metabólicos, induzidos pela tensão materna (Lecanuet *et al.*, 1995). Estudos teratológicos identificaram um conjunto de agentes químicos (ex. álcool) que, sendo transferidos para o feto através da placenta, produzem efeitos adversos evidentes, tanto antes como depois do parto (síndrome alcoólico fetal) (Figueiredo, 2006).

Também foi identificada uma relação entre a ansiedade materna no período pré-natal e os problemas de comportamento/emocionais na criança. Deste modo, crianças cujas mães apresentavam elevados níveis de ansiedade no final da gravidez apresentavam níveis elevados de problemas de comportamento e de dificuldades emocionais aos

oitenta e um meses de idade. O efeito, nessa idade, foi comparado com resultados obtidos aos quarenta e sete meses que revelaram uma persistência desse efeito. Deste modo, existe uma evidência de que o *stress* e a ansiedade pré-natais têm um efeito no feto que se pode prolongar até uma fase intermédia da infância (O'Connor, Heron, Golding, Glover *et. al*, 2003).

Neste sentido, as violências vividas pela mãe durante a gravidez, ou as violências ao feto exercidas através de violências à mãe, são susceptíveis de vir a desorganizar as raízes da vinculação e da sintonia afectiva, transmitindo ao feto sob a forma de significantes ainda muito primordiais e arcaicos sem sentido, informações sensoriais mais ou menos anárquicas (Golse, 2007).

Durante o período pré-natal, o feto humano é capaz de aprendizagens em útero, nomeadamente a respeito da mãe, que condicionam a sua melhor resposta a determinados estímulos depois do nascimento e garantem a sua sobrevivência (Figueiredo, 2006).

Assim, este período longo poderia denominar-se de pré-história da vinculação, onde os factores biológicos e os externos se entrecruzam constantemente. Ao nascer, o bebé possui um aparelho mental a desenvolver com competências sensoriais e relacionais que desabrocharão em função de estímulos afectivos, da relação contentora e das qualidades mentais da mãe, que o vão sustentar nas suas capacidades para lidar com os seus estados internos e compreender os estados emocionais dos outros à sua volta (Bayle, 2006).

### O Pai na Gravidez

Um pouco por todo o mundo, os homens parecem estar a tornar-se pais mais participativos (Gomez, 2005), notando-se um crescente relevo da função paterna (Matos, 2004).

A família humana actual caracteriza-se, tendencialmente, pela reunião de dois aspectos. Um refere-se ao investimento do feto por ambos os pais e o outro a uma maior atenção aos cuidados psicológicos prestados ao bebé pela mãe e pelo pai. O pai é cada vez mais um parceiro da relação com o filho desde o seu nascimento e o filho tem, cada vez mais, existência no seu interior (na sua mente e no seu afecto) desde, pelo menos, o diagnóstico de gravidez. Passa a ter um lugar na sua representação mental e constitui-se como objecto interno e uma representação investida de afecto (Matos, 2004).

Para Sá (1993) durante a gravidez da mulher o pai também engravida e vive um conjunto de processos característicos desse tempo. Ao maior envolvimento durante esta fase corresponde uma maior disponibilidade para perceber os sinais precoces do bebé, bem como um maior envolvimento na vida dele.

Tornar-se pai é, também, concretizar os desejos de procriação que puderam emergir no decurso da infância e da adolescência, é aceder à mesma posição que o seu próprio pai e transformar a situação genealógica deste último. É, ainda, partilhar com a sua companheira a visão mental da criança imaginária, ou seja, o conjunto das representações que dizem respeito ao sexo, à aparência física, aos traços de carácter, à escolha do nome do bebé que vai nascer (Le Camus, 2002). É desempenhar uma função de amparo e contenção da mulher (Sá, 2001), sendo a sua presença um elemento indispensável nos exames médicos de controlo da gravidez e também no momento do parto (Bayle, 2006).

O envolvimento emocional dos pais na gravidez diz respeito à interacção, acessibilidade e responsabilidade para com o seu filho. O pai pode manifestar esse envolvimento através de diferentes comportamentos e sentimentos em relação à gestante e ao bebé, como as suas preocupações, a sua participação directa na gestação e a interacção pai-bebé (Lamb, *et. al*, 1985).

May (1982) sugere um padrão de mudanças sequenciais nesse envolvimento, constituído por três fases. A primeira compreende ao período de suspeita da gravidez até à sua confirmação, altura em que os pais podem experimentar reacções de

desconforto, stress e ambivalência. Na segunda os pais ainda não sentem a gestação como uma realidade (os sinais físicos são ainda pouco evidentes), o que leva a uma distância emocional, que caracteriza esta fase. A terceira que corresponde ao terceiro trimestre, é vivida como real e os homens tendem a definir-se como pais, o que coincide com a proximidade do nascimento. Contudo, certos pais não conseguem realmente envolver-se com o seu filho em nenhum destes momentos.

Dados da investigação científica sobre o envolvimento emocional paterno no terceiro trimestre indicam que o mesmo ocorre de maneiras diversas e que os pais, nesta fase, se mostram emocionalmente ligados à mãe e ao bebé, embora alguns pais encontrem dificuldades nesse processo (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes & Tudge, 2004). Na sequência desta investigação foi possível chegar a três categorias. A primeira diz respeito à participação do pai na gravidez, de forma directa pelas idas às consultas médicas ou indirecta através da ligação emocional à mãe e ao facto de se oferecer como figura de apoio. A segunda representada pela interacção com o bebé, prende-se com o facto de alguns pais procurarem activamente o contacto com o feto e de grande parte referir interagir com o mesmo. A terceira relaciona-se com as preocupações do pai durante a gestação, que podem ser dirigidas à mãe (acerca da saúde e bem-estar da mesma), ao bebé (sobre a sua saúde, o momento do nascimento e o receio de que nasça com problemas), às questões financeiras, às responsabilidades (como manter o emprego, ter condições materiais, manter a estabilidade no relacionamento conjugal e organizar uma família) e à inexperiência (nos cuidados ao bebé). Deste modo, os pais passam por uma série de transformações durante a gravidez que vão no sentido da constituição da paternidade. Além disso, a gravidez representa para o homem um período importante para a consolidação da sua identidade (Brazelton & Cramer, 2004).

A literatura descreve também um conjunto de sentimentos por parte do pai, nomeadamente de exclusão perante o facto de a mulher estar mais centrada em si bem como pelas atenções externas que também lhe são destinadas. Outros sentimentos podem ser de inveja e competição com a mulher pelo filho ou, por outro lado, de rivalidade com o feto pela atenção da mãe (Brazelton & Cramer, 2004), bem como de

ansiedade e solidão no confronto da ausência de mudanças no seu corpo e da impossibilidade de ter o bebê a crescer no seu interior (Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger & Pratt, 2000).

Também tem sido referenciada uma perturbação psicossomática descoberta por Trethovan, à qual se dá o nome de *Síndrome de Couvade* (LeCamus, 2002). A presença desta síndrome exprime o envolvimento do homem na maternidade e reflecte pensamentos relacionados com a gravidez da mulher (Bayle, 2006). Caracteriza-se pela presença de sintomas tais como queixas físicas ligeiras, ansiedades, medos, aumento de peso, vômitos, perda de apetite e inchaço abdominal, que podem ir num sentido de imitarem a mulher ou, por outro lado, de se centrarem no seu desconforto e empatizarem com ela (Raphael-Leff, 1997). A ocorrência de sintomas foi positivamente correlacionada com o envolvimento na gravidez (Clinton, 1987).

Para finalizar, destaca-se o estudo de Condon, Boyce & Corkindale (2004), que ao avaliarem as mudanças nos parâmetros psicológicos da relação e do estilo de vida, desde a gravidez até ao fim do primeiro ano de vida, concluíram que a gravidez é o período de maior *stress* para os homens que se estão a tornar pais.

### O Risco na Gravidez – Breve Abordagem de Alguns Grupos

Considera-se, como de alto risco, aquela gestação cuja probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência dessa complicação na população em geral (Machado, 1996).

A autora supramencionada enuncia várias situações de risco, que subdivide em: grávidas com situações que necessitam de técnicas invasivas para o diagnóstico e/ou terapêutica fetal (ex. bloqueio cardíaco congénito fetal; hidrocefalia fetal); grávidas com patologia médica associada (ex. diabetes, doenças cardiovasculares como

hipertensão arterial (HTA), lúpus, nefropatias; hipo e hipertiroidismo, doenças neurológicas, asma, etc.); grávidas com antecedentes obstétricos anómalos (ex. abortos recorrentes, mortes perinatais, parto pré-termo, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, etc.); grávidas com complicações que requerem cuidados especializados (ex: atraso de crescimento intra-uterino, HTA induzida ou agravada pela gravidez, diabetes gravídica, gravidez múltipla, malformações genitais maternas, doenças infecciosas na gravidez, uso de técnicas de reprodução medicamente assistida).

Para além do risco médico, a presença de risco psicológico na gravidez tem suscitado muita preocupação. É o risco que apela ao plano interno das vivências da gravidez (desejo, fantasias, integração num projecto de maternidade) (Correia, 2005).

Assim, na avaliação do grau de risco devemos considerar não só os riscos de ordem médica, como também psicológica, bem como social, económica e cultural, grau de educação ou as condições de emprego. As grávidas adolescentes, em idade tardia, as consumidoras de drogas e as portadoras de HIV, assim como as que esperam um bebé portador de anomalia congénita integram-se nesta condição (Araújo, 2006).

Tendo em conta os grupos de risco mencionados, foram um pouco mais aprofundados apenas alguns que têm sido alvo de maior destaque.

### *Gravidez na adolescência*

Num dos extremos da vida fértil destaca-se o grupo das grávidas adolescentes (antes dos 18 anos), cuja gravidez surge num momento de instabilidade do eixo endócrino da mulher, pelo que se associa a um aumento de complicações materno-fetais. Está presente um risco aumentado de ameaça de parto pré-termo (PPT), infecção genito-urinária, atraso de crescimento intra-uterino (ACIU), hipertensão induzida pela gravidez. No seu conjunto e isoladamente, estas situações são responsáveis por um aumento da mortalidade e morbidade neo e perinatal (Silva, 1996).

Aos riscos físicos desta gravidez associa-se o risco psicológico. O período da adolescência caracteriza-se efectivamente por um conjunto de confusões, contradições e ambivalências que se gerem na procura da construção da identidade. A coexistência de uma gravidez nesta fase, que também implica uma série de reajustes físicos e psicológicos, tenderá a traduzir um projecto difícil. Assim, poderá ser o equivalente a um duplo esforço de adaptação interna e a uma dupla movimentação de duas realidades que convergem num único momento: estar grávida e ser adolescente (Correia, 2005).

De facto a existência de uma gravidez pode dificultar a realização adequada das tarefas desenvolvimentais da adolescência, nomeadamente no que se refere à construção da identidade e da autonomia emocional e comportamental. Na sua condição de adolescente deveria fazer o luto das imagens parentais, resolver o Édipo, ascender concretamente à genitalidade e substituir a relação narcísica pela objectal (Bayle, 2006).

Acrescenta-se que, muitas vezes, também as circunstâncias sociais, económicas e relacionais não são as mais favoráveis (Figueiredo *et al.*, 2000), e a possibilidade de uma reacção depreciativa por parte dos pais não é excepcional (Bayle, 2006).

Com base na sua experiência clínica, Correia (2005) refere alguns elementos característicos do viver psicológico da grávida adolescente. Assim, trata-se habitualmente de uma gravidez não planeada mas que se torna progressivamente aceite. O feto tem, frequentemente, uma função narcísica de preenchimento de um sentimento de vazio afectivo e pode ser pensado como aquele que vai dar um sentido à sua vida. No que respeita à representação mental do bebé, é mencionada uma dificuldade em imaginar o mesmo e considerá-lo como um ser individual, separado de si própria, com exigências e necessidades específicas. O imaginário de ser mãe aparece como revelador da ausência de um projecto de maternidade consistente, que é essencialmente caracterizado por uma idealização do exercício do materno e das suas exigências.

Não obstante, a relação com o pai do bebé torna-se condicionada pela existência da gravidez. A sugestão de um casamento ou união de facto correspondem a uma

exigência social e/ou familiar e, nalguns casos, aparecem mesmo como contrapartida para o apoio da família. Esta família é, em muitos casos, uma fonte de ansiedade e medo por parte da adolescente pela notícia que terá de transmitir e as reacções habituais são de choque e zanga, sendo frequentes as crises familiares no imediato que apelam à necessidade de adaptação e reajustes relacionais.

A literatura nesta área tem focado sobretudo a grávida adolescente e menos o companheiro, cuja presença nos serviços será também menor. No entanto, a título de curiosidade, são apresentados os resultados de um estudo com participantes norte-americanos e britânicos. Os mesmos sugerem que os pais adolescentes são poucos anos mais velhos que as suas companheiras, sendo uma minoria significativamente mais velha; pertencem, na sua maioria, a contextos com baixo poder sócio-económico, obtêm experiências educacionais mais reduzidas e menos oportunidades de emprego/ocupação que os seus pares. Do mesmo modo, tendem a ter importantes dificuldades psicológicas e emocionais e podem ter uma história de comportamentos delinquentes. O relacionamento entre estes adolescentes resulta poucas vezes em casamento e, geralmente, ou resulta no terminar de uma coabitação conjunta ou mesmo no terminar do relacionamento, o que se prende a um decréscimo no contacto com o filho. Revelam, muitas vezes, relações conflituosas com as mães adolescentes e com as mães das mesmas. É salientado que, a maioria dos dados quantitativos nesta área apresentam um desenho bastante negativo do envolvimento paterno, embora as pesquisas qualitativas realcem que muitos jovens pais querem genuinamente estar envolvidos com os seus filhos e têm mais contacto (Bunting & McAuley, 2004).

### *Gravidez em idade tardia*

No outro extremo da vida fértil destaca-se o grupo das grávidas em idade tardia (após 35 anos). Também este grupo se encontra num momento de instabilidade do eixo endócrino e está associado a um aumento de complicações materno-fetais, bem como à

presença frequente de doenças crónicas que podem afectar directa ou indirectamente o feto. Há que salientar que existem diferenças entre uma mulher que vai ter um primeiro filho e uma que já tem filhos anteriores, problemas de infertilidade ou um adiamento deliberado da gravidez (Silva, 1996).

A idade materna avançada tem um impacto importante na experiência da gravidez (Berryman & Windridge, 1996), sendo sugerido que, técnicas como a amniocintese, parecem aumentar os níveis de ansiedade e de preocupação das grávidas mais velhas, provavelmente pelo conhecimento de que dispõem sobre a ligação da idade avançada ao risco malformações do bebé. As mulheres a partir dos 35 anos são mais relutantes em acreditar na sua gravidez como estando livre de problemas (Berryman & Windridge, 1996).

Em termos emocionais, a presença da gravidez numa idade avançada da vida da mulher pode prender-se com o desejo de se sentir todo-poderosa antes de entrar numa fase da vida que rumo para o declínio e prolongar, assim, o sentimento de vida através do novo ser (Bayle, 2006).

#### *Gravidez e toxicodependência*

O grupo das grávidas toxicodependentes sobrepõe riscos médicos (inerentes ao estilo de vida, aos tipos de consumos e aos efeitos das drogas no desenvolvimento fetal) e psicológicos associados ao não projecto de gravidez/maternidade, à instabilidade afectiva individual/conjugal e familiar predominantes (Correia, 2005).

Geralmente, a gravidez não é fruto de planeamento e estas grávidas, não só não dispõem de sintomas que as façam desconfiar do seu novo estado, como também tendem a negligenciar o próprio corpo, sendo habitual que a detecção da gravidez se dê tardiamente, por volta das 22/24 semanas (Guerreiro, 2001). A notícia da gravidez é muitas vezes sentida como um choque (Pires, 2006) e todo o contexto em que a gravidez surge faz aumentar a falta de segurança e dificulta o processo de adaptação e de preparação física e psicológica.

Segundo Sá (1997), nestes casos, a gravidez pode apresentar uma negação da presença do bebé dentro da mãe, numa relação paradoxal de oscilação entre desejar/não desejar o filho, na ambivalência da aceitação/rejeição.

Ao nível psicológico, um aspecto predominante, nestes casos, relaciona-se com a função narcísica da gravidez. Para muitas mulheres o desejo de um filho prende-se directamente ao desejo salvador dos consumos (Correia, 2005), de paragem dos mesmos, havendo uma forte esperança associada ao tratamento (Pires, 2006). A criança é vista como um objecto mágico, uma criança terapêutica e a única possibilidade de garantir a paragem dos consumos (Pimenta, 1997). Assim, é colocada na gravidez a solução mágica para o problema da toxicodependência.

A gravidez implica também um movimento regressivo que leva a reencontrar a criança que a grávida foi em tempos e o que a mãe foi para ela na infância. No entanto, a relação destas mulheres com as suas mães é marcada pelo ódio, por vezes mascarado de idealização, que esconde uma mãe proibitiva, desatenta e sem ternura (Pimenta, 1997).

Os fetos/bebés sofrem um risco acrescido, não só ao nível da sua saúde física como em termos das suas possibilidades relacionais com a mãe, antes e depois de nascer. Mesmo quando durante a gravidez a grávida consegue uma boa aceitação e um sentimento de prazer, talvez relacionado com a atribuição de uma função narcísica ao bebé, já a maternidade vem mostrar que este bebé tem exigências próprias, apela a uma relação e não é um prolongamento da mãe. Neste âmbito, e após as primeiras preocupações/sentimentos de culpa quanto à saúde física do bebé e eventuais efeitos dos consumos, a tendência habitual é para que as crianças sejam progressivamente delegadas aos familiares, pelas suas dificuldades em suprir as suas necessidades (Correia, 2005).

Este quadro afectivo é muitas vezes afectado pelo facto de o pai do bebé ser frequentemente também toxicodependente, com as inevitáveis repercussões na relação conjugal e parental. Num estudo com 73 grávidas toxicodependentes, Pimenta (1997) verificou que 75% dos seus companheiros são também consumidores.

A mesma autora mencionou que num grupo de 24 grávidas toxicodependentes, dezanove apresentavam uma estrutura *borderline*, quatro eram psicóticas e apenas uma tinha uma estrutura neurótica.

Para terminar, Guerreiro (2001) considera que o desejo e a ternura de ser mãe existem nestas grávidas, embora estejam perturbados e impedidos de ser vividos em plenitude pela consciência de não ser a melhor altura, por causa dos consumos.

### Breve Introdução ao Conceito de Vinculação

A importância da relação mãe-bebé foi conceptualizada na Teoria da vinculação que nasceu com Jonh Bolwby (1969/1984) na segunda metade do século XX, a partir da observação de crianças que tinham sofrido uma privação dos cuidados parentais.

O autor conjugou as formulações da psicanálise, etologia, psicologia do desenvolvimento e da teoria geral dos sistemas para argumentar que o relacionamento afectivo e contínuo com um prestador de cuidados promove a saúde mental e bem-estar pela vida (Veríssimo, Monteiro, Santos, 2006).

