

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação



**Sentimentos, representações e expectativas da gestante  
relativamente ao filho. Estudo exploratório com uma  
amostra de gestantes do Centro Hospitalar Cova da Beira**

Carolina da Cruz Gonçalves

Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento sob a  
orientação do Doutor Pedro Manuel Malaquias Pires Urbano,  
apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da  
Universidade de Coimbra.

2014

## Resumo

A presente investigação tem como objetivo geral estudar os sentimentos, as representações e as expectativas da gestante relativamente ao filho. Num plano mais específico, pretende-se estudar aspetos da vinculação pré-natal materna, através dos sentimentos que a mãe tem pelo bebé e da interação que estabelece com ele; explorar a importância da representação criada pela mãe sobre a gravidez e sobre o bebé, através da representação gráfica da gravidez; e analisar possíveis expectativas da gestante relativamente ao bebé e a sua capacidade de lhe conceber e atribuir características físicas e psicológicas. Para tal, foi estudada uma amostra composta por 50 grávidas, em regime de consulta no Centro Hospitalar Cova da Beira, com uma média de idades de  $29,9 \pm 5,91$  anos (entre os 18 e os 40 anos). Os instrumentos utilizados foram a *Escala de Vinculação Pré-Natal Materna* (adaptação portuguesa de Camarneiro & Justo, 2010); o *Teste do Desenho da Gravidez*; e a *Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante* (Gidep, 1998). Os resultados indicaram que a maioria das gestantes apresenta vinculação forte ou saudável ao feto; os desenhos elaborados pelas gestantes parecem refletir elementos, hipoteticamente, sugestivos da ligação afetiva materno-fetal, do reconhecimento da imagem corporal, da aceitação da gravidez e da diferenciação fetal; e as respostas das gestantes à entrevista parecem expressar a existência de uma relação materno-fetal pautada por sentimentos e expectativas das gestantes quanto ao sexo do bebé e quanto às suas características físicas e psicológicas.

**Palavras-chave:** gravidez; maternidade; vinculação materno-fetal; bebé imaginário; desenho da gravidez.

## Abstract

The present research study has the general objective of studying the feelings, representations and expectations of pregnant women in relation to the child. In a more specific way, is intended to study aspects of maternal prenatal attachment, through the feelings that the mother has by the baby and the interaction that she establishes with him; explore the importance of representation raised by the mother about the pregnancy and the baby, through the graphical representation; and analyze possible expectations of pregnant women in relation to the baby and their ability to conceive and give him physical and psychological characteristics. For this purpose, has been studied a sample of 50 pregnant women in the consultation regime on the Cova da Beira Hospital Center, with a mean age of  $29.9 \pm 5.91$  years (between 18 and 40 years). The instruments used were the *Maternal Antenatal Attachment Scale* (portuguese adaptation of Camarneiro & Justo, 2010); the *Drawing of Pregnancy*; and the *Interview about the Pregnancy and the Expectations of Pregnant Women* (Gidep, 1998). The results indicate that most of the pregnant women present strong or healthy attachment to the fetus; the drawings produced by pregnant women seem to reflect elements, hypothetically, suggestive of maternal-fetal emotional attachment, recognition of the body image, acceptance of pregnancy and fetal differentiation; and the answers of the pregnant women to the interview seem to express the existence of a maternal-fetal relationship guided by feelings and expectations of pregnant women as the sex of the baby and as to their physical and psychological characteristics.

**Keywords:** pregnancy; motherhood; maternal-fetal attachment; imaginary baby; drawing of pregnancy.

## Résumé

Cette étude vise à décrire les sentiments, les représentations et les attentes des femmes enceintes par rapport à l'enfant. Sur un niveau plus spécifique, nous avons l'intention d'étudier les aspects de l'attachement maternel prénatal, à travers les sentiments que la mère a par rapport à l'enfant et l'interaction qu'elle a avec lui; explorer l'importance des idées que la mère se fait par rapport à la grossesse et au bébé, à partir de la représentation graphique de la grossesse; et d'analyser les attentes des femmes enceintes par rapport à l'enfant, à leur capacité à concevoir et à leur donner des caractéristiques physiques et psychologiques. A cet effet, un échantillon de 50 femmes enceintes a été étudié dans le service des consultations à Cova da Beira Centre Hospitalier, avec un âge moyen de  $29,9 \pm 5,91$  années (entre 18 et 40 ans). Les instruments utilisés ont été *Échelle de l'attachement maternel prénatal* (adaptation portugaise de Camarneiro & Justo, 2010); *Dessin de la Grossesse*; et *Interview sur la Grossesse et les Attentes de la femme enceinte* (Gidep, 1998). Les résultats ont indiqué que la plupart des femmes enceintes présentent un attachement maternel fort ou bon pour le fœtus; les dessins réalisés par les femmes enceintes semblent donner des éléments, hypothétiquement, suggestifs de l'attachement émotionnel maternel-foetal, la reconnaissance de l'image corporelle, de l'acceptation de la grossesse et de la différenciation du fœtus; et les réponses de ces femmes lors de l'interview semblent exprimer l'existence d'une relation maternel-foetale guidé par les sentiments et les attentes des femmes enceintes par rapport au sexe du bébé et à leurs caractéristiques physiques et psychologiques.

**Mots-clés:** grossesse; maternité; attachement mère-foetus; bébé imaginaire; dessin de la grossesse.

## Agradecimentos

A realização desta Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento só foi possível devido à colaboração de várias pessoas, às quais presto agora a minha gratidão.

Agradeço ao Professor Doutor Pedro Urbano, orientador desta dissertação, pelo apoio, dedicação, transmissão de conhecimentos e contínuo incentivo ao longo deste percurso.

Agradeço à Doutora Ana Paula Camarneiro que, amavelmente, me cedeu a utilização da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna.

Agradeço ao Doutor César Augusto Piccinini a disponibilização da Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante.

Os meus agradecimentos ao Centro Hospitalar Cova da Beira, pela disponibilidade com que me recebeu e permitiu a realização da minha investigação.

Agradeço às gestantes que participaram nesta investigação e partilharam comigo as suas sensações, alegrias, sonhos, medos e expectativas.

À minha família, agradeço o carinho, o amor, o incentivo e a compreensão que tiveram para comigo ao longo deste trabalho. Sem vocês nada disto seria possível.

Agradeço aos amores da minha vida, Minie, Rafaela e João, por vos ter sempre ao meu lado, por fazerem o meu coração transbordar de amor e por me darem força para suportar tudo.

Um agradecimento especial, aos meus verdadeiros amigos, pelo apoio e carinho dado em todos os momentos.

Agradeço ao Professor Luís Cid, à Professora Anabela Vitorino e ao Professor Luís Gonzaga por me terem transmitido, com os seus ensinamentos, o interesse e o gosto pela Psicologia.

Por fim, expresso a minha gratidão ao Senhor Casimiro, pela atenção e simpatia com que me recebeu no Centro Hospitalar Cova da Beira e pelo apoio e disponibilidade que sempre me demonstrou.

## Índice

### Primeira Parte – Enquadramento Teórico

<b>Introdução.....</b>	<b>10</b>
<b>I. A gravidez e a maternidade numa perspetiva desenvolvimental.....</b>	<b>14</b>
<b>1. Introdução e posição do problema.....</b>	<b>14</b>
1.1. Representações de gravidez e de maternidade.....	17
1.1.1. <i>O corpo</i> .....	18
1.1.2. <i>O relacionamento conjugal/marital</i> .....	19
1.1.3. <i>A possibilidade de continuidade de uma família</i> .....	20
1.1.4. <i>O início do relacionamento com o filho</i> .....	20
1.1.5. <i>As experiências existenciais</i> .....	21
1.2. Adaptações e tarefas desenvolvimentais da gravidez e da maternidade.....	22
1.2.1. No plano fisiológico.....	23
1.2.2. No plano psicológico.....	28
<b>II. Representação da vinculação materno-fetal.....</b>	<b>37</b>
<b>1. Breve historial do conceito de vinculação materno-fetal.....</b>	<b>37</b>
<b>2. Padrões de vinculação na gravidez.....</b>	<b>42</b>
<b>3. Determinantes da vinculação materno-fetal.....</b>	<b>44</b>
3.1. Variáveis sociodemográficas.....	45
3.2. Variáveis ginecológicas e obstétricas.....	46
3.4. Variáveis intrapessoais.....	50
<b>III. Do bebé imaginário ao bebé real.....</b>	<b>53</b>
<b>1. Representações psíquicas do bebé.....</b>	<b>53</b>
1.1. Bebé fantasmático, bebé imaginário e bebé real.....	55
<b>2. O papel da ecografia na representação do bebé imaginário.....</b>	<b>58</b>