Por vinculação definiu a primeira relação afectiva da criança com a mãe (ou substituto), relação essa que serve como modelo para as suas futuras relações. Representa o fenómeno pelo qual o recém-nascido e a mãe estabelecem laços selectivos e privilegiados, tratando-se de um fenómeno biologicamente determinado. Representa todo o comportamento por parte do recém-nascido que tem como função criar e manter a proximidade e a protecção da mãe, sendo a pedra basilar que vai permitir o desenvolvimento cognitivo, afectivo e social do ser humano.

Desse modo, tudo o que favorece a proximidade, dando uma sensação de suporte e segurança, pertence ao comportamento de vinculação (Guedeney, 2004), que é um processo contínuo (Brazelton, 1992).

A Teoria da Vinculação está bem documentada e tem sido uma área de grande entusiasmo por parte dos investigadores. Autores de referência têm deixado importantes contribuições a partir das suas investigações, que são também referências importantes para prática clínica. Para além de Bowlby (1969), salientamos a psicóloga canadiana Mary Ainsworth (1978) que veio dar um procedimento experimental à teoria de Bowlby. Propôs uma situação padronizada em sete episódios de separação e de junção, que nomeou de Situação Estranha, que lhe permitiram descrever três tipos principais de reacção e que possibilitaram o estudo das diferenças individuais na organização comportamental da vinculação.

Outra referência nesta área é Mary Main (1985; citado por Soares, 2007), que, em conjunto com George e Kaplan, esteve na origem do desenvolvimento da *Adult Attachment Interview (AAI)*, que veio abrir uma nova dimensão da investigação, permitindo examinar o nível das representações. A *AAI* é uma entrevista biográfica de tipo clínico que abre novas perspectivas para a avaliação e compreensão da vinculação ao longo do ciclo de vida. A identificação de padrões de organização mental da vinculação em adultos, análogos aos padrões de organização comportamental identificados no bebé, permite uma exploração empírica da transmissão intergeracional da vinculação.

Também Peter Fonagy (2001) tem conduzido importantes trabalhos nesta área. O autor reforça a ideia de que para a saúde mental da criança, o bebé e a criança pequena necessitam experimentar uma relação calorosa, íntima e de continuidade com a sua mãe (ou substituto) na qual ambos encontrem satisfação e prazer.

Bowlby (1969), nos seus trabalhos, observou que o desenvolvimento da vinculação é uma experiência que se constrói ao longo da vida e sublinhou o seu início na gravidez, como o resultado da dinâmica de acontecimentos psicológicos e fisiológicos que decorrem desta.

### Vinculação Pré-Natal

Tal como referido anteriormente, a relação entre a mãe e o recém-nascido, após o parto, não surge de forma abrupta mas resulta de uma construção progressiva, desenvolvida ao longo da gravidez. Neste período, ambos os pais adquirem, geralmente, uma crescente e elaborada representação interna do feto, que inclui uma mistura de fantasia e realidade e se torna por excelência um recipiente de projecções. É a partir desta imagem interna que a ligação emocional se desenvolve (Condon, 1993).

Segundo Rubin (1975), a ligação mãe-bebé após o parto é uma consequência do processo anterior representado pela gravidez. A mesma autora referiu que as mulheres desenvolviam quatro tarefas específicas antes do nascimento, que se prendiam pela procura de uma passagem segura para si e para o bebé, pelo assegurar de que o mesmo era aceite por outros significativos, pelo dar-se ao bebé e abdicar de si própria, adiando a sua auto-gratificação em favor do bem-estar do bebé. Estas tarefas vieram dar corpo e estrutura ao campo da investigação sobre a experiência precoce da gravidez e, nos últimos vinte anos têm surgido na literatura conceitos como *maternal-fetal attachment* (Cranley, 1981), *prenatal attachment* (Muller, 1993), *antenatal attachment* (Condon, 1993) e *ligação materno-fetal* (Mendes, 2002).

Segundo Cranley (1981) por *maternal-fetal attachment* entendem-se os comportamentos da mulher que representam ligação e interacção com o seu filho ainda por nascer. Esta investigadora desenvolveu um instrumento - *Maternal-fetal attachment scale* - *MFA*, para avaliar se os comportamentos das mulheres grávidas eram representativos de ligação, afiliação e interacção entre as mesmas e o feto. No contexto do mesmo, identificou cinco sub-escalas que avaliavam diferentes dimensões desta ligação, designando-as por: diferenciação entre a grávida e o feto; interacção com o feto; atribuição de características ao feto; identificação com o papel materno (*role taking*); abdicar de si própria (*giving of self*). No entanto, estes itens foram criticados no sentido de estarem pouco relacionados ao feto *per se*, mas mais com a atitude da mulher

face ao seu estado de gravidez e ao papel de maternidade e, muito embora fosse uma escala utilizada em muito estudos, os seus resultados traduziam um pouca consistência, confiança e validade (Condon, 1993).

Muller (1993) verificou que o conceito Cranley se focalizava mais nos comportamentos e excluía os pensamentos e as fantasias, igualmente importantes na ligação entre a mãe e o feto. Substituiu o termo *maternal-fetal attachment* por *prenatal attachment*, que definiu como a única relação afectiva que se desenvolve entre a mulher e o seu feto. Desenvolveu o *prenatal attachment inventory* e reforçou a descoberta de que o vínculo pré-natal e o estilo de vinculação pós-natal se podem relacionar (Muller, 1996).

Condon (1993), um psiquiatra australiano, tem explorado esta noção de que os pais expectantes podem desenvolver uma ligação ao filho durante o período pré-natal. Como refere, a vinculação pré-natal (*antenatal attachment*) representa a forma mais precoce e básica da intimidade humana e tem simultaneamente uma importância teórica e clínica (Condon & Corkindale, 1997). Ao aprofundar este conceito, revelou uma forma de o compreender a partir da qualidade das experiências afectivas e da intensidade na preocupação com o feto. Caracteriza a primeira com o prazer sentido na interacção, com os sentimentos de ternura e irritação, com as possibilidades de proximidade e distância, com a conceptualização do feto e a angústia sentida a partir de fantasias de perda. Relativamente à segunda, inclui o tempo passado a pensar no bebé e a falar com o bebé, a possibilidade de ter sonhos e de tocar na barriga/feto com a mão. Deste modo, a *vinculação pré-natal* corresponde à experiência central do amor e pode ser descrita como uma relação em desenvolvimento, na qual a mãe procura conhecer, estar com, evitar a separação e a perda, proteger, identificar e satisfazer as necessidades do seu feto. Será, assim, o laço ou a ligação emocional que normalmente se desenvolve entre o progenitor grávido e o seu filho ainda por nascer (Condon & Corkindale, 1997), e promove uma oportunidade para avaliar o desenvolvimento da vinculação em “puro”, sem que haja uma contaminação por factores como o temperamento do bebé e as complexidades do ambiente pós-natal (Condon, 1993; p. 168).

Foram sugeridas três atribuições como estando associadas ao presente conceito, designadas por vinculação cognitiva, afectiva e altruística. A primeira diz respeito ao desejo de conhecer o bebé, a segunda relaciona-se com o prazer associado aos pensamentos sobre a interacção e a terceira liga-se ao desejo de proteger o feto (Shieh, Kravitz & Wanh, 2001).

A nível nacional, Mendes (2002) sugere a denominação *ligação materno-fetal*. Esta investigadora considera que o conceito de ligação é mais abrangente no que diz respeito à construção de representações, de interacções relevantes e significativas na formação de laços emocionais, comparativamente ao conceito de vinculação. Baseando-se na teoria de Ainsworth e Takahashi, a autora fala numa distinção entre ligação afectiva e vinculação, referindo que as ligações afectivas são próprias, unidireccionadas apenas ao indivíduo e, embora desenvolvendo-se no contexto da relação, elas passam a ser representadas na sua organização interna. Por seu lado, a vinculação é um tipo específico de ligação afectiva, que integra também a necessidade de obter segurança, o que não tem que ser necessariamente preenchido numa ligação afectiva. (Mendes, 2002).

Para terminar, é de referir a mais recente conceptualização da *vinculação pré-natal* que procurou combinar as abordagens comportamentais, cognitivas e emocionais, definindo-a como um conceito abstracto que representa a relação de filiação entre um progenitor e o seu feto. Esta ligação está potencialmente presente antes da gravidez e relaciona-se com as competências cognitivas e emocionais para conceptualizar outro ser humano, desenvolvendo-se dentro de um sistema ecológico (Doan & Zimmerman, 2003).

A *vinculação pré-natal* será certamente influenciada por factores tais como as próprias experiências de vinculação da mãe, o impacto dos distintos papéis/funções do prestador de cuidados e o apoio disponível durante a gravidez.

### *A Investigação Empírica no Campo da Vinculação Pré-Natal*

Nas últimas décadas, a investigação sobre a ligação emocional dos pais ao bebé, tem realçado o interesse nesta área e contribuído para o seu aprofundamento. Neste capítulo, procura-se sintetizar os dados obtidos a partir de investigações desenvolvidas, com o objectivo de se conhecerem algumas das características desta ligação bem como de se identificarem factores que possam estar correlacionados com a mesma.

Alguns investigadores têm explorado o efeito da variável *idade gestacional* na *vinculação pré-natal* e sugerem que os níveis de *vinculação pré-natal* aumentam ao longo da gestação (Berryman & Windridge, 1996; Bloom, 1995; Grace, 1989; Sjögren, Edman, Windström, Mathiesen & Uvnäs-Moberg, 2004). Neste âmbito, foram encontradas diferenças entre o primeiro e o segundo trimestres, com pontuações mais baixas no primeiro (Grace, 1989) e foi destacada uma forte ligação no sétimo mês de gravidez (Winkler, 2000). Por outro lado, resultados que sugerem que a ligação *materno-fetal* é independente do tempo gestacional, entre o segundo e o terceiro trimestres (Mendes, 2002) foram também encontrados.

A variável *idade materna* foi também analisada, tendo-se verificado que a mesma não estava significativamente correlacionada com a *vinculação pré-natal* (Lerum & LoBiondo-Wood, 1989). No entanto, outras investigações sugerem resultados diferentes. Assim, verificou-se uma tendência para a redução das pontuações da *ligação materno-fetal* em grupos de idade mais avançada (Mendes, 2002). Do mesmo modo, é referido que as mulheres com mais de 35 anos apresentam níveis de *vinculação pré-natal* mais baixos, por comparação com mulheres na faixa dos vinte anos. O resultado é associado à interpretação de que as mães mais velhas estariam mais defendidas em admitir sentimentos de vinculação ao feto, pelo receio de acreditar na gravidez, tendo em conta os riscos que da mesma poderiam advir – ex: Síndrome de Down; perda do bebé. Porém, estas diferenças embora evidentes a meio da gestação tendiam a diminuir num estágio mais avançado (Berryman & Windridge, 1996), altura em que, provavelmente a sua segurança face à continuidade da gravidez tenderia a aumentar.

Ainda no contexto da variável *idade*, um grupo de mães adolescentes seguidas desde o início da gravidez até à primeira semana do pós-parto, apresentou padrões de desenvolvimento do vínculo pré-natal que se assemelhavam aos de outros grupos (Bloom, 1995). Contudo, há que salientar que esta amostra incluía sujeitos entre os 12 e os 20 anos, ou seja, que se encontravam em estádios de desenvolvimento emocional, cognitivo e físicos muito diferentes.

O estudo da *vinculação pré-natal* em relação aos movimentos fetais, sentidos pela mãe, foi também avaliado com o grupo de adolescentes (Bloom, 1995). Verificou-se que a *vinculação pré-natal* se desenvolvia especialmente depois dos movimentos fetais serem sentidos pela primeira vez.

Nesta sequência, um estudo sobre o temperamento e o nível de actividade antes do nascimento, permitiu observar que as mães e os pais que apresentavam uma vinculação mais intensa também imaginam o feto mais activo (Zeanah *et al.*, 1990). Por sua vez, Lerum e LoBiondo-Wood (1989) demonstraram que a *vinculação pré-natal* estava relacionada com a frequência percebida dos movimentos fetais. No entanto, torna-se difícil distinguir se a percepção dos movimentos fetais leva ao aumento da *vinculação pré-natal* ou se as mulheres que estão mais vinculadas tendem a estar mais atentas às sensações (Laxton-Kane, 2002).

Em relação à variável *paridade* se alguns estudos não encontraram efeitos desta variável na *vinculação pré-natal* (Berryman *et al.*, 1996), outros referem a presença de uma diferença estatisticamente significativa nas pontuações desta ligação entre nulíparas e primíparas/múltiparas, sendo que as primeiras demonstraram pontuações mais elevadas que as segundas, quer em mães (Mendes, 2002) quer em casais, sobretudo no pai (Condon & Esuvaranathan, 1990). No mesmo sentido, a *vinculação prenatal* é mais reduzida em mães que esperam o segundo filho e as mães que esperam o primeiro passam mais tempo em comportamentos de vinculação (Zimerman, A. & Doan, H., 2003).

A presença de situações de risco e os níveis de *vinculação pré-natal* foi também investigada. Assim, os níveis de vinculação pré-natal são significativamente mais

baixos num grupo de mães que passaram pela experiência de uma perda perinatal anterior (Armstrong & Hulti, 1998) mas não revelam diferenças significativas na comparação entre um grupo de grávidas com diabetes gestacional, um grupo com risco de parto pré-termo e outro sem complicações associadas, analisados com base na escala de Cranley (MAEAS). A ausência de uma influência da diabetes gestacional nos níveis de *vinculação pré-natal* é descrita (Chazotte *et al.* 1995). Uma investigação conduzida por Mercer, Ferketich, May, DeJoseph & Sollid (1988), com um grupo de 153 grávidas de risco com internamento e 75 companheiros, e 218 grávidas de baixo risco e 147 respectivos companheiros não indicou diferenças entre esses grupos no que respeita à *vinculação pré-natal*.

No campo da toxicod dependência, foram encontrados níveis de *vinculação pré-natal* mais reduzidos num grupo de grávidas em programa de metadona por comparação com um grupo de controlo. Os investigadores consideraram que os resultados poderiam estar relacionados ou com o consumo da metadona ou com as características das mulheres consumidoras de drogas (Mikhail, Youchah, Devore, Ho, Anyaegbunam, 1995).

A abordagem dos *factores emocionais* indica que elevados níveis de ansiedade e de depressão correspondem a níveis mais baixos de *vinculação pré-natal* (Condon & Corkindale, 1997; Rodrigues *et al.*, 2004). No que respeita ao suporte social, os seus níveis elevados apresentaram uma correlação significativa com pontuações elevadas de intensidade de *vinculação pré-natal* (Condon & Corkindale, 1997). Por sua vez, neste contexto, é reforçada a relação marital enquanto fundamental no desenvolvimento da ligação da mãe ao feto (Siddiqui & Hägglöf, 1999; Mendes, 2002) bem como importante em ambos os pais que esperam filhos gémeos (Colpin, De Munter, Nys & Vandemeulebroecke, 1998) mas, noutro sentido, a satisfação desta relação não revelou uma relação significativa com os níveis de *vinculação pré-natal* (Rodrigues *et al.*, 2004).

No que concerne ao tempo da infância e às experiências com os próprios pais, foi demonstrado que as memórias dessa fase são um determinante importante da qualidade da *vinculação pré-natal*. Assim, as mães grávidas que experimentaram um maior calor

emocional por parte das suas mães são melhores a estabelecer uma relação afectiva com o seu bebé ainda por nascer (Siddiqui & Hägglöf, 2000).

A possível relação entre a *vinculação pré-natal* e a relação mãe-bebé foi encontrada por Siddiqui & Hägglöf (2000). Estes autores demonstraram que a *vinculação pré-natal* da mãe ao bebé durante o terceiro trimestre da gravidez está associada ao envolvimento materno pós-natal. Por fim, foram encontrados sentimentos de vinculação pré-natal mais intensos nas mães que nos pais (Zeanah *et al.*, 1990).

A área do conhecimento que investiga a ligação e o envolvimento dos pais ao seu bebé, na fase pré-natal é, também, um foco de grande interesse por parte dos presentes investigadores, quer por ter sido até agora alvo de pouca exploração e resultados nem sempre consensuais, quer por representar uma área importante de actuação precoce quando se pensa em termos da promoção e da prevenção da saúde mental. Além disso, se a ligação *pré-natal* da mãe ao bebé é, ainda, insuficientemente abrangida por um conhecimento sistemático (Mendes, 2002), grandes são as lacunas no que concerne à abordagem científica do papel do pai no seu envolvimento ao bebé durante a gravidez (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes & Tudge, 2004). Deste modo, numa altura em que o papel paterno tem sido valorizado e enfatizado no desenvolvimento psicoafectivo dos filhos, parece fundamental reforçá-lo também na fase da gravidez, conhecendo a forma como o pai se liga emocionalmente ao seu bebé antes do nascimento.

Por outro lado, a literatura refere uma insuficiência ao nível das pesquisas que permitam chegar a conclusões sobre como é que a *vinculação pré-natal* pode ser afectada na presença do risco (Laxton-Kane, 2002) e é sugerida a investigação neste campo (Mendes, 2002; Gomez & Leal, 2006). Por esse motivo, parece pertinente incluir grupos de risco na presente investigação salientando que, na revisão de trabalhos com este tema, não foi encontrado nenhum que tivesse sido conduzido a nível nacional.

Por último, foi possível verificar que os estudos nacionais que abordam a *vinculação pré-natal* são raros (Mendes, 2002; Gomez & Leal, 2006), bem como são escassos os instrumentos validados para estudar este conceito.

Com base no exposto, foi formulada a seguinte questão de investigação:

*Como se caracteriza a vinculação pré-natal em mães e em pais, que se enquadram numa condição gravídica normal ou com algum risco associado, e quais os factores que a influenciam?*

É, ainda, objectivo nesta investigação, proceder à realização da análise da estrutura factorial da escala *Antenatal Emotional Attachment Scale – AEAS* (Condon, 1993), e testar a sua aplicabilidade, em ambas as versões materna e paterna, para uma amostra vasta, que incluiu grupos normais e grupos de risco relativamente à gravidez. Apesar da mesma escala ter já sido alvo de uma anterior validação a nível nacional, a amostra estudada incluía uma população normativa (Gomez e Leal, 2006).

## MÉTODO

### Participantes e Delineamento

A presente investigação apresenta um carácter descritivo, exploratório, correlacional e comparativo, integrando a validação de uma escala - *Antenatal Emotional Attachment Scale AEAS* – da autoria de John Condon (1993). Deste modo, implica a realização de um procedimento de análise factorial, que consiste numa técnica de análise exploratória de dados, cujo objectivo é descrever a correlação observada entre as variáveis originais para estimar os factores comuns e as relações estruturais que ligam os factores às variáveis.