### Segunda Parte – Estudo Empírico

<b>IV. Objetivos e metodologia de investigação.....</b>	<b>64</b>
<b>1. Objetivos de investigação.....</b>	<b>64</b>
<b>2. Método.....</b>	<b>64</b>
2.1. Caracterização da investigação.....	64
2.2. Caracterização da amostra.....	66
2.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	66
2.2.2. Caracterização clínica da amostra.....	68
2.3. Caracterização da população.....	69
2.4. Instrumentos utilizados.....	71
2.4.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	72
2.4.2. Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM).....	74
2.4.2.1. Características psicométricas da EVPNM na amostra em estudo...76	

2.4.3. Teste do Desenho da Gravidez.....	78
2.4.4. Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante.....	82
2.5. Procedimentos.....	84
<b>V. Apresentação e discussão dos resultados.....</b>	<b>87</b>
<b>1. Análise da vinculação pré-natal materna.....</b>	<b>87</b>
<b>2. Análise do desenho da gravidez.....</b>	<b>90</b>
2.1. Análise dos aspetos gerais do desenho da gravidez.....	92
2.2. Análise dos aspetos específicos do desenho da gravidez.....	96
<b>3. Análise da Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante.....</b>	<b>106</b>
3.1. Evolução da gravidez.....	107
3.2. Informações e sentimentos acerca do bebé.....	112
3.3. Representação do bebé imaginário.....	114
3.4. Preparação para o nascimento do bebé.....	116
<b>Conclusão.....</b>	<b>121</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>127</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>148</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Aversões e desejos alimentares durante a gravidez .....	25
<b>Figura 2.</b> Mudanças hormonais durante a gravidez .....	27
<b>Figura 3.</b> Tarefas desenvolvimentais da gravidez e do puerpério .....	29
<b>Figura 4.</b> Modelo de vinculação (Muller, 1993).....	40
<b>Figura 5.</b> Modelo hierárquico da vinculação parental (Condon, 1993) .....	41
<b>Figura 6.</b> Classificação portuguesa das profissões.....	67
<b>Figura 7.</b> Padrões de vinculação pré-natal (Condon, 1993) .....	88
<b>Figura 8.</b> Categorias de localização dos desenhos .....	93
<b>Figura 9.</b> Representação da barriga e dos seios proeminentes .....	102
<b>Figura 10.</b> Representação do cordão umbilical .....	102
<b>Figura 11.</b> Representação das mãos em contacto com o ventre materno .....	103
<b>Figura 12.</b> Representação da placenta .....	103
<b>Figura 13.</b> Representação de um bebé de meses.....	104
<b>Figura 14.</b> Representação do bebé numa dimensão embionária .....	104
<b>Figura 15.</b> Representação do bebé no início da gravidez .....	104
<b>Figura 16.</b> Representação do bebé e da família.....	105
<b>Figura 17.</b> Alguns marcos importantes no desenvolvimento do embrião .....	112





## Índice de Tabelas

**Tabela 1.** Medidas descritivas da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna .....77



## Introdução

Numa perspetiva cada vez mais consensual, perfilhada nomeadamente por Sá (2004), uma mulher engravida no plano psicológico quando imagina vir a ser mãe; quando deseja um filho e o concebe como uma realidade exequível; e “*engravida mais* quando a gravidez se revela, e mais ainda quando um sonho tem um coração que bate com uma frequência que lhe é própria” (p. 35; sublinhado no original). Com efeito, a confirmação da gravidez, sobretudo quando ela é desejada pelos pais, pode equivaler a um sonho e à expressão fantasmática de um desejo (Soulé, 1987), levando a sentimentos de plenitude, de onnipotência e de consagração do seu amor (Sá, 2003).

Segundo Canavarro (2001), ser mãe é ser agente de continuidade entre as gerações, mas é também ser simultaneamente capaz de assegurar descontinuidade, os limites e a diferença entre as mesmas gerações. Por outras palavras, a autora defende que ter filhos permite transmitir diversas heranças (e.g. genética, valores, costumes), mas deve permitir, de igual modo, num contexto de intimidade, a aceitação da diferença da individualidade. É neste contexto que a aceitação do feto como um indivíduo distinto, único e com características próprias constitui, segundo diversos autores (e.g. Bowlby, 1988; Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Mendes, 2002; Winnicott, 1956), uma tarefa psicológica essencial da gravidez.

Tal como assinalam Stern e Bruschiweiller-Stern (2005), todas as mulheres grávidas constroem, mentalmente, o bebé dos seus sonhos, esperanças e medos. Para Lebovici (1987), durante a gravidez, a futura mãe tem a capacidade de antecipar, criar, interpretar e dar sentido aos comportamentos e

às manifestações do filho, sendo através desta identificação que ela o consegue sentir, perceber, criar, compreender e lhe conceder as mais diversas características. Neste sentido, Sá e Biscaia (2004, p. 20) defendem que “um bebé não nasce após nove meses de gravidez, nasce quando nasce na imaginação dos pais.”

É neste âmbito que a presente investigação tem como objetivo geral estudar os sentimentos, as representações e as expectativas da gestante relativamente ao filho. Pretende-se estudar, num plano mais específico, aspetos da vinculação pré-natal materna, através dos sentimentos que a mãe tem pelo bebé e da interação que estabelece com ele; explorar a importância da representação criada pela mãe sobre a gravidez e sobre o bebé, através da representação gráfica da gravidez; e analisar possíveis expectativas da gestante relativamente ao bebé e a sua capacidade de lhe conceber e atribuir características físicas e psicológicas.

Neste contexto, a presente dissertação está organizada em duas partes, dividindo-se cada uma delas em capítulos e subcapítulos, que procuram descrever de forma estruturada e sequencial todo o percurso da investigação. A primeira parte destina-se ao enquadramento teórico e é constituída por três capítulos distintos. No primeiro capítulo – *A gravidez e a maternidade numa perspetiva desenvolvimental* – é feita uma breve alusão às representações de gravidez e de maternidade e aos fatores que as podem determinar, assim como às adaptações e tarefas desenvolvimentais da mulher à gravidez, quer no plano fisiológico quer no plano psicológico.

Posteriormente, no segundo capítulo – *Representação da vinculação materno-fetal* – está presente um breve historial do conceito de vinculação materno-fetal, sendo abordados os padrões de vinculação na gravidez e os determinantes que

podem influenciar a vinculação da mãe ao feto. Por sua vez, o terceiro capítulo – *Do bebé imaginário ao bebé real* – tem como finalidade analisar as representações psíquicas do bebé, mais precisamente os conceitos representativos de bebé fantasmático, bebé imaginário e bebé real, e analisar o papel da ecografia na representação do bebé imaginário.

Simetricamente, a segunda parte desta dissertação destina-se à conceptualização do estudo empírico e está dividida em dois capítulos. No quarto capítulo - *Objetivos e metodologia de investigação* – são enumerados os métodos escolhidos, os instrumentos utilizados e os procedimentos empregues; e é apresentada a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra e a caracterização da população. Além disso, neste capítulo, são descritos os objetivos de todos os instrumentos utilizados e, no caso específico da escala utilizada, apresenta-se a sua estrutura fatorial e as suas características psicométricas na amostra em estudo.

Depois de descrita a metodologia utilizada, o quinto capítulo debruça-se sobre a *apresentação e discussão dos resultados*, onde se tecem algumas considerações que cruzam os resultados empíricos obtidos com as linhas teóricas abordadas. Por fim, na conclusão sistematizam-se os aspetos mais relevantes da investigação, apontam-se algumas limitações do estudo e sugerem-se possíveis pesquisas que poderiam vir a ser realizadas no futuro.



## Primeira Parte - Enquadramento Teórico



## **I. A gravidez e a maternidade numa perspetiva desenvolvimental**

A maternidade (...) requer que, mais do que se desejar ter um filho se deseje ser mãe.