Nesta investigação exploram-se, também, as eventuais correlações entre a *vinculação pré-natal* (medida pela escala referida) e dados sociodemográficos como o sexo, a idade, o estado civil, o nível de escolaridade e a profissão, assim como dados obstétricos referentes à idade gestacional, à paridade e ao tipo de gravidez (normal ou com risco associado). Por fim, pretendem-se estabelecer comparações entre o grupo de pais e o grupo de mães à espera de um filho, bem como entre os participantes que integram uma gravidez normal ou uma gravidez de risco.

Na sua totalidade a amostra em estudo é constituída por 630 participantes, sendo 434 mulheres e 196 homens, todos na condição de pais/mães que esperam um filho. Esta amostra foi recrutada por conveniência da população em geral, em Instituições de fácil acesso para os investigadores.

O modelo de amostragem é de tipo não-probabilístico, não tendo sido contemplados critérios de exclusão na selecção dos participantes, de forma a garantir um valor de  $N$

elevado e com características heterogêneas. Tornou-se, assim, possível a criação de grupos que, embora na mesma condição gravídica, comportassem características que os diferenciavam, e fossem susceptíveis de ser analisados relativamente à *vinculação pré-natal*

De forma mais pormenorizada será feita uma descrição dos dados da amostra em estudo.

Assim, relativamente à *Idade*, verifica-se uma amplitude de valores situada entre os 15 e os 43 anos nas mães, e os 16 e os 63 anos nos pais. Com base na regra *Sturges*, para uma observação mais detalhada, os dados foram categorizados e constatou-se que a maior parte dos participantes do sexo feminino (tabela 1) tem entre 27 e 29 anos (18,4%), tendo 68,4% uma idade compreendida entre os 24 e os 35 anos. A média de idades situa-se nos 28 anos e a idade mais frequente são os 30 anos. Os participantes masculinos (tabela 2) têm, na sua maioria, idades entre os 28 e os 33 anos (39,3%), sendo que 84,3% se encontram entre os 22 e os 39 anos. A média de idades é de 32 anos e a idade mais frequente 30 anos.

**Tabela 1** – Idade materna

Idade	N	%
[15,18[	28	6,5
[18,21[	23	5,3
[21,24[	31	7,1
[24,27[	74	17,1
[27,30[	80	18,4
[30,33[	76	17,5
[33,36[	67	15,4
[36,39[	39	9,0
[39,42[	13	3,0
[42,45[	3	0,7

**Tabela 2** – Idade paterna

Idade	N	%
[16,22[	8	4,1
[22,28[	34	17,4
[28,34[	77	39,3
[34,40[	54	27,6
[40,46[	14	7,1
[46,52[	8	4,1
[52,58[	0	0
[58,64[	1	0,5

Para o *Estado Civil*, a maioria dos inquiridos é casado ou vive em união de facto, sendo estas duas classes responsáveis por mais de 80% das observações. As tabelas 3 (versão materna) e 4 (versão paterna) oferecem uma informação com maior detalhe.

**Tabela 3 – Estado Civil (Mãe)**

Estado Civil	N	%
Solteiro	50	11,5
Casado	212	48,8
União de facto	169	38,9
Separado/Divorciado	2	0,5
Viúvo	1	0,2

**Tabela 4 – Estado Civil (Pai)**

Estado Civil	N	%
Solteiro	13	6,6
Casado	112	57,1
União de facto	70	35,7
Separado/Divorciado	1	0,5
Viúvo	0	0

A análise do *Nível de Escolaridade* conduziu aos resultados apresentados nas tabelas 5 e 6, sendo possível verificar que a maior parte dos inquiridos possui o nível secundário de escolaridade, seguindo-se o 3º ciclo e a licenciatura.

**Tabela 5 – Nível de Escolaridade (Mãe)**

Nível de Escolaridade	N	%
1º Ciclo	8	1,8
2º Ciclo	40	9,2
3º Ciclo	127	29,3
Secundário	148	34,1
Licenciatura	102	23,5
PG/MT/DT *	8	1,8
Desconhecido	1	0,2

\*pós-graduação, mestrado, doutoramento

**Tabela 6 – Nível de Escolaridade (Pai)**

Nível de Escolaridade	N	%
1º Ciclo	6	3,1
2º Ciclo	19	9,7
3º Ciclo	57	29,1
Secundário	63	32,1
Licenciatura	46	23,5
PG/MT/DT*	5	2,6

No que diz respeito à *Profissão* dos participantes foi efectuada uma categorização com base na Classificação Nacional das Profissões. A observação das tabelas 7 e 8 permite verificar a presença de resultados constantes. Deste modo, a maioria dos participantes ocupa cargos administrativos, de serviços e vendedores. Destaca-se o segundo lugar para o grupo das mães que inclui os desempregados, estudantes ou pessoas que não integram o mercado de trabalho. Por sua vez, o segundo grupo de pais que mais se evidencia refere-se aos especialistas de profissões intelectuais e científicas.

**Tabela 7 – Profissão (Mãe)**

Profissão	N	%
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	94	21,7
Técnicos e profissionais de nível intermédio	16	3,7
Pessoal administrativo, de serviços e Vendedores	184	42,4
Trabalhadores qualificados (pescadores, artífices, operários e similares)	10	2,3
Trabalhadores não qualificados	24	5,5
Desempregados, estudantes que não integram o mercado de trabalho	103	23,7
Empresários e similares	3	0,7

**Tabela 8 – Profissão (Pai)**

Profissão	N	%
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	45	23,0
Técnicos e profissionais de nível intermédio	9	4,6
Pessoal administrativo, de serviços e vendedores	74	37,8
Trabalhadores qualificados (pescadores, artífices, operários e similares)	43	21,9
Trabalhadores não qualificados	7	3,6
Desempregados, estudantes que não integram o mercado de trabalho	11	5,6
Empresários e similares	7	3,6

Quanto à *Nacionalidade*, a grande maioria das mães e dos pais são portugueses.

Sobre o *Tipo de Gravidez*, foi possível definir 10 níveis diferentes: gravidez normal, gravidez de risco pela adolescência, idade tardia, toxicodependência, diabetes gestacional, gemelaridade, hipertensão, derivada a outras doenças da mãe (ex. lúpus; esclerose múltipla), a problemas associados com a gravidez (ex. placenta prévia, ameaça de aborto) ou com o feto (ex. mal-formações).

As tabelas 9 e 10 apresentam a distribuição dos diferentes tipos de gravidez, sendo possível observar que, quer a maioria de mães, quer a maioria de pais se associam a uma gravidez normal, seguindo-se o grupo em idade tardia.

**Tabela 9:** Análise Descritiva da Variável Tipo de Gravidez (versão materna)

Tipo de Gravidez	N	%
Normal	189	43,5
Diabetes Gestacional	21	4,8
Toxicodependência	14	3,2
Adolescência	37	8,5
Idade Tardia	52	12,0
Gemelar	18	4,1
Hipertensão	11	2,5
Outras doenças da mãe	49	11,3
Problemas associados com a gravidez	26	6,0
Problemas associados com o feto	11	2,5
Problemas com gravidez anterior	6	1,4

**Tabela 10:** Análise Descritiva da Variável Tipo de Gravidez (versão paterna)

Tipo de Gravidez	N	%
Normal	107	54,6
Diabetes Gestacional	6	3,1
Toxicodependência	6	3,1
Adolescência	11	5,6
Idade Tardia	23	11,7
Gemelar	7	3,6
Hipertensão	2	1,0
Outras doenças da mãe	15	7,7
Problemas associados com a gravidez	16	8,2
Problemas associados com o feto	3	1,5
Problemas com gravidez anterior	0	0

Relativamente à *Idade Gestacional*, a mesma foi dividida em três trimestres. Assim, o primeiro trimestre incluiu o período desde o início da concepção até às 12 semanas, o segundo a fase situada entre a 13<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semana e o terceiro as restantes observações (consultar tabelas 11 e 12). Salienta-se que o terceiro trimestre é aquele que contém mais informação.

Esta divisão por trimestres referenciou-se na literatura que situa a maioria de abortos espontâneos até por volta das 12 semanas de gestação, sugerindo não só uma maior ambivalência face à nova condição como também um receio de que o bebé possa não ser viável. O terminar desta fase abre espaço para outra, emocionalmente mais envolvida e tranquila e, posteriormente, tem início uma terceira fase que com outras características, ajuda a preparar o nascimento e a chegada do bebé.

**Tabela 11:** Análise Descritiva da Variável Trimestre (versão materna)

Trimestre	N	%
1º Trimestre	44	10,1
2º Trimestre	104	24,0
3º Trimestre	285	65,9

**Tabela 12:** Análise Descritiva da Variável Trimestre (versão paterna)

Trimestre	N	%
1º Trimestre	20	10,2
2º Trimestre	40	20,4
3º Trimestre	136	69,4

O número de filhos referido por cada sujeito permitiu-nos definir para a *Paridade* as categorias: primíparas, ou seja, que esperam o primeiro filho; múltíparas, que têm já pelo menos um filho. Constata-se que a maioria das grávidas vai ser mãe pela primeira vez, apesar de a diferença entre os grupos ser pouco significativa, principalmente para o sexo feminino (56,2% contra 43,8%) (tabela 13).

**Tabela 13:** Análise Descritiva da Variável Número de Filhos

Nº de Filhos		N	%
Versão Materna	Primíparas	244	56,2
	Multíparas	190	43,8
Versão Paterna	Primíparas	125	63,8
	Multíparas	71	36,2

Alguns participantes preencheram a escala aquando de uma situação de *internamento*, no entanto, traduzem uma baixa percentagem (tabela 14).

**Tabela 14:** Análise Descritiva da Variável Internamento

Internamento		N	%
Versão Materna	Não	406	93,5
	Sim	28	6,5
Versão Paterna	Não	176	89,8
	Sim	20	10,2

### Instrumentos

Nesta investigação foi incluído como instrumento principal a escala *Antenatal Emotional Attachment Scale – AEAS* (Anexo E), da autoria de John T. Condon (1993). Foi, também, utilizado um questionário sociodemográfico para uma melhor caracterização da amostra.

A *AEAS* é uma escala tipo *Likert* que permite avaliar os níveis de vinculação da mãe e do pai ao feto. O desenvolvimento dos itens que a compõem baseou-se em respostas dadas a entrevistas por parte de casais australianos durante a gravidez, estando os mesmos relacionados com o desenvolvimento da vinculação dos pais ao feto. As escalas desenvolvidas foram, numa fase preliminar, sujeitas a uma testagem em várias

amostras de pais e mães (na situação de casados, em união de facto, separados, bem como em cada trimestre). A análise dos itens e os estudos de fidelidade permitiram chegar a duas versões da *AEAS*: a materna, formada por 19 itens; a paterna, constituída por 16 itens. A partir de um processo de análise factorial, o autor original definiu duas sub-escalas para cada versão, que representam dimensões distintas da *vinculação pré-natal*. Assim, a primeira - *Qualidade da Vinculação*, relaciona-se com a qualidade das experiências afectivas e inclui sentimentos positivos de proximidade, de ternura, de prazer na interacção, de tensão perante a fantasia de perda do bebé e de conceptualização do feto como uma “pessoa pequena”. A segunda - *Tempo Dispendido na Vinculação* ou *Intensidade da Vinculação* (tal como traduzido por Gomez & Leal, s.d.), traduz a força e a intensidade da preocupação com o feto e inclui a quantidade de tempo passado a pensar ou a falar sobre o bebé, a sonhar com ele ou a tocar na barriga, bem como a intensidade dos sentimentos que acompanham estas experiências.

Mais especificamente, a versão materna integra 10 itens focados na *qualidade da vinculação*, 8 itens que avaliam o *tempo dispendido/intensidade na vinculação* e 1 que não está relacionado com qualquer das dimensões anteriores. Quanto à versão paterna, a mesma incluiu 8 itens sobre a *qualidade da vinculação* e 6 sobre o *tempo dispendido/intensidade na vinculação*. Incluiu, ainda, 2 itens que não estão adstritos a qualquer sub-escala.

Para ambas as versões da escala, cada item corresponde ao princípio de uma afirmação que reflecte actividades ou pensamentos relacionados com o feto, e pode ser completado com uma de cinco opções de resposta (numeradas de 1 a 5), que nem sempre são iguais e dependem do conteúdo de cada item. A pontuação pode ser crescente (de 1 a 5) ou inversa (de 5 para 1), sendo que esta última avaliação corresponde à maioria das situações. Os totais de cada sub-escala obtêm-se através da soma dos valores associados a cada resposta. Porém, um dos itens da versão materna e dois da versão paterna, não incluídos a nenhuma sub-escala, somam-se aos restantes para obter uma nota global de vinculação. De um modo geral, os resultados mais altos indicam um estilo de vinculação mais positivo. Contudo, não há um padrão *standard*

face ao qual os valores sejam susceptíveis de ser comparados, de modo a estabelecer um ponto de corte que defina níveis de vinculação mais ou menos saudáveis (Condon & Corkindale, 1997).

Os valores indicados por Condon (1993) para o *alpha de chronbach* foram de 0.82 e 0.83 para a nota global materna e paterna, respectivamente, sugerindo um nível de consistência interna bastante aceitável. Quanto à *variância explicada* foram encontrados valores de 39% para a versão materna e de 42% para a paterna.

O preenchimento de ambas as versões da *AEAS* corresponde a cerca de 5 minutos.

Exemplos dos itens:

- 1) Nas últimas 2 semanas, tenho tentado imaginar como é o bebé na minha barriga: quase sempre (5); muito frequentemente (4); frequentemente (3); ocasionalmente (2); nunca (1) – *versão materna*.
- 2) Nas últimas duas semanas as minhas ideias sobre possíveis nomes para o bebé têm sido: muito claras (5); moderadamente claras (4); moderadamente vagas (3); muito vagas (2); ainda não tenho nenhuma ideia (1).

A referida escala foi submetida a uma validação para a população portuguesa por Gomez & Leal (s.d.). Nesta validação, os autores estudaram uma amostra de casais expectantes, constituída por 107 mães e 105 pais, casados ou a viver maritalmente, com idade superior a 18 anos e um nível escolar elevado, sem filhos prévios e na presença de uma gravidez planeada.

Na sequência de uma análise factorial, encontraram duas dimensões - *Qualidade e Intensidade*, semelhantes às estabelecidas pelo estudo original da escala.

Os valores de *KMO* (Kaiser-Meyer-Olkin) obtidos foram de 0.699 e 0.765, nas versões materna e paterna respectivamente e a consistência interna, apresentada pelos valores do *alpha de chronbach*, de 0.77 para a versão materna e 0.78 para a versão paterna. Contudo, para ambas as versões, os resultados não replicam exactamente as dimensões encontradas no estudo original.

Salienta-se, ainda, que a análise de componentes principais com rotação Varimax e definição de dois factores explicou uma percentagem pequena da variância em ambas as versões, sendo 35% a versão materna e 37,5% na versão paterna.

Com base nos resultados obtidos, os autores concluíram que ambas as versões portuguesas da *AEAS* podem ser consideradas medidas fidedignas e válidas de *vinculação pré-natal*. Sugerem, também, que a validade da escala poderá ser mais bem estabelecida através da utilização da mesma em estudos futuros que incluam grupos com outras características.

Tal como mencionado, foi desenvolvido um questionário sócio-demográfico (Anexo D) para caracterização a amostra em estudo, de acordo com os seguintes dados: idade; estado civil; nível de escolaridade; profissão; nacionalidade; idade gestacional; paridade; tipo de gravidez.

Alguns dos dados foram obtidos através de questões indirectas que permitissem garantir uma melhor compreensão por parte dos participantes (ex. “Porque motivo está a ser seguida nesta consulta?” - a resposta permitia-nos conhecer o *Tipo de gravidez*).

Para o tratamento estatístico realizado no âmbito desta investigação recorreremos ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, Versão 15.0), com o objectivo de efectuar uma Análise Factorial à escala em estudo, bem como de executar medidas de estatística descritiva para caracterizar a amostra. De forma a verificar o modo como os itens se associam e quais os factores emergentes na amostra em estudo, foi realizada uma rotação Varimax. Das possibilidades que se apresentaram, considerámos que os 4 factores eram a melhor opção na criação das dimensões, para ambas as versões materna e paterna.

A análise inferencial dos resultados foi feita com recurso a testes não paramétricos, na medida em que a suposição de normalidade dos dados não foi razoável. Deste modo, segundo o testes de Kolmogorov-Smirnov, os *p-values* obtidos foram inferiores a 0.05.

O nível de significância de 0.05 foi o adoptado para confirmação ou rejeição da hipótese nula.

## Procedimento

A fase inicial desta investigação prendeu-se com o desenvolvimento da versão portuguesa da *Antenatal Emotional Attachment Scale* (Anexo C), traduzindo-a para a língua portuguesa (com a denominação de *Escala de Vinculação Pré-Natal*). O procedimento de tradução foi efectuado por dois psicólogos com formação na área da Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, com domínio da língua inglesa. Os mesmos traduziram independentemente a escala para garantir a concordância entre conteúdos e significados. As traduções foram verificadas pelo primeiro investigador que analisou dois aspectos: a equivalência lexical e gramatical e a validade dos conteúdos. Posteriormente, foi realizada a retroversão da escala para confirmar a adaptabilidade dos termos portugueses à língua original.

O segundo procedimento consistiu no *cognitive debriefing* com a população alvo de modo a identificar o nível de compreensão das questões por parte dos participantes, com o intuito de avaliar se os itens eram efectivamente entendidos. Paralelamente, foi solicitado um pedido de autorização às Instituições onde pretendíamos recolher os dados em estudo, que autorizaram o contacto com os participantes (Anexo F).

A recolha dos dados foi realizada por um único investigador no espaço do Hospital Garcia de Orta, que contou com a colaboração de outros técnicos de saúde nos espaços relativos aos Centros de Saúde (Almada e Sobreda da Caparica) e aos Centros de Apoio à Droga e à Toxicodependência (Almada, Barreiro e Olhão).

A fase da aplicação era precedida por um esclarecimento sobre o objectivo geral do trabalho e pela leitura da carta de consentimento informado (Anexo B). Seguidamente, os participantes preenchiam o questionário sócio-demográfico e, depois, a escala de *vinculação pré-natal*, o que compreendia cerca de 7 minutos. No final os questionários eram colocados numa caixa fechada, no sentido de reforçar o anonimato e, posteriormente, era feito um agradecimento.

Na sua grande maioria, os participantes aceitaram colaborar, sendo raras as recusas. Salientamos o caso particular de um casal que após ter recebido a notícia da inviabilidade do seu bebê não quis, por motivos óbvios, participar.

## RESULTADOS

### Resultados Obtidos Através da Análise Factorial Exploratória

A apresentação dos resultados tem início com o estudo dos itens que compõem a Escala *Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS)*, constituída por uma *Versão Materna* e uma *Versão Paterna*, através da Análise Factorial Exploratória.

De modo a confirmar a estrutura factorial apresentada por Condon (1993), foi realizada uma análise de componentes principais (ACP) com rotação Varimax e definição prévia de dois factores, à semelhança da escala original. Após a realização de uma “medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin”- KMO (Maroco, 2003; p. 267), com resultados de 0.84 na forma paterna e de 0.85 na materna, bem como do teste da esfericidade de Barlett (0.000 nas duas versões materna e paterna), verificou-se existirem condições para a prossecução da análise factorial. Salienta-se que um valor de KMO que esteja entre 0.80 e 0.90 é considerado bom (Maroco, 2003).

Porém, para a solução de dois factores os valores da variância explicada eram de 31.14% na versão materna da escala e de 38.48% na versão paterna. Verificou-se, também, que na versão materna, os valores de alpha de cronbach eram de 0.75 e 0.59 para cada dimensão da escala original, havendo uma exclusão dos itens 2, 6, 7, 10, 14 e 19, que apresentaram uma carga factorial abaixo de 0.45. Na versão paterna os valores de alpha de cronbach encontrados foram de 0.75 na primeira dimensão e 0.76 na segunda, e os itens 6, 8, 12 e 16 foram excluídos. Este modelo, embora mais concordante com o encontrado pelo autor original, explicou uma percentagem pequena da variância em ambas as versões, pelo que foram analisadas outras possibilidades.

Desse modo, não foi condicionado o número de factores no programa estatístico, obtendo-se uma divisão em 6 factores para a versão materna e outra em quatro factores para a versão paterna. A solução encontrada para a versão materna permitiu aumentar o

valor da variância explicada (54%) mas os valores de alpha de cronbach para cada uma das seis dimensões eram pouco razoáveis (0.60; 0.60; 0.53; 0.52; 0.38 e 0.25). Surgiu, ainda, outra dificuldade relacionada com a criação de seis categorias que apresentassem um sentido teórico a partir dos itens que englobavam cada dimensão. O modelo de quatro factores para a versão paterna pareceu-nos ter sentido, optando-se por fazer, também, uma retenção de quatro factores na versão materna.

Assim, e tendo em conta que não foi possível encontrar uma coincidência com as dimensões definidas na organização dimensional proposta pelo autor original (Condon, 1993), avaliou-se a possibilidade de trabalhar a escala com quatro dimensões para ambas as versões.

Os valores resultantes do teste KMO foram de 0.85 na versão materna e 0.84 na versão paterna. A variância explicada foi de 43,28% e 54%, nas versões materna e paterna respectivamente. Os valores do alpha de cronbach encontrados foram de 0.80 na versão materna e 0.81 no caso da paterna.

Com base nesta divisão foi possível constituir uma organização em quatro dimensões para cada versão materna e paterna.

Assim, a versão materna divide-se em 4 dimensões:

- 1) Qualidade da Vinculação (itens: 2,3,7,9,11,12,13,16);
- 2) Individualidade do bebé (itens: 6,15,18,19);
- 3) Pensar sobre o bebé (itens: 1,4);
- 4) Representações mentais (5,8,10,17).

Relativamente à versão paterna, a mesma está dividida em:

- 1) Qualidade da Vinculação (itens: 2, 3, 7, 9, 11, 12, 13);
- 2) Representações mentais (itens: 1, 4, 5, 14, 10);
- 3) Individualidade do bebé (itens: 6, 15, 8);
- 4) Perda do bebé (item 16).

A denominação de cada dimensão teve por base os itens que a integravam e a sua relação e aproximação com conceitos teóricos. A dimensão I - *Qualidade da Vinculação* (em ambas as versões), foi assim nomeada pela concordância encontrada entre alguns itens que a compõem e os itens da mesma dimensão no estudo original. Assim, os itens que se mantêm são 3,9,11,12,13 e16 na versão materna e 2, 3, 7, 9, 11, 12 na paterna. Esta dimensão incluiu aspectos que se relacionam com a qualidade das experiências afectivas, com sentimentos positivos/negativos face ao bebé, com uma consciência da necessidade que o feto tem da mãe e com o desejo de proximidade face ao mesmo.

A dimensão II - *Individualidade do Bebê* (na versão materna) e III (na versão paterna), traduz conteúdos que implicam uma capacidade para diferenciar e aceitar o bebé como um ser individual, dotado de características próprias e de uma identidade. Revelam uma possibilidade interactiva e integram na dimensão da mãe a fantasia ligada à perda do bebé.

A dimensão III – *Pensar sobre o Bebê* (apenas para a versão materna), revela a força da preocupação com o bebé num plano afectivo.

A dimensão IV – *Representações Mentais* (versão materna) e II (versão paterna), incluiu temas que implicam por parte dos pais uma capacidade de representarem o bebé no seu espaço mental. Nesta dimensão, a representação poderá reportar a um plano consciente ou a um nível mais inconsciente, como se destaca para o item relacionado com os *sonhos*.

Verificou-se que na versão paterna dois dos itens estão mais intimamente relacionados com a preocupação face ao bebé e menos com as representações mentais. Mas, dada a relação dos restantes itens com o tema que deu nome à dimensão, fez-nos sentido manter.

Por último, a dimensão IV - *Perda do bebé* (versão paterna), representada por um único item e que se relaciona com a fantasia da perda. Esta dimensão relaciona-se com o único item mas, tendo em conta a sua especificidade e o valor elevado em termos da sua carga factorial (0.73), foi nossa decisão mantê-la.

Todas as dimensões se compõem por aspectos relacionados com o envolvimento afectivo dos pais ao bebé na gravidez.

#### Consistência Interna da *Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS)*

A consistência interna da escala foi calculada através do *Alpha de Cronbach*, que representa um importante índice de fiabilidade, destacando-se que os seus valores devem situar-se entre 0.7 e 0.8, para serem considerados bons (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Deste modo, os resultados obtidos para as versões materna e paterna da *AEAS* foram de 0.80 e 0.81, respectivamente, pelo que podem ser considerados bons.

Para a versão materna, a validade encontrada para cada dimensão constituída foi a seguinte: *Qualidade da vinculação* - 0.75, que pode ser considerado um bom valor; *Individualidade do bebé* - 0.43; *Pensar sobre o bebé* - 0.44, ambos pouco razoáveis; *Representações mentais* - 0.54, que pode ser considerado razoável.

Em relação à versão paterna, a consistência interna para cada dimensão foi: *Qualidade da vinculação* - 0.74, que representa um bom valor; *Representações mentais* - 0.73, que indica um bom valor; *Individualidade do bebé* - 0.59, que traduz um valor razoável; *Perda do bebé*, sendo que nesta dimensão apenas obtivemos o valor referente ao peso da carga factorial - 0.73.

Apesar de alguns valores de consistência interna serem pouco razoáveis, nomeadamente nas dimensões *Representações Mentais* e *Perda do Bebê* (versão materna), este modelo foi o que se apresentou mais consistente na amostra em estudo.

É importante salientar que para o item 14 da versão materna, o seu peso factorial foi baixo mas optámos por mantê-lo para que o valor de alpha de cronbach não sofresse uma diminuição.

As tabelas 15 – versão materna e 16 – versão paterna, apresentam a lista dos itens com carga factorial por factor resultante da análise factorial com extracção em componentes principais e com Rotação Varimax (apresentam-se todos os itens com um peso factorial superior a 0.45). Destacam-se, também os valores referentes ao alpha de cronbach para cada dimensão.

<b>Itens</b>	<b>Qualidade da Vinculação</b>	<b>Individualidade do bebé</b>	<b>Pensar sobre o bebé</b>	<b>Representações Mentais</b>
<b>1</b>			<b>0.71</b>	
<b>2</b>	<b>0.46</b>			
<b>3</b>	<b>0.59</b>			
<b>4</b>			<b>0.66</b>	
<b>5</b>				<b>0.45</b>
<b>6</b>		<b>0.48</b>		
<b>7</b>	<b>0.49</b>			
<b>8</b>				<b>0.60</b>
<b>9</b>	<b>0.60</b>			
<b>10</b>				<b>0.56</b>
<b>11</b>	<b>0.68</b>			
<b>12</b>	<b>0.50</b>			
<b>13</b>	<b>0.54</b>			
<b>14</b>	0.31	0.04	0.10	0.37
<b>15</b>		<b>0.53</b>		
<b>16</b>	<b>0.58</b>			
<b>17</b>				<b>0.66</b>
<b>18</b>		<b>0.50</b>		
<b>19</b>		<b>0.65</b>		
<b>Alpha Cronbach</b>	<b>0.75</b>	<b>0.43</b>	<b>0.44</b>	<b>0.54</b>

**Tabela 15 – Versão materna**

Itens	Qualidade da Vinculação	Representações Mentais	Individualidade do bebé	Perda do bebé
1		0.64		
2	0.60			
3	0.61			
4		0.69		
5		0.68		
6			0.75	
7	0.58			
8			0.80	
9	0.71			
10		0.54		
11	0.69			
12	0.45			
13	0.58			
14		0.71		
15			0.46	
16				0.73
<b>Alpha Cronbach</b>	<b>0.74</b>	<b>0.73</b>	<b>0.59</b>	<b>Não Tem</b>

Tabela 16 – Versão paterna

### Análise Descritiva

Tal como referido anteriormente sobre o instrumento escolhido para este estudo, o mesmo pretende avaliar o nível de vinculação dos pais relativamente ao bebé durante a gravidez. As questões colocadas foram respondidas segundo uma escala de *likert* com 5 níveis.

Com base no procedimento da análise factorial, com o intuito de ser feita uma validação da escala, resultou uma divisão em 4 dimensões, para cada uma das versões, materna e paterna. Tendo em conta esse modelo, iremos, nesta fase, realizar uma análise descritiva das respostas individuais para cada item. Para possibilitar a comparação das respostas dadas, algumas foram recodificadas para que um nível

elevado de resposta corresponda sempre a uma vinculação mais elevada. Assim, as notas mais altas da *AEAS* indicam um estilo de vinculação mais positivo. Salienta-se que na escala original, não existe um padrão *standart* relativamente ao qual os valores possam ser comparados, não havendo um valor de corte (Condon & Corkindale, 1997). Com o objectivo de obter uma referência para o valor esperado das respostas dadas, estimaram-se os valores médios obtidos em cada uma das versões da escala, tendo-se obtido um valor de 4.26 para a versão materna e 4.08 para a versão paterna. Este valor funciona como referência para a nossa amostra.

As tabelas 17 a 24 resumem a informação obtida. Além da análise da média, da moda e da mediana que se podem observar nestes quadros, construíram-se tabelas de frequências que podem ser consultadas em anexo (suporte digital).

#### *Resultados obtidos na Versão Materna da AEAS*

Para a versão materna da escala verifica-se que, em média, as respostas dadas são sempre elevadas, ou seja, no sentido de uma vinculação positiva.

#### *Dimensão I – Qualidade da Vinculação*

Pela observação da tabela 17 para a dimensão *qualidade da vinculação*, as médias das respostas a cada item são superiores a 4 e todas as modas são iguais a 5, indicando que em todos os itens desta dimensão a maioria das respostas pontuou o valor 5. Com excepção do item 2, esta maioria corresponde a pelo menos 50% de respostas iguais a 5 dado que a mediana assume sempre esse valor. Tendo em conta o item 2 podemos afirmar que pelo menos metade das respostas foi 4 ou 5.

	Item 2	Item 3	Item 7	Item 9	Item 11	Item 12	Item 13	Item 15	Item 16
Média	4,19	4,37	4,68	4,66	4,52	4,85	4,54	4,78	4,84
Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Mediana	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

**Tabela 17:** Análise Descritiva da Dimensão Qualidade da Vinculação

### Dimensão II – *Individualidade do Bebê*

A tabela 18 indica-nos que os valores médios e modais são elevados, embora se verifique um pequeno decréscimo no item 14. No entanto, este item, pelo fraco peso factorial que apresentou, apenas persiste nesta dimensão com o intuito de evitar a diminuição do valor de consistência interna da mesma. Deste modo, este resultado não será incluído na análise final. Porém, este item relaciona-se com o facto de a mãe se assegurar que se alimenta de forma saudável para o bem-estar do bebé. Ao consultarmos a tabela de frequências constatamos que na sua maioria (F=43,8%) as mães preocupam-se com o bebé quase sempre que comem e apenas uma pequena percentagem não revela essa preocupação (F=5,5%).

Outro resultado que importa destacar refere-se ao item 18. Deste modo, uma percentagem muito significativa de mães considera tocar na barriga muitas vezes ao dia (F=90,6%).

	Item 6	Item 14	Item 15	Item 18	Item 19
Média	4,40	3,84	4,78	4,83	4,91
Moda	5	4	5	5	5
Mediana	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00

**Tabela 18:** Análise Descritiva da Dimensão Individualidade do Bebê

### Dimensão III – *Pensar Sobre o Bebê*

A dimensão *pensar sobre o bebé* apresenta valores médios mais próximos do valor central da escala mas abaixo do valor médio geral. Contudo, as modas continuam a revelar uma maioria de respostas positivas e muito positivas. Nesta dimensão, os valores do item 4 são menos positivos que os do item 1. No entanto, para este último, a maioria das mães refere que o seu desejo em obter informação é moderadamente forte (F=38,2%) ou muito forte (F=31,3%), sendo que para apenas uma minoria significativa (F=2,3%) não existe nenhum interesse.

	Item 1	Item 4
Média	3,79	3,93
Moda	5	4
Mediana	4,00	4,00

**Tabela 19:** Análise Descritiva da Dimensão Pensar sobre o Bebê

#### Dimensão IV – Representações Mentais

Esta dimensão destaca-se das anteriores, especialmente pelo facto de no item 17 (sobre os sonhos) se terem encontrado valores muito mais baixos do que nos restantes. Para este item o valor da mediana é igual a 2, o que indica que pelo menos 50% das grávidas respondeu 1 ou 2 neste item, valores que vão no sentido da vinculação negativa.

A análise das tabelas de frequências para o item 17 indicou que a maioria das mães refere sonhar ocasionalmente (F=33,6%), sendo o valor das mães que sonham frequentemente também relevante (F=22,4%). No entanto, algumas mães nunca sonham (F=18,2%) e uma pequena percentagem menciona sonhar quase todas as noites (F=9,9%).

Importa, ainda, analisar o item 8, que se relaciona com o falar com o bebé, já que apresenta sinais de simetria nas respostas (mediana=3). A maioria das mães refere falar muito frequentemente com o seu bebé (F=28%) e apenas uma pequena percentagem considera nunca o fazer (F= 6%).

	Item 5	Item 8	Item 10	Item 17
Média	4,04	3,31	3,87	2,66
Moda	5	4	4	2
Mediana	4,00	3,00	4,00	2,00

**Tabela 20:** Análise Descritiva da Dimensão Representações Mentais

Em síntese, a análise descritiva de cada item revela que as questões referentes à *qualidade da vinculação* são as que reúnem um maior número de respostas positivas, seguindo-se as dimensões *individualidade do bebé*, *pensar sobre o bebé* e *representações mentais* sobre o bebé. Nesta última dimensão destaca-se a presença de um item com valores muito mais baixos que os restantes.

### *Resultados obtidos na Versão Paterna da AEAS*

#### *Dimensão I – Qualidade da Vinculação*

No que diz respeito à versão paterna do questionário, os resultados obtidos na dimensão *qualidade da vinculação* não parecem diferir significativamente dos obtidos na análise da versão materna. Salientamos, no entanto, que os itens que a constituem apresentam algumas diferenças.

As médias obtidas são todas superiores a 4 e a maioria das modas é igual a 5.

	Item 2	Item 3	Item 7	Item 9	Item 11	Item 12	Item 13
Média	4,07	4,58	4,71	4,69	4,24	4,58	4,48
Moda	4	5	5	5	5	5	5
Mediana	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

**Tabela 21:** Análise Descritiva da Dimensão Qualidade da Vinculação

#### *Dimensão II – Individualidade do Bebê*

A dimensão *individualidade do bebé* apresenta valores ligeiramente mais elevados do que a dimensão correspondente na versão materna do questionário.

Destacamos nesta dimensão o item 8, que nos permite verificar que a maioria dos pais tem ideias muito claras sobre o nome do bebé (F=74,5%), bem como o item 15 que nos mostra que uma maioria de pais (F=45,9%) refere tocar na barriga das mulheres.

	Item 6	Item 8	Item 15
Média	4,36	4,57	4,21
Moda	5	5	5
Mediana	5,00	5,00	4,00

**Tabela 22:** Análise Descritiva da Dimensão Individualidade do Bebê

### Dimensão III – *Representações Mentais*

Do mesmo modo que na versão materna da escala, esta dimensão apresenta, também, na versão paterna um item com valores bastante díspares dos restantes, referente aos sonhos com o bebé e com a gravidez (item 14). Verificou-se que pelo menos 50% dos inquiridos deram respostas abaixo do nível 3 da escala. A análise da tabela de frequências permitiu observar que, tal como no caso das mães, a maioria dos pais refere ter sonhos ocasionalmente (F=44%), seguindo-se os pais que consideram nunca sonhar (F=29,1%). Alguns pais mencionam sonhar frequentemente (F=14%) e apenas uma pequena percentagem sonha muito frequentemente (F=5%) ou mesmo todas as noites (F=6%).

Relativamente ao item 10 (relacionado com o facto de o pai pensar ou não sobre que tipo de criança o bebé será quando nascer), a mediana revelou uma simetria das respostas, pelo que também fomos observar a tabela de frequências. Verificámos que, na sua maioria, os pais consideram fazê-lo muito frequentemente (F=26%) ou ocasionalmente (F= 22,4%). Alguns revelam pensar no assunto frequentemente (F=19,4%) ou nunca (F= 17,3%). A percentagem de pais que consideram fazê-lo em quase todo o tempo é a menos relevante (F=14,8%).

	Item 10	Item 1	Item 4	Item 5	Item 14
Média	2,98	3,77	3,52	3,68	2,14
Moda	4	5	4	5	2
Mediana	3,00	4,00	4,00	4,00	2,00

**Tabela 23:** Análise Descritiva da Dimensão Representações Mentais

#### Dimensão IV – *Perda do Bebê*

Nesta dimensão salientamos apenas a presença de valores muito elevados.

	Item 16
Média	4,75
Moda	5
Mediana	5,00

**Tabela 24:** Análise Descritiva da Dimensão Perda do Bebê

Em síntese, à semelhança do que se observou para a versão materna, os resultados obtidos para a versão paterna, revelam uma média de valores de vinculação elevados. Tal como na versão anterior, o item referente aos sonhos é o que se salienta por apresentar valores de vinculação mais baixos.

### Análise Inferencial

#### Análise Inferencial – Comparação entre as Diferentes Dimensões

Para a comparação das respostas dadas nas diferentes dimensões, aplicou-se inicialmente o teste de Kolmogorov-Smirnov às médias das respostas dadas em cada uma das mesmas. Os resultados obtidos permitiram concluir que a suposição de normalidade dos dados não é razoável, uma vez que os *p-values* obtidos são todos inferiores a 0.05. Assim, para a comparação entre os diferentes grupos recorreremos a métodos não paramétricos nomeadamente para a comparação das respostas nas diferentes dimensões ao teste de Kruskal-Wallis.