(Leal, 1990, p. 365)

### **1. Introdução e posição do problema**

Tal como assinalam Leal (1990) e Mendes (2002), no contexto do ciclo de vida da mulher, a gravidez e a maternidade surgem como duas realidades distintas, quer na dimensão temporal, quer na dimensão vivencial. Com efeito, faz notar Canavarro (2001), a gravidez transcende o momento da conceção e a maternidade transcende o momento do parto. Isto é, de acordo com esta autora, mais do que acontecimentos com durações temporais diferentes, a gravidez e a maternidade são, do ponto de vista psicológico, processos dinâmicos de construção e desenvolvimento.

Como é sabido, a gravidez é uma experiência corporal, bem delimitada em termos temporais, que ocorre no interior da mulher. Neste período, que, na perspetiva (não necessariamente consensual) de Leal (1990, 2005), encerra a confirmação da identidade sexual da mulher, ocorre um processo fisiológico adaptativo ao desenvolvimento do novo ser humano, acompanhado na dimensão vivencial por adaptações psicológicas particulares. “Daí que a gravidez se constitua como um momento particular de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem, no que ele contém: vida” (Leal, 1990, p. 365).

Segundo Canavarro (2001), psicologicamente, a gravidez permite à futura mãe ensaiar cognitivamente papéis e

tarefas maternas, ligar-se afetivamente à criança, reestruturar 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. Deste modo, ao longo da gravidez “os papéis alteram-se, a grávida (além de filha e mulher) passa a ser mãe” (Carvalho, Leal & Sá, 2004, p.47).

Se por um lado a gravidez é um processo de desenvolvimento relativamente curto (aproximadamente 40 semanas), o parto inaugura um processo muito mais longo, a maternidade (Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2001).

É de notar desde já, com Leal (1990, 2005) e Mendes (2002), que a maternidade tem como pano de fundo a dinâmica da sociedade, num momento historicamente construído e onde a influência dos padrões culturais, das representações sociais, crenças e valores se apresentam determinantes para a sua conceção. Dito por outras palavras, tal como afirma Correia (1998, p. 368) “a forma como é vivenciada a maternidade vem variando em função das exigências e dos valores que dominam numa determinada sociedade, num determinado momento”. A título de exemplo, esta autora refere que, em certas sociedades,

(...) o pai de família tinha o direito de escolha pela vida ou pela morte da criança. O recurso ao abandono funcionava como um modo de fazer morrer uma criança indesejável; segundo pensavam, era um modo de deixar aos deuses a responsabilidade última da vida ou da morte (p. 368).

Neste sentido, durante muitos séculos, as questões da educação, da ligação precoce à criança e do próprio amor materno foram questões ausentes em muitas culturas (Leal,

1997). Por outro lado, Gil (1998) faz notar que, noutras culturas de influência islâmica, a maternidade

(...) era vista como um dever, um imperativo da mulher casada, sendo a esterilidade considerada vergonhosa e sentida com grande culpabilidade – ao longo de séculos a procriação, independente da relação sexual, era atribuída a um bem divino e a infertilidade vista como um castigo (p. 394).

É apenas no século XVIII que ocorre uma mudança de mentalidades que conduz a uma alteração da imagem de mãe, no seu papel e na sua importância, imagem essa que se propaga até aos nossos dias (Correia, 1998; Gil, 1998; Leal, 1997).

Simetricamente ao que foi referido atrás, Correia (1998) faz notar que a decisão de ter filhos é, atualmente, algo pensado e repensado e “acontece, predominantemente, num contexto de projeto em conjunto com outros projetos (profissionais, económicos...)” (p. 370). Para Colman e Colman (1994) este facto pode ocorrer, pois o nascimento de um filho, sobretudo no caso de ser o primeiro, implica grandes mudanças e tem um grande impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos, modificando de forma irreversível a identidade, os papéis e as funções dos pais e de toda a família.

Assim, tal como assinalam Oliveira, Pedrosa e Canavarro (2005), a gravidez, o nascimento e o desenvolvimento de um filho marcam o ciclo de vida desde os primórdios da humanidade, sendo que, apesar da sua centralidade, o significado e a valorização destes acontecimentos têm evoluído através dos tempos.



## 1.1. Representações de gravidez e de maternidade

De acordo com Canavarro (2001), o modo como cada mulher vivencia os processos de gravidez e de maternidade difere consoante as representações que cada uma lhes atribui. Estas representações são condicionadas por diversos fatores genéticos, históricos e socioculturais, e desenvolvimentais.

Relativamente aos *fatores genéticos*, esta autora (*ibidem*) refere que as características físicas, anatómicas e funcionais não são condições suficientes para uma maternidade adaptativa. Para as mulheres que vivem num contexto social que valoriza a maternidade e que se sentem confortáveis com a identificação com a figura materna, o desejo de ter e de cuidar de uma criança pode ser tão forte que dê a sensação de ser algo inato. Simetricamente, é de notar que algumas mulheres podem, por razões várias, não sentir este desejo especial para a maternidade; o que todavia não indica que estas sejam “menos normais, menos femininas, menos naturais, menos maduras e mais egoístas que as mulheres que sentem um forte desejo em ter uma criança” (Tobin, 1998, p. 14).

Por sua vez, os *fatores históricos e socioculturais* referem-se à separação entre a sexualidade e a reprodução. Com os progressos científicos e tecnológicos é cada vez mais possível para a mulher escolher entre engravidar ou não, escolher métodos alternativos de fecundação e escolher interromper (ou não) uma gravidez já iniciada (Colman & Colman, 1994).

Por fim, entre os *fatores desenvolvimentais* destacam-se os marcadores relacionais e a relação estabelecida com a própria mãe (ou figura materna), afirmando Canavarro (2001, p. 26) a este respeito que “a sua própria mãe é, para cada mulher, o primeiro e principal modelo de comportamentos e

afetos maternos”. Colman e Colman (1994) salientam, igualmente, as relações próximas e o relacionamento conjugal/marital, visto que podem constituir-se como importante fonte de apoio social. Segundo os autores, “é importante que o parceiro esteja apto a participar, que ele se interesse, que ele se torne uma figura de quem a mulher possa depender (*ibidem*, p. 75).

Através destes fatores, percebemos que, tal como assinalou Canavarro e Pereira (2001), a decisão de engravidar, o comportamento durante a gravidez e o comportamento materno estão interligados e são determinados pelas representações de gravidez e de maternidade, representações estas que ajudam a compreender o comportamento, seja ele adaptativo ou não, de uma mulher grávida ou de uma mulher que é mãe.

### **1.1.1. O corpo**

Uma dessas representações tem a ver com o *corpo*. Para a maioria das mulheres, a fertilidade é muitas vezes encarada como a prova de ter um corpo que funciona normalmente, um corpo capaz de cumprir todas as funções que lhe estão destinadas (Colman & Colman, 1994; Tobin, 1998). A gravidez é, assim, considerada “um teste à funcionalidade do corpo feminino” (Canavarro, 2001, p.31).

No pólo oposto, existem casos em que a gravidez pode ser associada ao sentimento de não ter controlo sobre o próprio corpo. Isto é, algumas gestantes encaram um corpo grávido como fisicamente pouco atraente, e sentem medo de se estar a desenvolver uma vida dentro delas que distorça a sua imagem física, que as faça engordar e produzir leite e que modifique a sua capacidade de sedução e vida sexual (Ganley,

2004; Tobin, 1998).

Em ambos os casos são evocadas representações que dizem respeito à forma como a mulher se relaciona consigo, com o seu corpo e com a sua imagem, que se altera em virtude da gravidez (Colman & Colman, 1994).

### **1.1.2. O relacionamento conjugal/marital**

Uma outra representação típica diz respeito ao *relacionamento conjugal/marital*. Na perspetiva da abordagem familiar da gravidez e da maternidade de Relvas e Lourenço (2001), por exemplo, o nascimento de um filho pode ser percebido como a concretização e o testemunho de um grande amor e entendimento; de relações conflituosas; de um desencontro; ou funcionar, metaforicamente, como uma ponte que permite o encontro entre duas margens. “O nascimento de um filho pode, assim, assumir o significado de materialização e projeção de um encontro, de uma relação íntima” (Canavarro, 2001, p.32).

Por outro lado, o investimento emocional e de tempo que a gravidez e a maternidade implicam, pode ser entendido como um *roubo* à relação conjugal/marital estabelecida. Muitas mulheres manifestam o receio de, com o nascimento de um bebé, não conseguirem possuir um equilíbrio conjugal satisfatório (Ganley, 2004; Relvas & Lourenço, 2001). A maternidade pode adquirir, deste modo, uma “representação de perda – perda de uma determinada organização conjugal ou da sua exclusividade” (Canavarro, 2001, p.32).