Nas versões materna e paterna da escala, o *p-value* obtido foi 0, o que indica a presença de diferenças significativas entre as respostas dadas nas diferentes dimensões. Deste modo, tornou-se relevante conhecer essas diferenças. Para tal, foi aplicado o teste de Wilcoxon a cada um dos pares de dimensões (ex. *qualidade da vinculação* e *representações mentais*), de modo a averiguar de que forma se manifestam as diferenças detectadas. As tabelas 25 e 26 facilitam a observação dos resultados.

Foram encontradas diferenças significativas entre todos os pares analisados, à excepção das dimensões *qualidade da vinculação* e *individualidade do bebé*, em ambas as versões materna (*p-value*=0.100) e paterna (*p-value*=0.150) do questionário.

#### *Comparação entre os resultados das diferentes dimensões – Versão Materna*

A partir de uma análise comparativa entre as diferentes dimensões, foi possível observar que as respostas dadas nas dimensões *qualidade da vinculação* e *individualidade do bebé* são, em média, superiores às restantes, no que respeita à *vinculação pré-natal*. O mesmo se passa com a dimensão *pensar sobre o bebé* quando comparada com a dimensão *representações mentais*. Deste modo, no que respeita aos valores da *vinculação pré-natal*, os mais elevados surgem nas dimensões *qualidade da vinculação* e *individualidade do bebé* e os mais baixos na dimensão *representações mentais* (Tabela 25).

I	J	Diferença de Médias (I-J)	<i>p-value</i>
Qualidade da Vinculação	Individualidade do Bebé	0.027	0.100
	Pensar sobre o Bebé	0.720	0.000
	Representações Mentais	1.111	0.000
Individualidade do Bebé	Pensar sobre o Bebé	0.693	0.000
	Representações Mentais	1.084	0.000
Pensar sobre o Bebé	Representações Mentais	0.391	0.000

**Tabela 25:** Análise das diferenças entre as respostas nas diferentes dimensões

*Comparação entre os resultados das diferentes dimensões – Versão Paterna*

No que remete para a versão paterna, verificou-se que, em média, a *qualidade da vinculação* e a *individualidade do bebé* apresentam valores mais elevados do que as *representações mentais*. No entanto, a dimensão relacionada com a *perda do bebé* é a que mais se salienta com valores mais elevados (Tabela 26).

I	J	Diferença de Médias (I-J)	<i>p-value</i>
Qualidade da Vinculação	Individualidade do Bebé	0.098	0.150
	Representações Mentais	1.261	0.000
	Perda do Bebé	-0.271	0.000
Individualidade do Bebé	Representações Mentais	1.163	0.000
	Perda do Bebé	-0.369	0.000
Representações Mentais	Perda do Bebé	-1.532	0.000

**Tabela 26:** Análise das diferenças entre as respostas nas diferentes dimensões

*Comparação entre a versão materna e a versão paterna*

O processo de comparação entre as respostas dadas pelo grupo de pais e pelo grupo de mães realizou-se ao nível das dimensões que lhes são comuns: *qualidade da vinculação*, *individualidade do bebé* e *representações mentais*. Para procedermos a esta comparação utilizámos o teste de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos revelaram a presença de diferenças significativas nas dimensões *qualidade da vinculação* e *representações mentais* ( $p\text{-value}=0$ ) e a ausência de diferenças significativas entre os pais e as mães na dimensão *individualidade do bebé* ( $p\text{-value}=0.19$ ). Destaca-se que, apesar dos itens de que compõem cada dimensão apresentarem algumas diferenças nas diferentes versões, os mesmos são muito próximos na dimensão *qualidade da vinculação* e integram itens muito semelhantes nas restantes dimensões.

## Análise Inferencial – Comparação entre os diferentes tipos de gravidez

### *Comparação entre os diferentes tipos de gravidez - Versão materna*

Analisámos as respostas encontradas nos diferentes grupos que foram constituídos de acordo com o tipo de gravidez (normal, diabetes gestacional, toxicodependência, adolescência, idade tardia, gemelar, hipertensão, outras doenças da mãe, problemas associados à gravidez, problemas associados ao feto e problemas com gravidez anterior). O teste utilizado foi, novamente, o teste de Kruskal-Wallis, que apresentou *p-values* de 0.000 e 0.008 para as versões materna e paterna, respectivamente, pelo que podemos concluir existirem diferenças significativas entre os diferentes grupos. De modo a detectar em que grupos tais diferenças ocorriam, recorreremos à aplicação do teste de Mann-Whitney. Os resultados obtidos encontram-se na tabela (Anexo 1).

O grupo das grávidas toxicodependentes afasta-se mais significativamente de todos os outros grupos, apresentando uma vinculação com valores inferiores. Assim, apresenta diferenças estatisticamente significativas relativamente aos grupos: normal (*p-value*=0.000), diabetes gestacional (*p-value*=0.000), adolescência (*p-value*=0.000), idade tardia (*p-value*=0.000), gemelar (*p-value*=0.000), hipertensão (*p-value*=0.000), outras doenças da mãe (*p-value*=0.000), problemas associados com a gravidez (*p-value*=0.000), problemas associados com o feto (*p-value*=0.000), problemas associados com a gravidez anterior (*p-value*=0.000).

Destaca-se, também, o grupo das grávidas em idade tardia, estando presentes diferenças estatisticamente significativas relativamente ao grupo da gravidez normal (*p-value*=0.000), gemelar (*p-value*=0.009), com hipertensão (*p-value*=0.010), com a diabetes gestacional (*p-value*=0.029), com outras doenças da mãe (*p-value*=0.023) e com problemas associados à gravidez (*p-value*=0.000). Para uma melhor visualização dos resultados obtidos, consultar Anexo A (Análise das diferenças entre os diferentes tipos de grupos).

### *Comparação entre os diferentes tipos de gravidez - Versão paterna*

No caso dos pais, salienta-se que, a constituição dos grupos se encontra relacionada com o tipo de gravidez da companheira. As diferenças estatisticamente significativas para o grupo de pais foram apenas encontradas no grupo relacionado com a toxicodependência. Os valores do *p-value* foram: normal (*p-value*=0.000), diabetes gestacional (*p-value*=0.022), adolescência (*p-value*=0.001), idade tardia (*p-value*=0.001), gemelar (*p-value*=0.011), hipertensão (*p-value*=0.032), outras doenças da mãe (*p-value*=0.000) e problemas associados com a gravidez (*p-value*=0.000).

### Análise Inferencial – Variável Idade

Pretendeu-se verificar se existia alguma relação entre a *idade materna* e a *idade paterna* e a evolução da *vinculação pré-natal*. Os gráficos apresentados para a versão materna (1) e paterna (2) cruzaram as respostas médias dadas nos questionários com as idades da mãe e do pai, respectivamente. Como se pode observar, os gráficos não revelam qualquer padrão de evolução da *vinculação pré-natal* com o avançar da *idade*, concluindo-se que não existem evidências sobre a possibilidade de a vinculação aumentar ou diminuir com a idade.

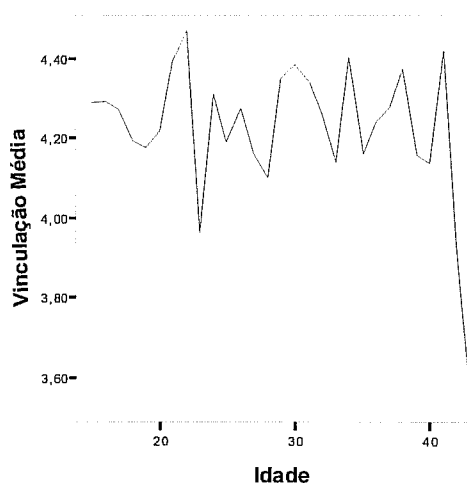
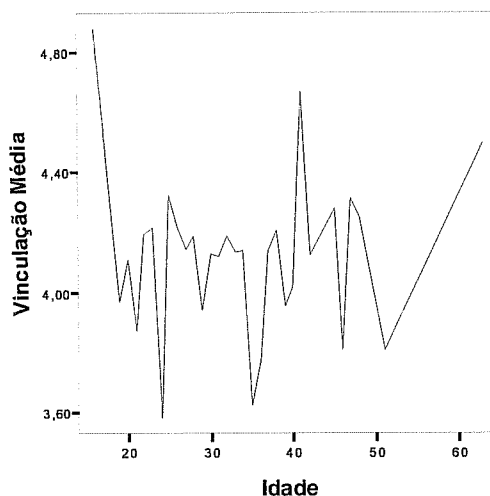


Figura 1: Gráfico da vinculação média segundo a idade (versão materna)

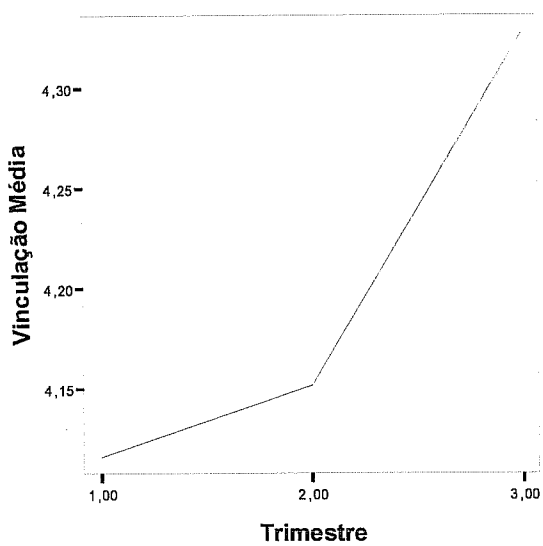


**Figura 2:** Gráfico da vinculação média segundo a idade (versão paterna)

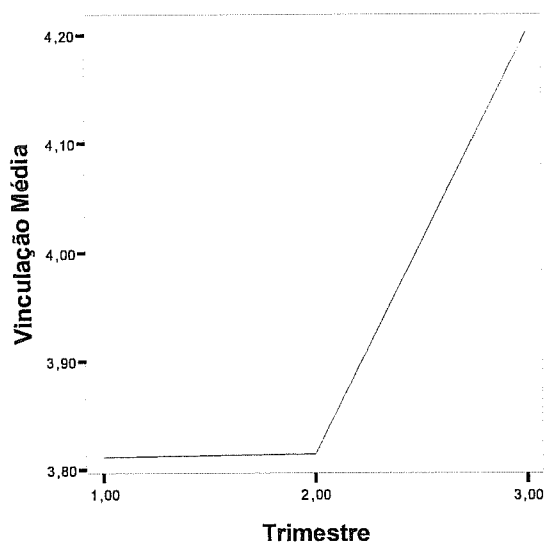
#### Análise Inferencial – Variável Trimestre da Gravidez

Pretende-se agora analisar se existe alguma evolução do nível de *vinculação pré-natal* com o evoluir dos trimestres da gravidez. À semelhança do ponto anterior, elaboraram-se gráficos, cruzando as variáveis *vinculação pré-natal* média e *trimestre de gravidez*. Os resultados para as versões materna e paterna encontram-se nos gráficos 3 e 4, respectivamente.

Tal como se pode observar, existe uma tendência clara para o aumento da *vinculação pré-natal* com o evoluir da gravidez, já evidente no segundo trimestre mas muito marcada no terceiro trimestre. As diferenças entre o primeiro e o segundo trimestres são mais evidentes no grupo de mães. Contudo, destacamos o facto de o número de grávidas no terceiro trimestre de gravidez ser bastante superior ao dos restantes trimestres, como um aspecto que poderá ter influenciado os resultados encontrados.

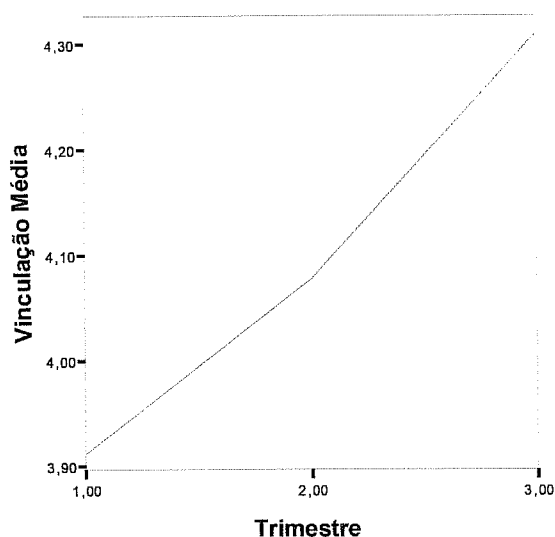


**Figura 3:** Gráfico da vinculação média segundo o trimestre de gravidez (versão materna)



**Figura 4:** Gráfico da vinculação média segundo o trimestre de gravidez (versão paterna)

Houve interesse em analisar a evolução da vinculação pré-natal com a duração da gravidez, no grupo de grávidas com idade tardia. Os gráficos obtidos neste caso encontram-se nas figuras 5 e 6. Como se pode observar não há diferenças significativas entre os resultados globais e os resultados obtidos apenas neste grupo. Tal como na amostra global, também nas grávidas em idade tardia os níveis de vinculação aumentam com a evoluir da gravidez.



**Figura 5:** Gráfico da vinculação média segundo o trimestre de gravidez nas grávidas com idade tardia (versão materna)

#### Análise Inferencial – Variável Paridade

Efectuou-se uma comparação entre os grupos de mães e de pais que esperam o primeiro filho (primíparas), com os grupos que já têm pelo menos um filho (multíparas) ao nível da *vinculação pré-natal*. Para tal recorremos ao teste de Mann-Whitney.

Os *p-values* obtidos para a versão materna e para a versão paterna foram, respectivamente, 0.763 e 0.019, indicando estes valores a presença de diferenças significativas apenas no grupo dos pais. Assim, tendo-se observado uma vinculação

média de 4.15 no caso das primíparas e de 3.96 para as múltíparas, concluiu-se que os homens que vão ser pais pela primeira vez apresentam níveis de vinculação mais elevados.

#### Análise Inferencial – Variável Profissão, Nível de Escolaridade e Estado Civil

Com o objectivo de averiguar a existência de alguma relação entre a *vinculação pré-natal* e a profissão, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney para comparar os diferentes grupos. Os *p-values* obtidos foram de 0.883 e 0.834 para as versões materna e paterna, respectivamente. Assim, concluiu-se que não existem diferenças significativas entre os diferentes grupos profissionais no que respeita à *vinculação pré-natal*.

No que diz respeito ao nível de escolaridade verificou-se que não existem diferenças significativas na vinculação (*p-values* de 0.889 e 0.662 para as versões materna e paterna, respectivamente).

Relativamente ao estado civil verificou-se que não existem diferenças significativas na vinculação (*p-values* de 0.333 e 0.927 para as versões materna e paterna, respectivamente).

#### Análise Inferencial – Item Perda do bebé e evolução da gravidez

Surgiu um interesse particular em cruzar a questão sobre a perda do bebé (item 19 na versão materna do questionário e 16 na versão paterna) com a evolução da gravidez. Assim, para esta questão em particular compararam-se os três trimestres através de um teste de Kruskal-Wallis. Os *p-values* obtidos foram de 0.215 para a versão materna e 0.350 para a versão paterna o que indica que não há diferenças significativas nas respostas obtidas a esta questão nos diferentes trimestres.

### Análise Inferencial – Item “Sonhos”

O item relacionado com os sonhos que os pais têm durante a gravidez, em relação à mesma ou ao bebê, foi aquele que se destacou por apresentar níveis de vinculação mais baixos em ambas as versões materna e paterna. Deste modo, compararam-se as respostas dadas neste item segundo os três trimestres de gravidez., recorrendo-se ao teste de Kruskal Wallis. Verificou-se que na versão paterna o *p-value* foi de 0.323, o que indica que não existem diferenças significativas nas respostas dadas nos três trimestres. Relativamente à versão materna, o *p-value* obtido foi de 0.006, indicando a presença de diferenças entre os três trimestres. Nesta versão, obtiveram-se para o primeiro, segundo e terceiro trimestres médias de 2.27, 2.5 e 2.77, respectivamente, o que indica que os níveis de vinculação associados a este item aumentam com o evoluir da gravidez.

## DISCUSSÃO

A presente investigação foi conduzida com o objectivo de dar resposta à seguinte questão de investigação: *Como se caracteriza a vinculação pré-natal em mães e em pais, que se enquadram numa condição gravídica normal ou com algum risco associado, e quais os factores que a influenciam?*

Nesse sentido, foi utilizada a escala *Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS)* da autoria de um psiquiatra australiano Jonh Condon (1993), composta por duas versões: materna (*Maternal Antenatal Attachment Scale*) e paterna (*Paternal Antenatal Attachment Scale*).

A referida escala foi anteriormente validada para a população portuguesa numa amostra com 107 mães e 107 pais numa condição de gravidez normal. Desse modo, e tendo em conta a dimensão da amostra do presente estudo bem como os diferentes dados que a caracterizam, nomeadamente pelo facto de incluírem a gravidez com risco e sem risco, constituiu-se também como objectivo a realização de uma nova validação da mesma escala. Para cumprir esse objectivo, recorremos a uma análise factorial exploratória com quatro factores que, muito embora distinta da realizada pelo autor original bem como pela validação nacional, permitiu obter valores que justificaram este modelo para a amostra em estudo. Num primeiro momento, a medida de homogeneidade das variáveis Kaiser-Meyer-Olkin indicou que a recomendação face à análise factorial era boa, já que os valores encontrados foram de 0.85 (versão materna) e 0.84 (versão paterna) (Maroco, 2003). Relativamente aos valores da análise da variância explicada, estes corresponderam a 43,28% na versão materna da escala e a 54% na versão paterna. Por sua vez, em relação à consistência interna calculada com o alpha de cronbach, obtivemos um valor de 0.80 na totalidade da escala materna e de 0.81 na escala paterna. Estes valores são considerados bons (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

As dimensões resultantes da análise factorial foram nomeadas de acordo com conteúdos teóricos relacionados com os temas dos itens que as compunham. Assim, foram definidas as seguintes dimensões: *qualidade da vinculação, representações mentais, pensar sobre o bebé e individualidade do bebé* na versão materna; *qualidade da vinculação, individualidade do bebé, representações mentais e perda do bebé*, na versão paterna. Foi efectuada uma tentativa de encontrar alguma semelhança relativamente às dimensões nomeadas pelo autor original, mas constatou-se que tal só faria sentido na primeira dimensão de ambas as versões. Fazemos uma ressalva face à dimensão *perda do bebé* na versão paterna, no sentido de ter sido mantida pelo facto de avaliar um aspecto muito importante e, também porque, embora constituída por um item isolado, o seu peso factorial foi elevado.