### **1.1.3. A possibilidade de continuidade de uma família**

Uma terceira representação de gravidez e de maternidade prende-se com a *possibilidade de continuidade de uma família*. Dito por outras palavras, o nascimento de um bebé representa uma promessa de continuidade e personificação dos valores, ideais e tradições familiares; e a possibilidade de transmissão de diversas heranças genéticas, costumes, significados, bens materiais e do próprio apelido de família (Brazelton & Cramer, 1992).

De um ponto de vista funcional, a gravidez e o período após o nascimento do bebé permitem aproximar a rotina diária da família nuclear e das famílias de origem, possibilitando, defende Canavarro (2001), a ligação irreversível entre duas famílias biológicas e o aparecimento de laços de parentesco. Neste sentido, o nascimento de uma criança pode adquirir “um significado de unificação familiar e geracional” (p. 33). Além disso, à semelhança do significado de continuidade, referido anteriormente, mas numa vertente mais individual, ter filhos pode significar continuidade, projeção e reparação pessoal, através da “possibilidade de transcender a dimensão temporal e enganar a morte encarada como fim” (*ibidem*, p. 35).

### **1.1.4. O início do relacionamento com o filho**

Uma outra representação diz respeito ao *início do relacionamento da mulher com o filho*. Sobre esta representação, Canavarro (2001) afirma que a gravidez e a maternidade são, muitas vezes, consideradas um “desafio à capacidade de se dar, de se descentrar de si própria” (p. 34), visto que é necessário que a mãe estabeleça prioridades, em

diversas áreas, para assegurar o bem-estar da criança (e.g. alimentação, sono, relacionamento interpessoal, profissão e interesses pessoais). É de notar, no entanto, que para algumas mulheres, este desafio é percecionado como algo positivo, como um momento de realização pessoal, como uma dádiva; enquanto para outras é entendido como uma obrigação e como a responsabilidade de ter alguém completamente dependente de si (Mendes, 2002).

### **1.1.5. As experiências existenciais**

Uma última representação tem a ver com as *experiências existenciais*, que incluem aspetos religiosos, humanos e em relação à própria vida. Mendes (2002) afirma que, devido às convicções religiosas, a gravidez e a maternidade podem ser consideradas como a aceitação de um destino superiormente oferecido. Por outro lado, Canavarro (2001) faz notar que a perceção de um mundo perigoso do ponto de vista político, económico e ecológico pode, ainda, estar subjacente à caracterização da maternidade como sendo uma responsabilidade excessiva.

Para finalizar, importa referir que as implicações comportamentais, desenvolvimentais e adaptativas das representações acima mencionadas, não são unívocas nem lineares e dependem da forma como se articulam, entre si e com outras temáticas, e do confronto com situações específicas (Mendes, 2002). Mais especificamente, segundo Canavarro (2001), a combinação e o peso das representações de gravidez e de maternidade

(...) traduzem-se na existência de diferentes perfis de mulheres face à maternidade: mulheres para quem ser

mãe faz parte do seu projeto de vida; mulheres para quem ser mãe é um dos aspetos mais importantes do seu projeto de vida; mulheres que têm medo de ser mães; mulheres que não desejam ser mães; e mulheres para quem ser mãe é o único aspeto importante do seu projeto de vida (p.35).

## **1.2. Adaptações e tarefas desenvolvimentais da gravidez e da maternidade**

A gravidez representa um desafio à adaptação da mulher enquanto pessoa, defende Mendes (2002), mas permite-lhe fazer a preparação psicológica no domínio cognitivo, com o ensaio de papéis e tarefas; tal como no domínio afetivo, ligando-se à criança; e ainda no domínio relacional, com a reestruturação das relações pessoais de forma a incluir o novo elemento na sua identidade e aprender a aceitar o feto como pessoa (Justo, 1986).

Tal como referem Colman e Colman (1994, p. 31), “universalmente as mulheres vivem a gravidez como um acontecimento tanto psicológico como físico”. No decorrer deste período, as mudanças na imagem corporal, as secreções hormonais e as expectativas socioculturais são inevitavelmente difundidas na vida mental da mulher grávida, tal como as mudanças na identidade e as mudanças no corpo e nos papéis sociais (Colman & Colman, 1994; Deutsch, 1969). De certo modo, “uma mãe tem de se formar psicologicamente da mesma forma que o seu filho se forma fisicamente” (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2005, p.11).

Por essa e outras razões, em termos gerais, o período de gestação tende a ser descrito por fases através das quais se desenvolvem um conjunto de adaptações e tarefas desenvolvimentais, nos planos fisiológico e psicológico (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999; Brazelton & Cramer, 1993;

Burroughs, 1995; Colman & Colman, 1994; Justo, Bacelar-Nicolau & Dias, 1999; Soifer, 1992).

### 1.2.1. No plano fisiológico

Como é sabido, a gravidez desencadeia no organismo materno uma série complexa de adaptações fisiológicas que asseguram as condições adequadas para o crescimento e desenvolvimento do embrião/feto, bem como o bem-estar materno (Mendes, 2002).

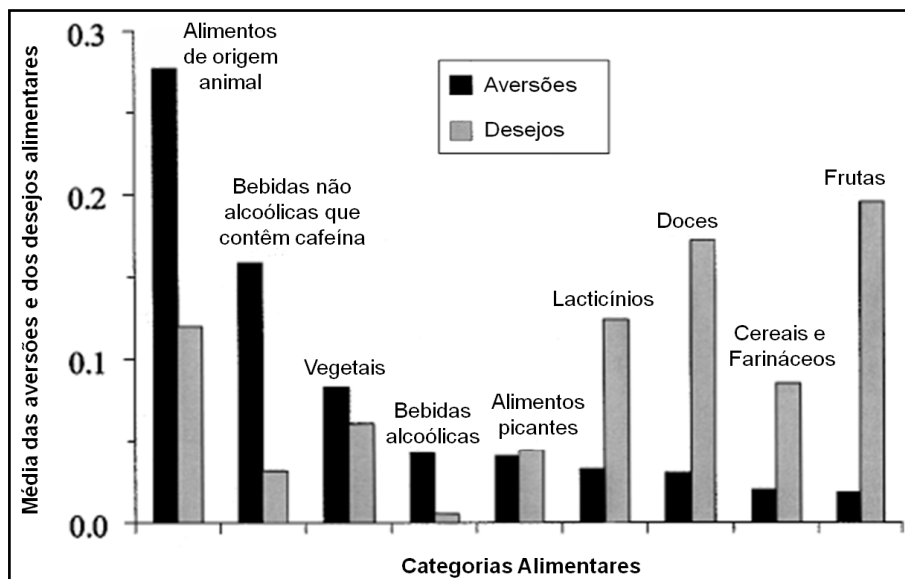
Segundo Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999) e Burroughs (1995), as manifestações fisiológicas mais comuns no primeiro trimestre de gravidez são o aparecimento de fadiga, cansaço fácil e sonolência; a ocorrência de náuseas, vômitos e enjoos matinais; o aumento da frequência urinária; o aumento de secreções vaginais; o aumento de peso; e a presença de tensão mamária com desconforto. Ocorrem também, habitualmente, desejos e aversões a alimentos e/ou bebidas (i.e. distúrbios do apetite) e alterações no desejo sexual (Colman & Colman, 1994; Deutsch, 1969; Justo *et al.*, 1999; Soifer, 1992).

Relativamente à ocorrência de náuseas, vômitos e aversões alimentares, importa referir que até há pouco, tais sintomas representavam uma espécie de enigma, pois pareciam servir apenas para enfraquecer a gestante (Rossano, 2003). Porém, no início da década de 1990, a bióloga evolucionista Margie Profet (1992, 1995) argumentou que as náuseas, os vômitos e as aversões alimentares, no primeiro trimestre de gravidez, podem ter a função de proteger o feto. Isto é, que estes sintomas são um “mecanismo fisiológico/psicológico que influencia o comportamento alimentar” (Profet,

1992, p. 327), e induzem a mãe a adotar uma alimentação baixa em toxinas e produtos químicos teratogénicos, que ao longo da evolução humana tiveram um impacto prejudicial no crescimento e desenvolvimento do embrião/feto. Com efeito, nota Profet (1992, 1995), os alimentos que, em geral, as mulheres grávidas acham mais desagradáveis (e.g. brócolos, cogumelos, manjeriço e couve-flor) são aqueles que contêm uma variedade de hormonas vegetais e produtos químicos que podem causar anomalias nos órgãos do bebé (i.e. defeitos genéticos).