Para cada uma das dimensões encontradas, procedeu-se, igualmente, à avaliação da sua consistência interna através do alpha de cronbach. Os valores de cada dimensão na versão materna corresponderam a 0.75, 0.43, 0.44 e 0.54; os valores obtidos na versão paterna foram: 0.74, 0.73, 0.59 e 0.73 (que corresponde ao peso da carga factorial do item 16). Tendo em conta a literatura, a referência limite para o alpha de cronbach é 0.60. Mas, para dimensões com três ou quatro itens, um valor de 0.55 é aceitável (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Com base nesta informação, consideram-se razoáveis os valores obtidos em cada dimensão (sendo alguns muito razoáveis - 0.75 e outros menos razoáveis - 0.43), e a forma do instrumento adequada e ajustada à população em estudo. A análise de dois factores, que revelou vantagens quer no estudo original quer na análise factorial nacional, não se apresentou eficaz no nosso caso, o que poderá relacionar-se com as dimensões e características da amostra estudada.

Salienta-se que teria feito sentido que, para além do processo da análise factorial exploratória, se tivesse procedido a uma análise factorial confirmatória. No entanto, sendo este um primeiro estudo com uma amostra vasta e com características muito diferentes das anteriormente estudadas, procurou-se perceber quais os factores que tenderiam a emergir perante a mesma ao invés de confirmar exclusivamente se a estrutura factorial seria idêntica à original.

No que diz respeito ao conceito *vinculação pré-natal*, convém sublinhar que neste trabalho, entende-se por *vinculação pré-natal* a ligação emocional da mãe e do pai ao bebé durante a gravidez. Esta ligação incluiu todo um contexto de envolvimento emocional com a qualidade das experiências afectivas, os sentimentos face à gravidez e ao feto, a capacidade para representar e pensar sobre o bebé, a preocupação face ao mesmo, os comportamentos de cuidado e de procura de contacto, que promovem uma vivência mais ou menos positiva desta experiência. Não pretendemos aqui avaliar o lado do feto/bebé, nem criar uma proximidade com a Teoria da Vinculação, que valoriza os comportamentos que o recém-nascido competente activa para criar e manter a proximidade e a protecção da mãe (ou figura de referência). Porém, e tendo em conta as inúmeras e valiosas investigações sobre a vida intra-uterina e o feto, sobre as competências do mesmo e sobre as possibilidades interactivas, fica o desejo de, em investigações futuras se perceber também algo sobre o seu lado. Por agora, é o estudo dos pais que tem interesse, pelo que passaremos a discutir os resultados encontrados para ambas as versões, materna e paterna, com base nas quatro dimensões constituídas pela análise factorial. De seguida, serão discutidos os resultados obtidos na sequência da análise inferencial.

De um modo geral, os resultados globais obtidos em cada uma das versões da escala indicam que, durante a gravidez a vinculação da mãe e do pai ao bebé é muito positiva, sendo superior no caso da mãe. Estes resultados vão ao encontro de outra investigação que observou a presença de sentimentos de *vinculação pré-natal* mais intensos nas mães que nos pais (Zeanah *et al.*, 1990). De facto, são as mães que trazem o bebé no seu interior e se mantêm em contacto físico constante com ele. É, ainda, provável que pensem no filho durante as actividades que praticam, de forma a garantirem o bem-estar do mesmo. Esta vivência partilhada pode estar relacionada com resultado encontrado. Por outro lado, a diferença entre o N de participantes femininos e o N de participantes sexo masculinos poderá ter tido influência nesse resultado. Podemos assim concluir que, na sua maioria os pais não acompanharam as mães à consulta médica e sugerir que a gravidez está ainda muito referenciada ao feminino.

É, ainda, importante salientar que na maioria dos nossos casos, a gravidez se encontrava no segundo e terceiro trimestres, que por oposição ao primeiro são períodos onde o envolvimento afectivo com o feto é mais marcado. No primeiro trimestre, tal como sugerem os dados literários, a mãe não só está mais preocupada com a sua própria segurança como se encontra mais ambivalente e com receios ligados à perda. Assim, a presença de um maior número de sujeitos nos dois últimos trimestres terá que ser tida em conta neste resultado.

De um modo mais específico, fomos analisar cada uma das quatro dimensões estabelecidas. Assim, no grupo de mães os valores mais elevados situaram-se nas dimensões *Qualidade da Vinculação* e *Individualidade do Bebé*. Perante este resultado, parece que a amostra em estudo se compõe, sobretudo, por mães que vivem a gravidez num contexto positivo e afectivamente favorável, em relação ao feto e à sua condição de grávida. Por outro lado, estas mães parecem considerar o feto como um ser diferente e individual, e não como um prolongamento de si mesmas, o que é concordante com as abordagens teóricas dos segundo e terceiro trimestres da perspectiva psicológica da gravidez. Destacamos, aqui, que em 90,6% dos casos, as mães referiram tocar na barriga muitas vezes ao dia, o que sugere uma procura de contacto e, talvez, de interacção com o filho antes do nascimento, o que poderá implicar o reconhecimento da sua individualidade.

A dimensão *Pensar sobre o Bebé*, também traduz um valor que se integra numa vinculação positiva, o que nos permite referir que as mães pensam de alguma forma sobre o seu bebé durante a gravidez.

Importa destacar a dimensão *Representações Mentais* cujos valores apresentados se destacam pelo facto de serem os mais reduzidos. Esta dimensão contempla conteúdos que se relacionam com os sonhos na gravidez, bem como com a possibilidade de falar com o feto. Uma análise mais detalhada permitiu verificar que, apesar da redução do nível de vinculação nesta categoria, esses valores não se prenderam com o item relativo à possibilidade de as mães falarem com o bebé, tendo em conta que as mães da nossa amostra na sua maioria falam com o seu bebé durante a gravidez. Assim, o item

referente aos sonhos é o que pontua resultados mais negativos. Os conteúdos literários referem que os sonhos são frequentemente estimulados pela gravidez (Byolowski, 2002). No entanto, os resultados obtidos permitem-nos concluir que as grávidas da nossa amostra sonham, sobretudo, ocasionalmente, algumas referem sonhar frequentemente e outras consideram mesmo não sonhar. Porém, os dados permitiram verificar que a possibilidade de sonhar aumenta com o evoluir da gravidez. Na ausência de outros resultados que confrontem o encontrado face a esta temática, não será possível dizer se estas grávidas sonham menos ou mais que outras nas mesmas condições.

A ideia da perda do bebé está, na totalidade dos participantes, quer sejam mães ou pais, maioritariamente associada a um sentimento de tristeza. Deste modo, é atribuída ao feto um forte importância e este dado vem reforçar a ligação emocional que os pais sentem face ao mesmo. Poder-se-á especular sobre a existência de um desejo associado a este filho, bem como reforçar o que a literatura refere sobre a dor que se associa à perda durante esta fase do ciclo de vida dos pais.

Os resultados globais encontrados na amostra masculina, permitem anotar a existência de uma *vinculação pré-natal* positiva do pai ao bebé antes do nascimento. Assim, também os pais se sentem envolvidos na gravidez e ligam-se emocionalmente ao feto.

A análise de alguns itens da versão paterna da escala permitiram perceber que a maioria dos pais referem que gostariam de pegar no bebé logo que nascesse, têm ideias muito claras relativamente ao nome que lhe vão dar e tocam na barriga das mães. Estes pais também procuram o contacto com o filho e promovem possibilidades interactivas, tendo sido esta sugestão encontrada em estudos (Lamb *et. al.*, 1985; Piccinini *et. al.*, 2004).

Também na versão paterna, a dimensão *Representações Mentais* é a que apresenta valores mais baixos, o que, também, neste caso, é fortemente influenciado pelo item dos sonhos. É, assim, possível referir que na nossa amostra os pais sonham pouco e

salienta-se que 29% responderam não sonhar. Este item não é, por si só, decisivo para concluir que os pais têm dificuldade em representar mentalmente o bebé durante a gravidez.

Da comparação estabelecida entre os grupos formados a partir da amostra total, evidenciam-se alguns resultados. Em primeiro lugar, no grupo das grávidas toxicodependentes, destaca-se a presença de níveis de vinculação inferiores relativamente a qualquer dos outros grupos definidos. Este resultado permite concluir que os níveis de *vinculação pré-natal* são significativamente mais baixos nas grávidas toxicodependentes quando comparados com os apresentados pelas grávidas sem risco associado à sua gravidez ou, com os resultados encontrados em grávidas com outro tipo de risco, como sendo as adolescentes, as diabéticas, as hipertensas ou portadoras de outras doenças, as gemelares e as grávidas em idade tardia. Tal como sugerido pela literatura e pela investigação empírica, o contexto em que a gravidez surge está, geralmente, associado a condições psíquicas, físicas e até sociais próximas da precariedade. A gravidez não surge integrada num projecto e é frequentemente vivida com insegurança e como diz Sá (1997) a mãe pode negar a presença do bebé no seu interior e este ser visto como um elemento mágico que vai condicionar a paragem dos seus consumos. Assim, os resultados obtidos parecem poder reforçar o encaixe difícil entre a gravidez e a toxicodependência. Neste caso, a escala em estudo poderá oferecer-se como um instrumento útil no trabalho com esta população, de modo a avaliar a forma como a mãe se liga ao bebé na gravidez, despistar dificuldades e, com base nessa avaliação estabelecer alguns objectivos num programa de intervenção. Contudo, há que ter em conta a dimensão reduzida do número de participantes estudados neste grupo específico.

Convém fazer referência à amostra masculina correspondente como sendo a única que revelou diferenças significativas face aos restantes grupos nos pais. Tendo em conta que os dados relativos a estes pais foram sempre recolhidos nos CAT, colocamos a hipótese de também estes serem toxicodependentes. Assim, o seu projecto de gravidez integra-se num contexto com características semelhantes ao das mulheres.

No que respeita às grávidas com diabetes gestacional, verificou-se uma ausência de relações significativas com os restantes grupos (à excepção das toxicodependentes e das grávidas em idade tardia). Parece, assim, que a presença de diabetes durante a gravidez não interfere com a *vinculação pré-natal*, resultado que é partilhado com o de outro estudo (Chazotte et al., 1995). O mesmo resultado foi encontrado nos grupos relativos à gravidez gemelar, à gravidez na presença de outras doenças da mãe, nomeadamente de hipertensão e à gravidez na adolescência. Relativamente a este último grupo, outro estudo revelou que as grávidas adolescentes apresentavam padrões de desenvolvimento do vínculo pré-natal semelhantes aos de outros grupos (Bloom, 1995).

Por sua vez, para as grávidas em idade tardia, os resultados indicam-nos a presença de diferenças estatisticamente significativas entre este grupo e os restantes (excluindo os grupos com problemas na gravidez anterior ou com problemas relacionados com o feto). Assim, à excepção do grupo de grávidas toxicodependentes, este grupo apresentou níveis mais baixos de *vinculação pré-natal*. Os dados encontrados são concordantes com os de outros estudos que também verificaram uma diminuição dos valores da vinculação durante a gravidez em mulheres, a partir dos 35 anos (Berryman & Windridge, 1996), bem como uma tendência para a mesma diminuição (Mendes, 2002). Várias hipóteses poderão confrontar este resultado. Concordando com Berry *et al.* (1996), considera-se que os riscos associados à gravidez nesta fase da vida, nomeadamente da possibilidade de *Síndrome de Down* ou de outras malformações, podem levar à activação de defesas e dificultar o pensar na realidade da gravidez e na viabilidade do feto pelo receio de o perder ou pelo medo de que não seja saudável. Deste modo, a ligação emocional ao bebé torna-se mais difícil e pode ficar mais comprometida. Outra hipótese prende-se com a possível existência de outras doenças nesta idade, bem como na exigência da realização de exames que, associados à gravidez, possam levar a um mal estar físico, interferindo na disponibilidade da mãe para o bebé que vai ter. Por último, vivência de experiências anteriores de gravidez poderá diminuir o efeito da novidade e, por se tratar de uma experiência conhecida poderá corresponder a uma diminuição do investimento no novo bebé durante o tempo da sua concepção.

Para além deste grupo em particular, a análise da *idade materna e paterna* foi verificada em relação ao nível médio de vinculação pré-natal e não foi encontrada uma relação entre a idade dos pais e o nível de vinculação, não se verificando um padrão de evolução concordante. Outros estudos demonstraram que não existia uma correlação significativa entre a idade materna e a ligação da mãe ao feto (Mendes, 2002; Cranley, 1981).

A variável *idade gestacional* foi inicialmente estudada na amostra total e, posteriormente, no grupo de grávidas em idade tardia, tendo em conta o interesse por compreender se os níveis de vinculação apresentados por essas grávidas se mantinham ao longo da gestação.

De um modo geral, verificou-se, sobretudo nas mães mas também nos pais, uma tendência clara para um aumento dos níveis de *vinculação pré-natal* com o evoluir da gravidez, com maior evidência no terceiro trimestre. O mesmo resultado foi obtido no grupo de grávidas em idade tardia.

Alguns estudos encontram o mesmo efeito da idade gestacional na *vinculação pré-natal* (Berryman & Windridge, 1996; Bloom, 1995; Grace, 1989; Sjögren, Edman, Windström, Mathiesen & Uvnäs-Moberg, 2004), também entre o primeiro e o segundo trimestres, (Grace, 1989), mas não entre o segundo e o terceiro trimestres (Mendes, 2002). Uma forte ligação foi encontrada no sétimo mês (Winkler, 2000).

Com base na teoria dos três trimestres, da vertente psicológica da gravidez, fará sentido que os níveis de *vinculação pré-natal* relativos à primeira fase sejam mais reduzidos, tendo em conta a ambivalência face à gravidez, a presença de um mal estar decorrente de sintomatologia psicossomática e a possibilidade da perda do bebé. Por sua vez, a segunda fase é globalmente mais tranquila, a existência do bebé começa a ser mais clara face à presença dos seus movimentos e a viabilidade da gravidez mais segura, o que poderá influenciar na ligação ao bebé. A terceira fase, embora novamente mais desconfortável e fortemente imbuída dos receios do parto, é também aquela em que mãe, pai e bebé têm mais tempo em comum e provavelmente terão criado um espaço com características interactivas. Também nesta fase é frequente o bebé ter um

nome, um quarto, um enxoval, o que lhe atribui uma existência bem um espaço de afectos por parte dos pais. No caso específico do grupo com idade tardia, os resultados têm concordância com outro estudo (Berry *et al.*, 1996) e o que referimos para a amostra geral parece enquadrar-se neste grupo em particular.

Em relação à variável *paridade* apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a gravidez primípara e múltipara no grupo de pais. Deste modo, conclui-se que os homens que vão ser pais pela primeira vez se encontram mais vinculados ao feto durante a gravidez do que aqueles que já têm filhos prévios, o que vai no sentido do resultado encontrado por Gomez & Leal (s.d). É provável que o efeito novidade e o fascínio da nova experiência associados a uma primeira gravidez possam promover uma maior vinculação nos pais. Neste sentido, a mudança no estatuto do homem que se vai tornar pai, também poderá implicar o seu maior envolvimento neste processo, nomeadamente através de uma necessidade de se representar enquanto pai, e ensaiar o seu novo papel de cuidador. Por outro lado, os homens que já têm outros filhos, não só lhes dedicam parte do seu tempo, ficando menos tempo para se ligarem ao bebé que esperam, como poderão vir a ter acréscimos financeiros com o novo elemento (Condon & Esuvaranathan, 1990). Ambos os aspectos poderão influenciar no resultado apresentado.

Ao contrário dos dados apresentados noutros estudos que concluíram que a *vinculação pré-natal* era mais positiva nas mães que esperavam o primeiro filho (Zimmerman & Doan, 2003; Mendes, 2002), os resultados encontrados não revelaram diferenças significativas entre as grávidas primíparas e múltiparas.

As variáveis *estado civil*, *profissão* e *nível de escolaridade* não apresentaram qualquer relação com a *vinculação pré-natal*, no grupo de mães nem no grupo de pais. Os dados empíricos consultados confirmaram a inexistência de uma relação significativa face ao grau de instrução, mas referiram uma tendência para que grávidas com menor grau de instrução apresentassem pontuações de *ligação materno-fetal* mais baixas quando avaliadas com a escala *maternal-fetal attachment scale* (Mendes, 2002). Na amostra em estudo, a percentagem de participantes com níveis de escolaridade mais reduzidos é pouco significativa.

Não foram encontrados estudos que permitissem comparar o presente resultado acerca da *profissão*. Com base no resultado obtido concluímos que a variável profissão dos pais não influencia a sua vinculação ao bebé antes do seu nascimento. Poderíamos, eventualmente, colocar a hipótese de que em grupos de desempregados, a possível preocupação com a situação económica poderia interferir na ligação ao bebé pelo receio das dificuldades que poderiam surgir. Contudo, tal não se verificou, o que sugere que, eventualmente, as mesmas preocupações poderão ter lugar apenas depois do nascimento ou são mesmo inexistentes.

Por último, na presente investigação, os resultados encontrados para o estado civil também não exercem uma influência sobre a vinculação pré-natal. De facto, na sua maioria, os participantes em estudo eram casados ou viviam em união de facto, o que dá conta de algum suporte.

Em síntese, os resultados encontrados sugerem a presença de uma *vinculação pré-natal* positiva, tanto nas mães como nos pais num contexto de envolvimento emocional. Esse envolvimento reflecte-se através da possibilidade de o bebé ser pensado e na procura de contacto com ele. Tanto nos pais como nas mães a presença de sonhos durante esta fase é pouco frequente, e ambos são unânimes em admitir sentimentos de tristeza face à fantasia de perda do bebé. A *vinculação pré-natal* tende a aumentar com o evoluir da gravidez e é mais elevada em homens que vão ser pais pela primeira vez, mas não nas mulheres. Parece não sofrer uma influência de factores como o nível de escolaridade, o estado civil e a profissão. As grávidas toxicodependentes e, em segundo lugar, as grávidas em idade tardia, revelam níveis de vinculação pré-natal mais baixos em comparação com os restantes grupos.

O presente trabalho vem reforçar a importância da ligação emocional dos pais ao bebé durante a gravidez e mostrar a força dessa mesma ligação. Vem destacar o envolvimento do pai nesta fase e reforçar a necessidade efectiva do trabalho com algumas populações específicas, como é o caso das grávidas toxicodependentes, já que foi o grupo que se apresentou como detentor de maiores dificuldades no processo de ligação ao bebé. Deste modo, a intervenção parece urgente na tentativa de minimizar as

dificuldades ao nível da futura relação mãe-bebé e de prevenir futuros quadros de psicopatologia na criança.

Realçam-se, também, as necessidades no âmbito da vigilância pré-natal que deve sempre incluir a promoção de uma relação positiva entre a mãe/pai e o feto. Parece importante a realização do despiste das situações de risco derivadas de factores sociodemográficos, obstétricos e relacionais.

A intervenção durante a gravidez é primordial no contexto da promoção e da prevenção da saúde mental.

No âmbito de futuras investigações ficam algumas sugestões.

Tendo em conta que os resultados obtidos foram no sentido de que os níveis de *vinculação pré-natal* são superiores nas mães quando comparadas com os pais e, dado existir uma diferença muito importante entre o número de elementos de cada um desses grupos no presente estudo, teria todo o interesse avaliar este resultado na presença de dois grupos com o mesmo número de participantes.