Por seu lado, Flaxman e Sherman (2000) encontraram evidências empíricas que, além de confirmarem, ampliaram o argumento de Profet (1992, 1995). Estes autores analisaram vinte estudos sobre aversões alimentares (com 5432 mulheres) e vinte e um estudos sobre desejos alimentares (com 6239 mulheres), e verificaram que as náuseas, os vómitos e as aversões alimentares parecem atingir o seu nível mais elevado entre as 6 e as 18 semanas de gravidez, no momento em que o desenvolvimento embrionário se encontra mais vulnerável. Em geral, as mulheres grávidas referiram ter aversões a alimentos de origem animal (e.g. carnes, peixes e ovos), a bebidas não alcoólicas que contêm cafeína (e.g. café, chá e refrigerantes), a vegetais e a bebidas alcoólicas. Curiosamente, o padrão de desejos alimentares era praticamente o oposto: estas mulheres relataram ter desejos de frutas, doces, cereais e farináceos (e.g. pão) e laticínios (Figura 1).





**Figura 1.** Aversões e desejos alimentares durante a gravidez (adaptado de Flaxman & Sherman, 2000, p. 127)

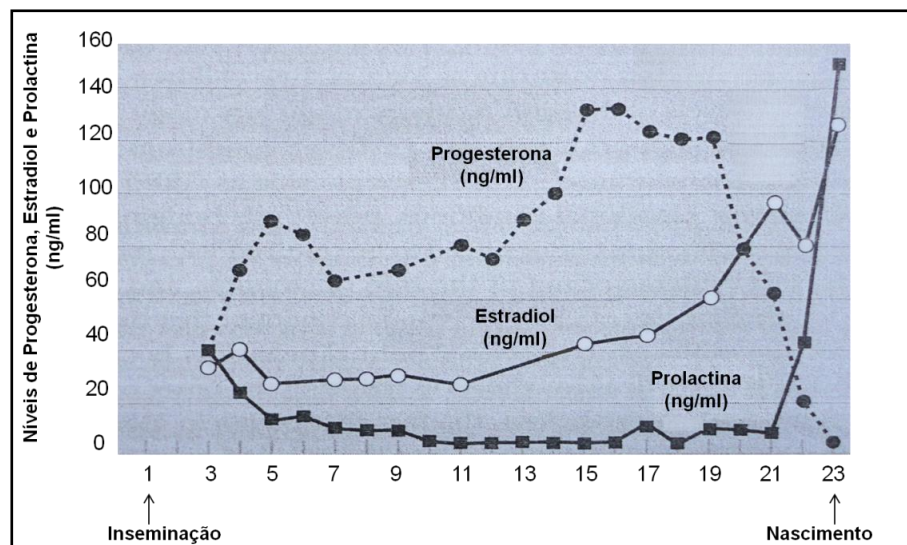
Para Flaxman e Sherman (2000), assim como para Fessler (2002), as aversões alimentares aos alimentos de origem animal podem ocorrer devido ao facto de, ao longo da evolução humana, estes alimentos representarem uma fonte potencial de microrganismos e parasitas nocivos e serem, por isso, um perigo para a saúde da gestante, dado o seu sistema imunitário debilitado.

Já no segundo trimestre de gestação, a grávida pode ter outras manifestações fisiológicas, tais como a obstipação; a baixa tendencial da tensão arterial; a hiperpigmentação na face; o aparecimento de estrias gravídicas em áreas do corpo que sofrem distensão (abdómen, coxas e seios); o aumento da secreção sebácea; e a ocorrência de câibras e lombalgias. Apesar da ocorrência destes sintomas, este trimestre é habitualmente considerado o mais calmo, sendo marcado por uma vivência mais equilibrada e pela descoberta dos primeiros movimentos fetais (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999; Burroughs, 1995; Colman & Colman, 1994; Justo *et al.*, 1999).

Tal como assinalam Colman e Colman (1994), à medida que o bebé dá provas de estar presente, movimentando-se no útero, a grávida começa a perceber que “as alterações já não são apenas dela; de repente, há alterações no feto” (p. 73). Nesta fase, a gestante tende a sentir-se mais identificada com o feto, o que faz com que as fantasias de retorno à vida intrauterina fiquem mais incrementadas. Além disso, através da ecografia, os pais podem, já nesta altura, saber o sexo do bebé, empregando palavras diferentes para descrever o movimento de um feto que sabem ser de um determinado sexo. Neste sentido, a relação mãe-feto que antes era mais *fusionada*, depois da percepção dos movimentos fetais, passa a ser mais *separada* (Brazelton & Cramer, 1992).

No terceiro trimestre de gravidez, o grande volume uterino é o fator que condiciona a maioria dos sinais e sintomas. Podem ocorrer, frequentemente, a pirose (azia) e o enfartamento; a sensação de dificuldade respiratória; a fadiga e o desconforto físico; dificuldades em adormecer e repousar; e sonhos com o parto, caracterizados por uma antecipação ansiosa do acontecimento (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999; Burroughs, 1995; Colman & Coman, 1994). Além disso, nas últimas semanas de gravidez surge uma inquietação geral que, por conseguinte, faz com que a gestante “viva o último mês hora a hora, interminavelmente à espera da tensão no útero” que indica que o trabalho de parto está a começar (Colman & Colman, 1994, p. 87). Com efeito, Raphael-Leff (1993) afirma que os meses finais da gravidez são vividos conforme as expectativas que a gestante tem do momento do parto; e a experiência do parto será fantasiada e vivida sob a influência da subjetividade materna.

Uma outra dimensão importante, dadas as suas repercussões a nível psicológico, tem a ver com os sistemas endócrinos ou hormonais. Estes sistemas, recordam Knickmeyer e Baron-Cohen (2006), estão envolvidos em *todos* os aspetos da gravidez, “(...) incluindo a implantação, a formação da placenta, a adaptação materna, o desenvolvimento embrionário e fetal, o parto/nascimento e a adaptação fetal à vida fora do útero” (p. 755). A este nível, Panksepp e Biven (2012) referem que, apesar de durante a gravidez os níveis de progesterona, estrogénio e oxitocina serem elevados, a aproximação do parto produz uma transformação no cérebro, ocorrendo um rápido declínio de progesterona e um aumento maciço dos níveis de estrogénio, de prolactina e de oxitocina (Figura 2).



**Figura 2.** Mudanças hormonais durante a gravidez (adaptado de Panksepp & Biven, 2012, p. 294)

Segundo os mesmos autores, o aumento destas hormonas ocorre para estabelecer as condições fisiológicas necessárias para o parto; sendo de recordar que a prolactina estimula a produção de leite materno e desempenha um papel

relevante na formação de sentimentos e comportamentos maternos, que irão ser fundamentais após o nascimento da criança (*ibidem*).

### 1.2.2. No plano psicológico

Nas últimas quatro décadas a gravidez tem sido estudada como um período de desenvolvimento psicológico e social de extrema importância (Mendes, 2002) e que, tal como os outros períodos de desenvolvimento que compõem o ciclo de vida, se caracteriza pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas e viver uma crise própria de mudança, transformação e reorganização (Benedek, 1970; Colman & Colman, 1994; Deutsch, 1969; Golse, 2007; Gomes-Pedro, 1985; Soifer, 1992).

Neste sentido, a grávida desenvolve e integra diversas adaptações psicológicas, integradas num conjunto de *tarefas*, que acompanham cronologicamente o crescimento e desenvolvimento do novo ser humano (Colman & Colman, 1994; Mendes, 2002).

Segundo Mendes (2002), as tarefas desenvolvimentais descrevem-se numa sequência de três fases que correspondem sensivelmente, no plano cronológico, aos três trimestres da gravidez. Para Colman e Colman (1994), a futura mãe deve começar por aceitar a presença do feto no seu corpo (incorporação), depois deve encarar a realidade de que o feto não lhe pertence, apesar da presença no seu ventre (diferenciação) e, finalmente, evoluir para a aceitação de que o vai expulsar de dentro de si (separação).