A partir dos resultados encontrados no grupo das grávidas toxicodependentes e, tendo em conta o número reduzido do grupo disponível, seria fundamental estudar novamente esta população em relação à *vinculação pré-natal*, de forma a confirmar ou não os resultados obtidos. Seria, igualmente, interessante avaliar os mesmos resultados tendo em conta cada uma das dimensões da escala.

O estudo da *vinculação pré-natal* nas diferentes culturas que habitam o nosso país também parece ser interessante, no sentido de se perceberem quais as características da ligação emocional dos pais ao bebé durante a gravidez nessas mesmas culturas.

Os grupos constituídos, à excepção das grávidas normais, em idade tardia ou na fase da adolescência, apresentavam um número muito reduzido de participantes. Assim, considera-se que a presença de amostras mais vastas em relação aos mesmos grupos poderia ser alvo de estudos futuros.

Por fim, reforça-se a necessidade de ser dada uma continuidade ao desenvolvimento de instrumentos válidos nesta área, susceptíveis de ser utilizados no campo da investigação e também no âmbito da intervenção.

## Referências

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13, (2), 167-182.
- Araújo, M. (2006). Nacer bem. (pp. 23 – 28). In C. Rosa & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebé* (pp. 23-28). Lisboa: Fim de Século.
- Armstrong, D. & Hulti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 27, 183-189.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi.
- Berryman, J. C., & Windridge, K. C. (1996). Pregnancy after 35 and attachment to the fetus. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14, 133- 143.
- Bloom, K. C. (1995). The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nursing Research*, 44 (5), 284-289.
- Bowlby, J. (1969/1984). *Apego – Volume I da Trilogia Apego e Perda*. S. Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, B. & Greenspan, S. (2002). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Editorial Presença: Lisboa
- Brazelton, T. (1992). *Tornar-se família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Terramar: Lisboa.

- Brazelton, T., & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce. Os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Bunting, L. & McAuley, C. (2004). Research Review: Teenage pregnancy and parenthood: the role of fathers. *Child and Family Social Work*, 9, 295-303. Retrieved November 12, 2006 from EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Bydlowski, M. & Golse, B. (2002). Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma via de objectalização. In L. Filho, M. Corrêa & P. França (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até aos 3 anos. Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. (pp. 215-220). Brasília: L.G.E.
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representações do objecto interno. In L. Filho, M. Corrêa & P. França (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até aos 3 anos. Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. (pp. 205-214). Brasília: L.G.E.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17 – 49). Coimbra:Quarteto
- Chamberlain, D. (2003). *A mente do seu recém-nascido*. Lisboa: Hugin.
- Chazotte, C., Freda, M., Elovitz, M. & Youchah, J. (1995). Maternal depressive symptoms and maternal-fetal attachment in gestational diabetes. *Journal of Women's Health*, 4, 375-380.
- Clinton, J. (1987). Physical and emotional responses of expectant fathers throughout pregnancy and the early postpartum period. *The International Journal of Nursing Studies*, 24 (1), 59-68.

- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: Experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Colpin, H., De Munter, A., Nys, K., & Vandemeulebroecke, L. (1998). Prenatal attachment in future parents of twins. *Early Development and Parenting*, 7, 223-227.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical and Psychology*, 66, 167-183.
- Condon, J., Boyce, P., Corkindale, C. (2004). The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38: 54-64. Retrieved November 12, 2006 from EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Condon, J., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical and Psychology*, 4, 359-372.
- Condon, J. & Esuvaranathan, V. (1990). The influence of parity on the experience of pregnancy: A comparison of first and second-time expectant couples. *British Journal of Medical and Psychology*, 63, 639-377.
- Correia, M. (2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 49-60). Lisboa: Fim de Século.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281-284.
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B. & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14, 625-640.

- Doan, H. & Zimerman, A. (2003). Conceptualizing prenatal attachment: toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal e Perinatal Ppsychology & Health*, 18, 109-125.
- Fava Vizziello, G., Antonioli, M., Cocci, V & Internizzi, R. (1993). From pregnancy to motherhood: the structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal*, 14, (1), 4-16.
- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Figueiredo, B., Matos, R., Magarinho, R., Martins, C., Jongenelen, I., Guedes, A., Lopes, L., Gameiro, H. & Soares, I. (2000). Ser jovem e ser mãe: um programa de prevenção psicológica para mães adolescentes. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 11-24). Lisboa: ISPA.
- Figueiredo, B. (2006). Desenvolvimento e comportamento fetal. In I. Leal (Ed), *Perspectivas em psicologia da saúde* (pp.29-50). Quarteto: Coimbra.
- Fonagy, P. (2001). Introduction to attachment theory. In P. Fonagy (Ed.). *Attachment Theory and Psychoanalysis* (pp. 5-18). New York: Oyher Press.
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M. (1991). Maternal Representations of Attachment During Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Child Development* , 62, (5), 891 – 905.
- Golse, B. (2002). *Do corpo ao pensamento*. Lisboa: Climepsi.
- Golse, B. (2007). *O Ser-bebé*. Lisboa: Climepsi.
- Gomes-Pedro, J. (2006). O brincar do bebé. In C. Rosa & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebé* (pp.11-22). Lisboa: Fim de Século.

- Gomez, R. (2005). O Pai. Paternidade em transição. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 257-285). Lisboa: Fim de Século.
- Gomez, R. & Leal, I. (undated). Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. Unpublished manuscript.
- Grace, J. T. (1989). Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 38, (4), 228-232.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi.
- Guerreiro, C. (2001). A mulher toxicod dependente e a gravidez. In C. Frazão, M. Pereira, F. Amaro & L. Teles (Eds), *A mulher toxicod dependente e o planeamento familiar, a gravidez e a maternidade* (pp.97-150). Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Lamb, M., Pleck, J., Charnov, E. & Levine, J. (1985). Paternal behavior in humans. *American Zoologist*, 25, 883-894.
- Laxton-Kane, M. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20, (4), 253-266. Retrieved November 12, 2006 from EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Le Camus, J. (2002). *O verdadeiro papel do pai*. Porto: Âmbar.
- Leal, I. (2005). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 9-19). Lisboa: Fim de Século.
- Lebovici, S. (1988). Fantasmatic interaction and intergenerational transmission. *Infant Mental Health Journal*, 9, (1), 10-19.

- Lebovici, S. & Stoleru, S. (1995). L'interaction parent-nourrisson. In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Eds.), *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence* (pp. 239-246). Paris: PUF.
- Lecanuet, J., Granier-Deferre, C. & Schaal, B. (1995). Les perceptions foetales. Ontogenèse des systèmes et écologie foetale. In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Eds.), *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence* (pp. 253-262). Paris: PUF.
- Lerum, CW. & LoBiondo-Wood, G. (1989). The relationship of maternal age, quickening and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth*, 16, (1), 13-17.
- Lumley, J.M. (1980). The image of the fetus in the first trimester. *Birth and Family Journal*, 7, 5-14.
- Lumley, J.M. (1982). Attitudes to the fetus among the primigravidae. *Australian Pediatric Journal*, 18, 106-109.
- Machado, M. (1996). Identificação do risco materno-fetal. In L. Graça (Ed.), *Medicina materno-fetal: fundamentos e prática clínica* (pp. 173-178). Lisboa: Wyeth Lederle.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório Psicologia*, 4, (1), 65-90.
- Matos, A. (2004). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi
- Matos, C. (2006). Entre Memória emocional e memória semântica: mito pessoal do bebé. In C. Rosa & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebé* (pp.41-52). Lisboa: Fim de Século.
- May, K. (1982). Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*, 31, 337-342-

- Mazet, P. & Stoleru, S. (2003). O bebé antes do nascimento. In P. Mazet & S. Stoleru (Eds), *Psicopatologia do lactente e da criança pequena* (pp.23-29) Lisboa: Climepsi.
- Mendes, I. (2002). *Ligação materno-fetal. Contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto.
- Mercer, RT., Ferketich, S., May, K., DeJoseph, J. & Sollid, D. (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research Nursing & Health*, 11, (2), 83-95.
- Mikhail, MS., Youchah, J., DeVore, N., Gy, H., Anyaegbunam, A.(1995). Decreased maternal-fetal attachment in methadone-maintained pregnant women: a preliminary study. *Journal of the Association for Academic Minority Physicians*.
- Muller, M. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15, (2), 199-215.
- Muller, M. (1996). The prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15, (2), 199-215.
- Negri, R. (1997). Observação da vida fetal. In M. Lacriox & M. Monmayrant (Eds.), *A Observação de bebés* (pp. 113-129). Porto Alegre: Artes Médicas.
- O'Connor, T., Heron, J., Golding, J., Glover V. & ALSPAC study team (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology*, 44, (7), 1025-1036. Retrieved June 2, 2007 from EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Olivier, C. (2000). *O pequeno guia para o pai*. Prefácio: Lisboa.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Piha, J. & Helenius, H. (2001). Prenatal maternal representations: mothers at psychosocial risk. *Infant Mental Health Journal*, 22, (5), 529-544. Retrieved June 2, 2007 from EBSCOHost Academic Search Elite database.

- Piccinini, C., Silva, M., Gonçalves, T., Lopes, R. & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, (3), 303-314.
- Pimenta, M. (1997). A toxicodependência na mulher. Gravidez, parto e puerpério. *Toxicodependências*, 1, (3), 31- 35.
- Pines, D. (1988). Adolescent pregnancy and motherhood: a psychoanalytical perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 8, (2), 234-251.
- Piontelli, A. (1995). *De feto a criança. Um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Pires, A. (2006). Toxicodependência e parentalidade. In I.Leal (Ed.), *Perspectivas em psicologia da saúde* (pp. 61-79). Coimbra: Quarteto.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez. A história interior*. S. Paulo: Artes Médicas.
- Reis, N. (2006). Com a vista na ponta dos dedos. In C. Rosa & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebê* (pp.53-60). Lisboa: Fim de Século.
- Rodrigues, A., Pérez-Lopes, J. & Brito de la Nuez, A. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, 20, (1), 95-102. Retrieved November 14, 2006 from EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Rosa, J. (2006). A separação: pressuposto fundamental da unidade originária. In C. Rosa & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebê* (pp.115-118). Lisboa: Fim de Século.
- Rosa, J. (2006). Pensar o brincar. In C. Rosa & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebê* (pp.100-104). Lisboa: Fim de Século.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal*, 4, 143 - 153.

- Sá, E. (1993). *Psicologia dos pais e do brincar*. Lisboa: Fim de século.
- Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebé*. Lisboa: Fim de século.
- Sá, E. (2006). Da Comunhão à comunhão"... posição uterina e amor sem objecto. In C. Rosa & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebé* (pp.105-114). Lisboa: Fim de Século.
- Shieh, C. & Kravitz, M. (2002). Maternal-fetal attachment in pregnant women who use illicit drugs. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, (4), 369-380.
- Siddiqui, A. & Hägglöf (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, (4), 369-380. Retrieved June 2, 2007 from EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Siddiqui, A. & Hägglöf (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (1), 67-74. Retrieved June 2, 2007 from EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Silva, M. (1996). Gravidez nos extremos da vida reprodutiva. In L Graça (Ed.), *Medicina materno-fetal: Fundamentos e prática clínica*. (pp.173 – 178). Lisboa: Wyeth Lederle.
- Sjejer, M. (2002). Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In L. Filho, M. Corrêa & P. França (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até aos 3 anos. Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebé*. (pp. 188-204). Brasília: L.G.E.
- Sjögren, B., Edman, G., Windström, A., Mathiesen, A. & Uvnäs-Moberg, K. (2004). Maternal fetal attachment and personality during first pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22, (2), 57-69. Retrieved June 2, 2007 from EBSCOHost Academic Search Elite database.

- Soares, I. (2007). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Ed.), *Relações de Vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação* (pp.13 – 45).. Braga: Psiquilibrios.
- Soulé, M. (1992). Le psychiatre dans un service de médecine foetale et de diagnostic anténatal. In M. Soulé (Ed.), *Introduction à la psychiatrie foetale. Les aspects psychologiques et psychopathologiques en médecine foetale et diagnostic prénatal* (pp. 129-139). Paris : ESF.
- Soulé, M. (1999). La vie du foetus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique (pp. 27-69). *Psychiatrie de l'enfant*, 42, (1), 27-69.
- Sousa, S. (2004). *Estilos de comunicação pais-criança*. Lisboa: Climepsi.
- Sousa, S., (2006). Cavidades de Sonhos. In C. Rosa & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebé* (pp.29-35). Lisboa: Fim de Século.
- Stainton, M. C. (1990). Parents' awareness of their unborn in the third trimester. *Birth*, 17, (2), 92-96. Retrieved June 2, 2007 from EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Stern, D. (1995). *La constelación materna. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Paidós: Barcelona.
- Touliatos, J., & Perlmutter, B., & Holden, G. (2001). *Handbook of family measurement techniques. Abstracts* (3 vols.). California: Sage publications. (Obra original publicada em 1989).
- Veríssimo, M., Monteiro, L., & Santos, A. (2006). Para além da mãe: a vinculação na tríade mãe-pai-criança. In C. Rosa & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebé* (pp.73-85). Lisboa: Fim de Século.

- Vicente, L., (2006). A escuta: do olhar ao tocar. In C. Rosa & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebé* (pp.61-68). Lisboa: Fim de Século.
- Winkler, J. (2000). Development of the maternal bond during pregnancy. *Cas Lek Cesk*, 139 (1), 5-8.
- Winnicott, D. (1958). Primary maternal preoccupation. In D. W. Winnicott (Ed.), *Collected papers: through pediatrics to psychoanalysis*, p. 300-305. London: Tavistock.
- Zeanah, C., Carr, MD., Wolk, S. (1990). Fetal movements and the imagined baby of pregnancy: are they related? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 23-36.
- Zimerman, A. & Doan, H. (2003). Prenatal attachment and other feelings and thoughts during pregnancy in three groups of pregnant women. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18, (2), 131- 148.

ANEXOS

Anexo A

Análise das diferenças entre os diferentes tipos de gravidez (versão materna)

I	J	Diferença de Médias (I-J)	p-value
Normal	Diabetes	-0,0082	0,930
	Toxicodependência	0,8544	<b>0,000 *</b>
	Adolescência	0,0331	0,477
	Idade Tardia	0,2482	<b>0,000 *</b>
	Gemelar	-0,0233	0,399
	Hipertensão	-0,0878	0,220
	Doenças da mãe	0,0533	0,441
	Problemas da gravidez	-0,0769	0,163
	Problemas associados ao feto	-0,002	0,739
	Problemas associados a gravidez anterior	-0,041	0,771
Diabetes	Toxicodependência	0,8626	<b>0,000 *</b>
	Adolescência	0,0413	0,742
	Idade Tardia	0,2564	<b>0,029 *</b>
	Gemelar	-0,0151	0,503
	Hipertensão	-0,0796	0,340
	Doenças da mãe	0,0615	0,698
	Problemas da gravidez	-0,0687	0,271
	Problemas associados ao feto	0,0062	0,872
	Problemas associados a gravidez anterior	-0,0328	0,719
	Toxicodependência	Adolescência	-0,8213
Idade Tardia		-0,6062	<b>0,000 *</b>
Gemelar		-0,8777	<b>0,000 *</b>
Hipertensão		-0,9422	<b>0,000 *</b>
Doenças da mãe		-0,8011	<b>0,000 *</b>
Problemas da gravidez		-0,9313	<b>0,000 *</b>
Problemas associados ao feto		-0,8564	<b>0,000 *</b>
Problemas associados a gravidez anterior		-0,8954	<b>0,000 *</b>
Adolescência	Idade Tardia	0,2151	<b>0,028 *</b>
	Gemelar	-0,0564	0,265
	Hipertensão	-0,1209	0,183
	Doenças da mãe	0,0202	0,996
	Problemas da gravidez	-0,11	0,091
	Problemas associados ao feto	-0,0351	0,990
	Problemas associados a gravidez anterior	-0,0741	0,545
	Idade Tardia	Gemelar	-0,2715
Hipertensão		-0,336	<b>0,010 *</b>
Doenças da mãe		-0,1949	<b>0,023 *</b>
Problemas da gravidez		-0,3251	<b>0,000 *</b>
Problemas associados ao feto		-0,2502	0,140
Gemelar	Problemas associados a gravidez anterior	-0,2892	0,101
	Hipertensão	-0,0645	0,615
	Doenças da mãe	0,0766	0,241
	Problemas da gravidez	-0,0536	0,847
	Problemas associados ao feto	0,0213	0,437
Hipertensão	Problemas associados a gravidez anterior	-0,0177	0,852
	Doenças da mãe	0,1411	0,146
	Problemas da gravidez	0,0109	0,760
	Problemas associados ao feto	0,0858	0,335
Doenças da Mãe	Problemas associados a gravidez anterior	0,0468	0,619
	Problemas da gravidez	-0,1302	0,088
	Problemas associados ao feto	-0,0553	0,948
Problemas da Gravidez	Problemas associados a gravidez anterior	-0,0943	0,568
	Problemas associados ao feto	0,0749	0,223
	Problemas associados a gravidez anterior	0,0359	0,764
Problemas associados ao feto	Problemas associados a gravidez anterior	-0,039	0,643

\* Valores que indicam diferenças estatisticamente significativas

Anexo B

## CARTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Os questionários que lhe apresentamos fazem parte de uma investigação sobre a **ligação emocional dos pais ao bebé durante a gravidez**, que está a ser desenvolvida no âmbito de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Leal.

Gostaríamos de solicitar a sua colaboração através do preenchimento dos questionários que lhe apresentamos.

A sua participação é de extrema importância para o desenvolvimento do presente trabalho, sendo igualmente voluntária.

Garantimos o anonimato e a confidencialidade dos dados que nos forem fornecidos, sendo a informação disponibilizada apenas usada para cumprir os objectivos da presente investigação.

Por favor, tenha o cuidado de verificar se respondeu a todas as questões apresentadas.

Agradecemos a sua colaboração.

Inês Figueiredo

---

Anexo C

## ESCALA DE VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL

(V. Paterna)

J.T. Condon

*Instruções:* Responda, por favor, às seguintes perguntas, assinalando (com um x) uma das cinco alternativas.

1. Nas últimas 2 semanas, tenho pensado ou tenho estado preocupado com o bebé:

- quase sempre
- muito frequentemente
- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca

2. Nas últimas 2 semanas, quando falei ou pensei no bebé senti emoções que foram:

- muito fracas ou inexistentes
- moderadamente fracas
- entre fortes e fracas
- moderadamente fortes
- muito fortes

3. Nas últimas 2 semanas, os meus sentimentos sobre o bebé têm sido:

- muito positivos
- sobretudo positivos
- um misto de positivos e negativos
- sobretudo negativos
- muito negativos

4. Nas últimas 2 semanas, tenho tido o desejo de ler ou obter informação sobre o bebé. Esse desejo é:

- muito fraco ou inexistente
- moderadamente fraco
- nem forte nem fraco
- moderadamente forte
- muito forte

5. Nas últimas 2 semanas, tenho tentado imaginar como é o bebé na barriga da minha mulher:

- quase sempre
- muito frequentemente
- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca

6. Nas últimas 2 semanas, penso no bebé sobretudo como:

- uma pessoa pequena e real com características especiais
- um bebé como qualquer outro
- um ser humano
- um ser vivo
- um ser que ainda não está realmente vivo

7. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebé, os meus pensamentos:

- são sempre de ternura e amor
- são sobretudo de ternura e amor
- são uma mistura de ternura e irritação
- contêm um pouco de irritação
- contêm muita irritação

8. Nas últimas 2 semanas, as minhas ideias sobre possíveis nomes para o bebé têm sido:

- muito claras
- moderadamente claras
- moderadamente vagas
- muito vagas
- ainda não tenho nenhuma ideia

9. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebé tenho sentimentos que são de:

- muita tristeza
- tristeza moderada
- uma mistura de felicidade e tristeza
- felicidade moderada
- muita felicidade

10. Nas últimas 2 semanas, tenho pensado sobre que tipo de criança o bebé será quando crescer:

- ainda não
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todo o tempo

11. Nas últimas 2 semanas, tenho-me sentido:

- emocionalmente muito distante do bebé
- moderadamente distante do bebé a nível emocional
- não muito próximo do bebé a nível emocional
- moderadamente próximo do bebé a nível emocional
- emocionalmente muito próximo do bebé

12. Quando eu vir o bebé pela primeira vez, depois do nascimento, espero vir a sentir:

- carinho intenso
- muito carinho
- carinho, mas calculo encontrar no bebé alguns aspectos de que não vou gostar
- suspeito que existirão alguns aspectos no bebé de que não vou gostar
- suspeito que me vou sentir desiludido

13. Quando o bebé nascer, gostava de lhe pegar:

- imediatamente
- após ter sido enrolado num lençol
- após ter sido lavado
- depois de algumas horas, para as coisas assentarem
- no dia seguinte

14. Nas últimas 2 semanas, tenho tido sonhos sobre a gravidez ou sobre o bebé:

- nunca
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todas as noites

15. Nas últimas 2 semanas, dei por mim a sentir ou a passar a minha mão na barriga da minha mulher:

- muitas vezes por dia
- no mínimo uma vez por dia
- ocasionalmente
- uma única vez
- nunca

16. Se a gravidez terminasse agora (devido a um aborto ou um outro acidente) sem qualquer dor ou dano para a minha mulher, eu sentir-me-ia:

- muito satisfeito
- moderadamente satisfeito
- neutro (i.e. nem triste nem satisfeito ou uma mistura destes sentimentos)
- moderadamente triste
- muito triste

## ESCALA DE VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL

(V. Materna)

J.T. Condon

*Instruções:* Responda, por favor, às seguintes perguntas, assinalando (com um x) uma das cinco alternativas.

1. Nas últimas 2 semanas, tenho pensado ou tenho estado preocupada com o bebé:

- quase sempre
- muito frequentemente
- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca

2. Nas últimas 2 semanas, quando falei ou pensei no bebé senti emoções que foram:

- muito fracas ou inexistentes
- moderadamente fracas
- entre fortes e fracas
- moderadamente fortes
- muito fortes

3. Nas últimas 2 semanas, os meus sentimentos sobre o bebé têm sido:

- muito positivos
- sobretudo positivos
- um misto de positivo e negativo
- sobretudo negativos
- muito negativos

4. Nas últimas 2 semanas, tenho tido o desejo de ler ou obter informação sobre o bebé. Esse desejo é:

- muito fraco ou inexistente
- moderadamente fraco
- nem forte nem fraco
- moderadamente forte
- muito forte

5. Nas últimas 2 semanas, tenho tentado imaginar como é o bebé na minha barriga:

- quase sempre
- muito frequentemente
- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca

6. Nas últimas 2 semanas, penso no bebé sobretudo como:

- uma pessoa pequena e real com características especiais
- um bebé como qualquer outro
- um ser humano
- um ser vivo
- um ser que ainda não está realmente vivo

7. Nas últimas 2 semanas, tenho sentido que o bebé depende de mim para o seu bem-estar:

- totalmente
- bastante
- moderadamente
- um pouco
- nunca

8. Nas últimas 2 semanas, dei por mim a falar com o meu bebé quando estou sozinha:

- nunca
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todo o tempo em que estou sozinha

9. Nas últimas 2 semanas, quando penso sobre (ou falo com) o meu bebé, os meus pensamentos:

- são sempre de amor e carinho
- são principalmente de amor e carinho
- são uma mistura de carinho e irritação
- contêm um pouco de irritação
- contêm muita irritação

10. A imagem que tenho sobre como é o bebé na minha barriga nesta fase é:

- muito clara
- bastante clara
- bastante vaga
- muito vaga
- ainda não tenho nenhuma ideia

11. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebé tenho sentimentos que são de:

- muita tristeza
- tristeza moderada
- uma mistura de alegria e tristeza
- alegria moderada
- muita alegria

12. Por vezes, algumas mulheres grávidas ficam tão irritadas com o bebé que têm dentro delas que chegam a sentir que o querem magoar ou punir.

- não consigo imaginar que alguma vez me sentisse assim
- consigo imaginar que pudesse talvez sentir-me assim, mas nunca o senti realmente
- eu senti-me assim uma ou duas vezes
- eu senti-me assim ocasionalmente
- eu tenho-me sentido assim frequentemente

13. Nas últimas 2 semanas, tenho-me sentido:

- emocionalmente muito distante do bebé
- moderadamente distante do bebé a nível emocional
- não muito próxima do bebé a nível emocional
- moderadamente próxima do bebé a nível emocional
- emocionalmente muito próxima do bebé

14. Nas últimas 2 semanas, tenho tido cuidado com o que como para me assegurar de que o bebé faz uma boa dieta:

- nunca
- uma ou duas vezes quando comi
- ocasionalmente quando comi
- quase sempre quando comi
- sempre que comi qualquer coisa

15. Quando eu vir o meu bebé pela primeira vez, depois do nascimento, espero vir a sentir:

- carinho intenso
- muito carinho
- desgosto relativamente a um ou dois aspectos do bebé
- desgosto relativamente alguns aspectos do bebé
- muito desgosto

16. Quando o bebé nascer, gostava de lhe pegar:

- imediatamente
- após ter sido enrolado num lençol
- após ter sido lavado
- depois de algumas horas, para as coisas assentarem
- no dia seguinte

17. Nas últimas 2 semanas, tenho tido sonhos sobre a gravidez ou sobre o bebé:

- nunca
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todas as noites

18. Nas últimas 2 semanas, dei por mim a sentir ou a passar a minha mão na minha barriga:

- muitas vezes por dia
- no mínimo uma vez por dia
- ocasionalmente
- uma única vez
- nunca

19. Se a gravidez terminasse agora (devido a um aborto ou um outro acidente) sem qualquer dor ou dano para mim, eu sentir-me-ia:

- muito satisfeita
- moderadamente satisfeita
- neutra (i.e. nem triste nem satisfeita ou uma mistura destes sentimentos)
- moderadamente triste
- muito triste

Anexo D

## QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

- Idade \_\_\_\_\_
  
- Estado Civil
  - solteiro/a
  - casado/a
  - reside com companheiro/a mas não está casado (união de facto)
  - separado/a – divorciado/
  - viúvo/a
  - outro ; qual? \_\_\_\_\_
  
- Nível de Escolaridade \_\_\_\_\_
- Profissão \_\_\_\_\_
- Cor da pele \_\_\_\_\_
- País de origem \_\_\_\_\_
- Língua materna \_\_\_\_\_
- Tem alguma doença?
  - Sim  Qual? \_\_\_\_\_
  - Não
- Tipo de gravidez:
  - Normal
  - Com algum risco ou problema associado  Qual? \_\_\_\_\_

---
  
- Semanas de gravidez \_\_\_\_\_
- Este é o seu 1º filho? Sim  Não  (2º ; 3º ; 4º ; ...; \_\_\_\_º filho)

Anexo E

# ANTENATAL EMOTIONAL ATTACHMENT SCALE (AEAS)

J. T. Condon

## PATERNAL VERSION

---

*Instructions:* Please answer the following questions by checking (✓) one of the five choices.

1. Over the past 2 weeks, I have thought about or been preoccupied with the developing baby:  
 almost all the time  
 very frequently  
 frequently  
 occasionally  
 not at all
2. Over the past 2 weeks, when I have spoken about or thought about the developing baby I got emotions that were:  
 very weak or nonexistent  
 fairly weak  
 in between strong and weak  
 fairly strong  
 very strong
3. Over the past 2 weeks, my feelings about the developing baby have been:  
 very positive  
 mainly positive  
 mixed positive and negative  
 mainly negative  
 very negative
4. Over the past 2 weeks, I have had the desire to read about or get information about the developing baby. This desire is:  
 very weak or nonexistent  
 fairly weak  
 neither strong nor weak  
 moderately strong  
 very strong
5. Over the past 2 weeks, I have been trying to picture in my mind what the developing baby actually looks like in my wife's womb:  
 almost all the time  
 very frequently  
 frequently  
 occasionally  
 not at all

6. Over the past 2 weeks, I think of the developing baby mostly as:
- a real little person with special characteristics
  - a baby like any other baby
  - a human being
  - a living thing
  - a thing not yet really alive
7. Over the past 2 weeks, when I think about the developing baby my thoughts:
- are always tender and loving
  - are mostly tender and loving
  - are a mixture of both tenderness and irritation
  - contain a fair bit of irritation
  - contain a lot of irritation
8. Over the past 2 weeks, my ideas about possible names for the baby have been:
- very clear
  - fairly clear
  - fairly vague
  - very vague
  - I have no idea at all
9. Over the past 2 weeks, when I think about the developing baby I get feelings that are:
- very sad
  - moderately sad
  - a mixture of happiness and sadness
  - moderately happy
  - very happy
10. Over the past 2 weeks, I have been thinking about what kind of child the baby will grow into:
- not at all
  - occasionally
  - frequently
  - very frequently
  - almost all the time
11. Over the past 2 weeks, I have felt:
- very emotionally distant from the baby
  - moderately emotionally distant from the baby
  - not particularly emotionally close to the baby
  - moderately close emotionally to the baby
  - very close emotionally to the baby
12. When I first see the baby after the birth, I expect I will feel:
- intense affection
  - mostly affection
  - affection, but I expect there may be a few aspects of the baby I will dislike
  - I expect there may be quite a few aspects of the baby I will dislike
  - I expect I might feel mostly dislike
13. When the baby is born, I would like to hold the baby:
- immediately
  - after it has been wrapped in a blanket
  - after it has been washed
  - after a few hours for things to settle down
  - the next day

14. Over the past 2 weeks, I have had dreams about the pregnancy or baby:
- not at all
  - occasionally
  - frequently
  - very frequently
  - almost every night
15. Over the past 2 weeks, I have found myself feeling, or rubbing with my hand, the outside of my wife's stomach where the baby is:
- a lot of times each day
  - at least once per day
  - occasionally
  - once only
  - not at all
16. If the pregnancy was lost at this time (due to miscarriage or other accidental event) without any pain or injury to my wife, I expect I would feel:
- very pleased
  - moderately pleased
  - neutral (i.e., neither sad nor pleased; or mixed feelings)
  - moderately sad
  - very sad

### MATERNAL VERSION

---

*Instructions:* Please answer the following questions.

1. Over the past 2 weeks, I have thought about or been preoccupied with the baby inside me:
- almost all the time
  - very frequently
  - frequently
  - occasionally
  - not at all
2. Over the past 2 weeks, when I have spoken about or thought about the baby inside me I got emotional feelings that were:
- very weak or nonexistent
  - fairly weak
  - in between strong and weak
  - fairly strong
  - very strong
3. Over the past 2 weeks, my feelings about the baby inside me have been:
- very positive
  - mainly positive
  - mixed positive and negative
  - mainly negative
  - very negative

4. Over the past 2 weeks, I have had the desire to read about or get information about the developing baby. This desire is:
- ] very weak or nonexistent
  - ] fairly weak
  - ] neither strong nor weak
  - ] moderately strong
  - ] very strong
5. Over the past 2 weeks, I have been trying to picture in my mind what the developing baby actually looks like in my womb:
- ] almost all the time
  - ] very frequently
  - ] frequently
  - ] occasionally
  - ] not at all
6. Over the past 2 weeks, I think of the developing baby mostly as:
- ] a real little person inside me with special characteristics
  - ] a baby like any other baby
  - ] a human being
  - ] a living thing
  - ] a thing not yet really alive
7. Over the past 2 weeks, I have felt that the baby inside me is dependent on me for its well-being:
- ] totally
  - ] a great deal
  - ] moderately
  - ] slightly
  - ] not at all
8. Over the past 2 weeks, I have found myself talking to my baby when I am alone:
- ] not at all
  - ] occasionally
  - ] frequently
  - ] very frequently
  - ] almost all the time I am alone
9. Over the past 2 weeks, when I think about (or talk to) my baby inside me, my thoughts:
- ] are always tender and loving
  - ] are mostly tender and loving
  - ] are a mixture of both tenderness and irritation
  - ] contain a fair bit of irritation
  - ] contain a lot of irritation
10. The picture in my mind of what the baby at this stage actually looks like inside the womb is:
- ] very clear
  - ] fairly clear
  - ] fairly vague
  - ] very vague
  - ] I have no idea at all

11. Over the past 2 weeks, when I think about the baby inside me I get feelings that are:
- very sad
  - moderately sad
  - a mixture of happiness and sadness
  - moderately happy
  - very happy
12. Some pregnant women sometimes get so irritated by the baby inside them that they feel like they want to hurt it or punish it.
- I couldn't imagine I would ever feel like this
  - I could imagine I might sometimes feel like this, but I never actually have
  - I have felt like this once or twice myself
  - I have occasionally felt like this myself
  - I have often felt like this myself
13. Over the past 2 weeks, I have felt:
- very emotionally distant from my baby
  - moderately emotionally distant from my baby
  - not particularly emotionally close to my baby
  - moderately close emotionally to my baby
  - very close emotionally to my baby
14. Over the past 2 weeks, I have taken care with what I eat to make sure the baby gets a good diet:
- not at all
  - once or twice when I ate
  - occasionally when I ate
  - quite often when I ate
  - every time I ate anything
15. When I first see my baby after the birth, I expect I will feel:
- intense affection
  - mostly affection
  - dislike about one or two aspects of the baby
  - dislike about quite a few aspects of the baby
  - mostly dislike
16. When my baby is born, I would like to hold the baby:
- immediately
  - after it has been wrapped in a blanket
  - after it has been washed
  - after I have had a rest for an hour or so
  - the next day
17. Over the past 2 weeks, I have had dreams about the pregnancy or baby:
- not at all
  - occasionally
  - frequently
  - very frequently
  - almost every night

18. Over the past 2 weeks, I have found myself feeling, or rubbing with my hand, the outside of my stomach where the baby is:
- a lot of times each day
  - at least once per day
  - occasionally
  - once only
  - not at all
19. If the pregnancy was lost at this time (due to miscarriage or other accidental event) without any pain or injury to myself, I expect I would feel:
- very pleased
  - moderately pleased
  - neutral (i.e., neither sad nor pleased; or mixed feelings)
  - moderately sad
  - very sad

Anexo F



D. L. Pires e C. Esteves  
a Dr. Ana Jorge  
e apanhado

Luis Antunes  
14/8/07

0193/2007

2-10-2007

*[Handwritten signature]*

Exmo. Sr.  
Dr. Luis Antunes  
Director Clínico

Vogal do Conselho de Administração  
Luis Marcum

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Assunto: Pedido de autorização – Tese de Mestrado

A Dra. Inês Figueiredo, psicóloga clínica colocada neste serviço, na Unidade de Pedopsiquiatria, está frequentar o Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Nesse âmbito tem como projecto de tese de mestrado uma investigação subordinada ao tema “**O envolvimento emocional dos pais ao bebé durante a gravidez**” e pretende realizar neste hospital.

Trata-se de uma investigação importante na saúde das famílias e poderá contribuir para um conhecimento maior dos factores que envolvem a saúde familiar e nomeadamente os aspectos de vinculação, importantes na saúde mental das crianças e seu desenvolvimento emocional.

Venho assim solicitar autorização para a realização desta tese e também o seu envio à Comissão de Ética para parecer.

Com os melhores cumprimentos

*[Handwritten signature]*

Almada, 14 de Agosto de 2007

Directora de Serviço

*[Handwritten signature]*

Ana Jorge

Assunto  
02/10

Anexo G



Search Mail

Search the Web

Show search  
Create a filter

Compose Mail

Official Google Blog - [Lights, camera, Gmail](#)

Web Clip < >

Inbox (3)

Starred ☆

Chats

Sent Mail

Drafts (1)

All Mail

Spam

Trash

Contacts

Quick Contacts

Search, add, or invite

Inês Figueiredo  
Chat is disabled.

Your internet connection is experiencing problems or your network administrator has blocked Gmail chat. [Learn more](#)

Labels

[Edit labels](#)

Invite a friend

Give Gmail to:

Send Invite 100 left

[preview invite](#)

« Back to Inbox

Archive

Report Spam

Delete

More actions...

< **Newer 50 of 61** Older >

## Use of the Antenatal Emotional Attachment Scale [Inbox](#)

[New window](#)

[Print all](#)

[Expand](#)

[Forward](#)

☆ Inês Figueiredo Dear Professor Jonh T. Condon, My 6/26/06

☐ "Condon, John (RGH)" [show details](#) 6/27/06 [Reply](#)

The maternal and paternal questionnaires and their scoring method are attached. You may use them in your research. There are no subsequent publications.

---

**From:** Inês Figueiredo [<mailto:inesnlfigueiredo@gmail.com>]  
**Sent:** Tuesday, 27 June 2006 08:10  
**To:** Condon, John (RGH)  
**Subject:** Use of the Antenatal Emotional Attachment Scale

- Show quoted text -

2 attachments — [Download all attachments](#)

**MATERNAL ANTENATAL ATTACHMENT SCALE.doc**  
41K [View as HTML](#) [Open as a Google document](#) [Download](#)

**PATERNAL ANTENATAL ATTACHMENT.doc**  
34K [View as HTML](#) [Open as a Google document](#) [Download](#)

[Reply](#) [Forward](#) [Invite John to Gmail](#)

« Back to Inbox

Archive

Report Spam

Delete

More actions...

< **Newer 50 of 61** Older >

Send photos easily from Gmail with Google's **free photo organizer**. [Learn more](#)

You are currently using 177 MB (6%) of your 2897 MB.

Gmail view: [standard with chat](#) | [standard without chat](#) | [basic HTML](#) [Learn more](#)

©2007 Google - [Terms of Use](#) - [Privacy Policy](#) - [Program Policies](#) -