Contudo, embora seja consensual a existência de alguma correspondência entre as dimensões tempo cronológico e tarefa desenvolvimental, Canavarro (2001) afirma

que esta correspondência não é linear. Com efeito, segundo a autora, há tarefas que se prolongam para lá do período considerado, outras cujo início não coincide necessariamente com o princípio do trimestre em causa e, ainda, pelo facto do *timing* na resolução das tarefas de desenvolvimento variar de mulher para mulher. Assim, de forma a clarificar esta informação, esta autora elaborou uma grelha das tarefas desenvolvimentais que caracterizam a gravidez e o puerpério (Figura 3).

Gravidez			Puerpério (aproximadamente 6 semanas)
1.º Trimestre	2.º Trimestre	3.º Trimestre	
<b>Tarefa 1:</b> Aceitar a Gravidez	<b>Tarefa 2:</b> Aceitar a realidade do feto	<b>Tarefa 4:</b> Reavaliar e reestruturar o relacionamento com o cônjuge/companheiro	
	<b>Tarefa 3:</b> Reavaliar e reestruturar a relação com os pais	<b>Tarefa 5:</b> Aceitar o bebé como pessoa separada	
		<b>Tarefa 6:</b> Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (para incorporar a identidade materna)	
			<b>Tarefa 7:</b> Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)

**Figura 3.** Tarefas desenvolvimentais da gravidez e do puerpério (adaptado de Canavarro, 2001, p. 38)

Assim, de acordo com esta autora, a primeira tarefa a cumprir é *aceitar a realidade da gravidez*. Isto é, independentemente do desejo e/ou planeamento da gravidez, o reconhecimento de que a concepção ocorreu faz com que a mulher, numa fase inicial, se sinta ambivalente entre o desejo/aceitação e o receio/rejeição da gravidez (Ganley, 2004; Mendes, 2002). Deste modo, é compreensível que surjam

comportamentos de ambivalência afetiva em relação à viabilidade da gravidez; à aceitação do feto; às mudanças que o novo estado implica; e à própria maternidade (Colman & Colman, 1994; Justo, 1990).

Vários autores (e.g. Brazelton & Cramer, 1993; Burroughs, 1995; Colman & Colman, 1994; Ganley, 2004; Justo, 1990; Lederman & Weis, 1996) consideram que a *ambivalência* é a atitude que mais caracteriza os primeiros tempos da gravidez. Neste sentido, para dominar as experiências negativas de ansiedade, ambivalência, perda e medo pelo bem-estar do bebé, a futura mãe deve mobilizar cada vez mais defesas (Colman & Colman, 1994), isto é “deve começar a idealizar a criança, a visualizar o bebé como um ser perfeito e totalmente desejado” (Brazelton e Cramer, 1993, p. 33).

De modo geral, nas primeiras semanas de gestação a grávida manifesta preocupação com as transformações do seu corpo e equaciona as mudanças que vão ocorrer na sua aparência física (imagem corporal) e nas suas capacidades fisiológicas, quer para suportar a gravidez, quer para retomar o esquema corporal anterior (Justo, 1990). No entanto, Colman e Colman (1994) referem que a adaptação à imagem corporal vai-se modificando ao longo da gravidez, evoluindo em paralelo com a identificação do feto em crescimento e desenvolvimento como parte individualizada e integrante de si própria.

Segundo alguns autores (e.g. Ammaniti, 1994; Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman, 1994; Stern, 1997), nesta altura inicia-se, também, o processo de identificação materna, processo caracterizado pela procura de referências, nos modelos maternos conhecidos, sobre os hábitos de vida a adotar. A mulher grávida “deseja que compreendam as suas

emoções fortes, deseja ser objeto de cuidados maternos, uma vez que ela própria se prepara para ser mãe” (Brazelton & Cramer, 1993, p. 34).

A tarefa seguinte é *aceitar a realidade do feto* (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Mendes, 2002). A grávida entra numa fase adaptativa marcada pela crescente perceção objetiva das modificações corporais, relacionadas com o desenrolar da gravidez (Mendes, 2002).

Progressivamente, a representação do bebé torna-se mais autónoma e realista, sendo este processo ativado ou acelerado através da sensação real da presença do bebé dentro de si, da perceção dos movimentos fetais e do confronto com os registos das ecografias (Canavarro, 2001). Como afirma DiPietro (2010, p.35), “enquanto o útero é o espaço de desenvolvimento do feto, torna-se claro que o feto é, também, um habitante ativo desse espaço.”

Estas vivências marcam uma viragem importante no processo psicológico da gravidez, pois constituem o ponto de partida para a diferenciação mãe-feto, que se traduz na aceitação do feto como um indivíduo distinto, único e separado de si própria (Bowlby, 1988; Justo, 1990; Winnicott, 1956). Alcançar esta representação cognitiva é fundamental para a vinculação materno-fetal (Mendes, 2002), para a preparação para o nascimento e para a separação física com o parto (Rubin, 1976).

Soifer (1992) afirma que, nesta fase, a ansiedade é dominante e resulta em distorções da perceção dos movimentos fetais, caracterizadas pela sua negação até a uma etapa tardia da gravidez ou pela projeção desses movimentos como intensos e violentos. Inversamente, Justo *et al.* (1999) caracterizam esta etapa como uma fase emocionalmente

estável.

É, também, neste período que se intensificam as fantasias relacionadas com o bebé. As grávidas começam a ensaiar cognitivamente as primeiras tarefas de prestação de cuidados; são capazes de fantasiar características próprias do seu filho como o sexo, o nome, o aspeto físico e o temperamento (Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman, 1994); e começam a conversar com o feto, a cantar para ele e a acariciar o ventre (Justo, 1990). Lederman e Weis (1996) consideram que este estabelecimento de comunicação verbal e táctil é o indicador externo dos processos intrapsíquicos que ocorrem nesta etapa.

A próxima tarefa a cumprir, pela grávida, será *reavaliar e reestruturar a relação com os pais* (Colman & Colman, 1994; Mendes, 2002). Segundo Canavarro (2001) a representação que a mulher tem dos seus próprios pais é muito importante,

(...) pelas expectativas que tem do seu comportamento no papel de avós; pela necessidade de reavaliar a relação que estabeleceu com eles, nas suas facetas mais gratificantes e mais dolorosas; e para se acomodar ao papel materno, incorporando o que considera positivo e assumindo a diferença no que considera mais negativo ou não adequado a si (p. 40).

Canavarro e Pedrosa (2005) acrescentam que o bebé surge como um elemento unificador das gerações, servindo para estabelecer ou fortalecer laços já existentes, permitindo uma maior aproximação entre pais/avós e filhos/pais. Para estas autoras, neste período, o suporte instrumental e/ou emocional prestado pelos avós, se concebido de forma adequada, torna-se um *fator protetor* de adaptação dos pais à nova tarefa que se impõe.



É, também, importante a tarefa de *reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro* (Colman & Colman, 1994; Mendes, 2002), “no plano afetivo, de rotina diária e de relacionamento sexual” (Canavarro, 2001, p. 42).

De forma geral, numa perspetiva sistémica, é necessário flexibilizar a aliança conjugal para formar a aliança parental (Relvas & Lourenço, 2001). Esta aliança deve possibilitar a partilha e articulação do desempenho de tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspetos importantes da vida e, sobretudo, permitir o suporte emocional. Isto é, ser sensível às necessidades do outro, comunicar o que é necessário, partilhar experiências e ajudar o outro a lidar com acontecimentos desconhecidos, muitas vezes, fontes de ansiedade (Colman & Colman, 1994).

Sendo a última fase da gravidez considerada o período de preparação para a separação, que se concretiza com o parto, a próxima tarefa é *aceitar o bebé como pessoa separada* (Canavarro, 2001, Colman & Colman, 1994; Mendes, 2002),

O parto é considerado um acontecimento desconhecido, no caso das primíparas, e percebido como iminente, incontrolável e fisicamente desconfortável, no caso das múltiparas (Colman & Colman, 1994).

Alguns autores (e.g. Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman, 1994; Lederman & Weis, 1996; Soifer, 1992) referem que este período é caracterizado por sentimentos de ansiedade, sobretudo com a proximidade do parto e com a perspetiva de mudança de estilo de vida após a chegada do recém-nascido; e por alguns sentimentos de *ambivalência*, pois a vontade de ter o filho e de terminar a gravidez coexiste com o desejo de a prolongar, para adiar o momento do parto e as novas exigências que o nascimento do bebé acarreta.

Rubin (1976) salienta que a preparação do enxoval e da casa, a escolha do nome e os planos para cuidar do filho intervêm no processo de individualização, pois ajudam a grávida a personificar o feto para que este não seja um estranho na altura do nascimento.

Deste modo, a preparação para o parto passa não só por uma consciencialização dos sentimentos de perda em relação a alguns privilégios adquiridos ao longo da gravidez, como também pela iniciação do estabelecimento da ligação mãe-filho (Mendes, 2002).

A tarefa seguinte a cumprir, pela grávida, consistirá em *reavaliar e reestruturar a sua própria identidade, para incorporar a identidade materna* (Colman & Colman, 1994), isto é “reavaliar as perdas e ganhos que a maternidade introduziu e aceitar as mudanças implicadas por este novo estágio, adaptando-se de acordo com a sua identidade prévia” (Canavarro, 2001, p. 44).

Para Relvas e Lourenço (2001), neste período, algumas mulheres investem muito na relação mãe-bebé, dando menos atenção ao cônjuge/companheiro e às relações com o exterior (e.g. relações com os amigos, vizinhos, etc.). Além disso, Stern e Bruschiweiller-Stern (2005) consideram que a identidade materna vai emergindo gradualmente, a partir do trabalho desenvolvido ao longo dos meses que antecedem e que se seguem ao nascimento do bebé, trabalho este conseguido no interior da mulher, na construção de uma estrutura psíquica, “um reino de experiências profundo e privado” (*idem*, p. 11).

As vivências que a maternidade acarreta são inúmeras e implicam a necessidade de integrar as experiências passadas com as exigências presentes (Colman & Colman, 1994). Acima de tudo, a gravidez é uma experiência de mudança e

renovação, enriquecimento e desafio (Mendes, 2002).

No caso das múltiparas, Canavarro (2001) afirma que, também, é necessário cumprir a tarefa de *reavaliar e reestruturar a relação com o outro ou outros filhos*. Para a autora, uma grávida que já tem filhos, tem uma família mais complexa do ponto de vista relacional e, neste sentido, “a tarefa de assumir a identidade materna para incluir a nova criança é mais exigente” (*ibidem*, p. 44).

Colman e Colman (1994) acrescentam, ainda, que enquanto na primeira gravidez as dúvidas são acerca dos aspetos desconhecidos e nunca vivenciados, na segunda gravidez os pais vão ter de avaliar o que será ser pai/mãe de uma nova criança. Seguindo esta ideia, um estudo de Lederman e Weis (1996), que analisou a adaptação psicossocial à gravidez de 689 primíparas e múltiparas, verificou que as mulheres grávidas do segundo filho revelavam sentimentos de culpabilidade, ao antecipar a reação do primeiro filho ao nascimento do irmão; e revelavam preocupações na capacidade física para cuidarem de duas crianças em simultâneo e na capacidade para amar duas crianças de forma igual. Por sua vez, as primíparas referiram ter sentimentos de ansiedade, medo e incapacidade relativamente ao parto.

Em suma, desde o momento de confirmação da gravidez até ao momento do parto, as tarefas psicológicas que se apresentam à futura mãe são diversas. No entanto, segundo Justo (1986), são tais tarefas de adaptação interna e emocional que poderão permitir o desenrolar normal e integrado da vivência única de a mulher se aceitar como um ser que traz dentro de si outro ser, que em relação a si é potencialmente



diferente e autónomo, e do qual se vai separar. Tal como afirma Mendes (2002), é no período gestacional que a grávida adquire novos conhecimentos e competências fundamentais na transição segura para a maternidade, de forma a caminhar para uma integração efetiva no seu papel de mãe.



## II. Representação da vinculação materno-fetal

### 1. Breve historial do conceito de vinculação materno-fetal

A ligação entre a mulher grávida e o feto em desenvolvimento é possivelmente, a mais profunda e enigmática de todas as relações humanas.  
(DiPietro, 2010, p. 28)

Como é sabido, o conceito de vinculação aparece descrito, pela primeira vez, na literatura psicológica em 1958, no artigo “A natureza da ligação da criança com a mãe” de John Bowlby<sup>1</sup> (Camarneiro, 2011). A génese do conceito está na análise do fenómeno pelo qual o recém-nascido e a mãe estabelecem, entre si, laços seletivos e privilegiados (i.e. relações emocionais próximas), seguindo-se o progressivo alargamento do seu campo a todo o ciclo vital (Ainsworth, 1969, 1976; Bowlby, 1958, 1976; Cassidy, 1999; Soares, 2001; Spinner, 1978; Walsh, 2010). Uma vez estabelecida, a vinculação tende a persistir e a ser duradoura (Ainsworth, 1969, 1976), resultando em sentimentos de amor, segurança e alegria; quando rompida dá lugar a sentimentos de ansiedade, desgosto e depressão (Guedney & Guedney, 2004).

Bowlby (1958, 1976) assinalou que um bebé, à nascença, tem presente determinados comportamentos inatos (e.g. chorar, chupar, agarrar e seguir visualmente a mãe) que são ativados pela presença de determinados estímulos do meio. Tais comportamentos são “desencadeadores sociais das respostas instintivas da mãe” (Bowlby, 1976, p.139).

Assim, segundo Bowlby (1984), a relação entre o bebé e a mãe desenvolve-se no âmbito de um sistema interativo com articulação de dois papéis distintos, mas complementares: o

<sup>1</sup> O título original do artigo é “The nature of the child’s tie to his mother”.

do bebé, em busca de cuidados e atenções que garantam a satisfação das suas necessidades de segurança e proteção; e o do adulto, disponível e capaz de responder às solicitações da criança, através da prestação de cuidados. Soares (2001) afirma que a teoria da vinculação (desenvolvida, como se sabe, por esta autora) foi feita no sentido de descrever o laço criança-pais, em que a criança procura o cuidado de quem melhor seja capaz de lho fornecer, sendo essa pessoa percebida por ela como mais velha e mais sábia.

Segundo Soares (2001), a pessoa, geralmente a mãe, ao realizar com frequência este papel de prestação de cuidados, tenderá a tornar-se para o bebé uma figura de vinculação e, *em princípio*, será capaz de lhe proporcionar um sentimento de segurança sempre que este se sinta ameaçado por uma experiência de medo, desconforto ou mal-estar generalizado. Para a autora, numa perspetiva desenvolvimental, o sentimento de segurança é baseado num conjunto de experiências *repetidas* nas quais as emoções de medo e ansiedade foram sendo atenuadas, de modo adequado, pelas intervenções da figura de vinculação.

Ao longo das últimas décadas, o conceito de vinculação tem sido alvo de novas pesquisas que sugerem que este fenómeno se inicia durante a gravidez, ainda que sob a forma de representação (Camarneiro & Justo, 2010; Condon, 1993; DiPietro, 2010; Muller, 1993). Com efeito, os avanços no conhecimento do período pré-natal levaram a considerar-se o período da gravidez como o verdadeiro início das relações de vinculação entre a mãe e o filho e a ser, em consequência, designado de vinculação pré-natal, vinculação antenatal, vinculação materno-fetal (Camarneiro, 2011), ou ligação materno-fetal (Mendes, 2002).

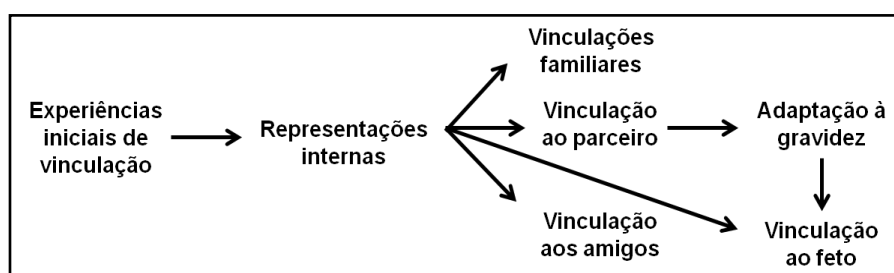
Na perspetiva de Camarneiro (2011), a construção deste conceito pode ter origem no estado de *preocupação materna primária* preconizado por Winnicott, em 1956. Efetivamente, segundo Winnicott (1956) a mãe atinge um estado psicológico caracterizado por uma sensibilidade exacerbada em relação ao filho, que ocorre durante e, principalmente, no fim da gravidez e estende-se até às primeiras semanas ou meses após o parto. Dificilmente as mães se recordam deste estado depois que o ultrapassam, podendo esta memória ser reprimida.

Tal como descreveu Winnicott (1956), a mãe que desenvolve o estado de *preocupação materna primária* possibilita que o bebé caminhe em direção ao seu desenvolvimento. Este estado é, assim, considerado pelo mesmo autor uma condição fundamental da mãe para que o bebé tenha as suas necessidades atendidas (e.g. ser protegido e ser amado) e possa, a partir daí, continuar a desenvolver-se.

Ao longo deste trabalho, optou-se pela terminologia *vinculação materno-fetal*, termo que segundo Muller (1993, p. 201) se caracteriza pela “relação afetiva, única, que se desenvolve entre a mulher e o seu feto.” Na perspetiva de Salisbury, Law, LaGasse e Lester (2003) esta relação baseia-se em representações cognitivas que incluem o imaginário da mãe (e.g. atribuição de características físicas e psicológicas ao feto); sendo, por outro lado, expressa por comportamentos que demonstram cuidado e compromisso com o feto (e.g. ter uma alimentação saudável), conforto (e.g. acariciar a barriga) e preparação do ambiente/equipamento para o nascimento (e.g. preparar o quarto e adquirir roupas para o bebé). Estes processos cognitivos, comportamentos e emoções são encarados como os indicadores da vinculação materno-fetal (Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008).

De forma a clarificar o conceito, Muller (1993) criou um

modelo de vinculação pré-natal (representado na Figura 4) que postula que as experiências iniciais de vinculação conduzem ao desenvolvimento de representações internas que, por sua vez, influenciam as vinculações posteriores formadas pela pessoa. Para a autora, por um lado, as inter-relações entre as representações internas de vinculação, a vinculação ao parceiro e a adaptação à gravidez podem determinar a vinculação ao feto; por outro lado, podem ser apenas as representações internas a determinar essa vinculação.



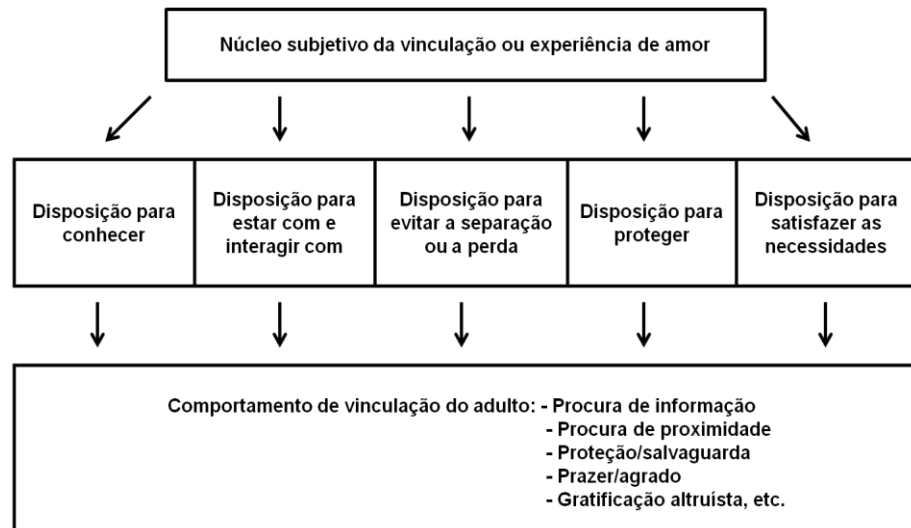
**Figura 4.** Modelo de vinculação (adaptado de Muller, 1993, p. 202)

Por sua vez, Condon (1993) define a vinculação pré-natal como sendo o laço emocional que, normalmente, se estabelece entre a mulher grávida e o seu filho antes de nascer e que representa a forma mais básica de intimidade humana, envolvendo um objeto. De acordo com este autor, durante a gravidez, a mãe e o pai adquirem uma representação interna, crescentemente elaborada do feto que “compreende uma curiosa mistura de fantasia e de realidade, sendo o feto um recipiente por excelência da projeção” (*ibidem*, p. 168).

Neste mesmo sentido, Condon (*ibidem*) propôs um modelo hierárquico (representado na Figura 5) que postula que o núcleo da vinculação é a experiência do amor e que este está associado a um conjunto de experiências subjetivas ou disposições: o desejo de conhecer; estar e interagir com; evitar a separação ou a perda; proteger; e satisfazer as necessidades. Para Condon, estas experiências estão



orientadas para manifestações comportamentais específicas, como a procura de informação e de proximidade ou o evitamento de comportamentos que coloquem em risco o bebé.



**Figura 5.** Modelo hierárquico da vinculação parental (adaptado de Condon, 1993, p. 170)

Ainda segundo Condon (1993) a *disposição para conhecer* está relacionada com a curiosidade sobre a natureza do objeto de vinculação e, no caso do feto, com a necessidade de elaborar as características da sua imagem; a *disposição para estar e interagir com* representa o desejo de interagir com o objeto de vinculação, vivenciando o prazer/satisfação que daí derivam (e.g. acariciar a barriga); a *disposição para evitar a separação ou a perda* é expressa por comportamentos que visam prolongar o contacto com o objeto de vinculação e evitar a sua perda (e.g. evitar andar de avião); a *disposição para proteger* está relacionada com a proteção do objeto de vinculação de influências que possam prejudicar a sua existência ou causar-lhe danos (e.g. uma grávida fumadora deixar de fumar para proteger o feto); e a *disposição para satisfazer as necessidades*, disposição que assume muitas vezes uma natureza altruísta, em que as necessidades do

objeto de vinculação transcendem as necessidades do *self* (e.g. ter uma alimentação adequada à gravidez e ao desenvolvimento fetal).

Em síntese, tal como afirmam Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004), esta relação privilegiada entre a mãe e o feto estabelece-se na fantasia materna, nas emoções e nos sentimentos que a mãe sente relativamente ao bebé que se está a desenvolver dentro de si. O desenvolvimento deste vínculo entre a grávida e o feto é considerado, por Mendes (2002), um dos processos mais importantes na gravidez, devido às repercussões que pode ter no desenvolvimento do futuro ser.

Nesta perspetiva, a vinculação materno-fetal, enquanto esboço da futura relação mãe-filho, proporciona ao nível imaginário da mãe inserir o bebé que irá nascer na sua história pessoal e familiar (Brazelton & Cramer, 1993).

## **2. Padrões de vinculação na gravidez**

Embora cada mulher se vincule de forma única ao seu bebé, Stern e Bruschiweiller-Stern (2005) afirmam que a maioria das mulheres grávidas segue, inconscientemente, um dos três padrões gerais de vinculação.

O primeiro padrão é denominado de *vinculação evitante* e é seguido pelas grávidas que “tendem a manter a experiência da maternidade a uma certa distância, a fim de poderem lidar com ela” (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2005, p. 49). Estas mulheres parecem estar menos absorvidas com a gravidez, apesar de, interiormente, isso poder não ser verdade; tendem a pôr-se à margem da sua própria história, inclusive dos detalhes acerca da forma como foram criadas; podem, ou não, envolver-

se emocionalmente no processo de maternidade, mas em qualquer situação não a enfrentam e não falam sobre ela (*ibidem*).

O segundo padrão é a *vinculação ambivalente* e é seguido pelas grávidas que “se envolvem tanto na experiência de maternidade, que não dão nenhum passo atrás para obter alguma perspetiva do processo” (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2005, p. 50). Durante e após a gravidez, estas mulheres desenvolvem uma relação muito próxima com as suas mães, da mesma forma que, provavelmente, farão com o bebé que vai nascer (*ibidem*).

O terceiro padrão é denominado de *vinculação segura* e é seguido pelas grávidas que se dedicam totalmente à sua relação com o filho e que se envolvem com a mãe de uma forma equilibrada (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2005).

Por seu lado, Condon (1993) definiu quatro padrões de vinculação pré-natal, a partir do cruzamento das duas dimensões (*Qualidade da Vinculação* e *Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade da Preocupação*) da escala que criou (*Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale*) e que será apresentada em mais detalhe adiante<sup>2</sup>. O primeiro padrão traduz uma *vinculação forte ou saudável*; o segundo padrão representa uma *qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência*; o terceiro padrão contém os progenitores *não envolvidos ou envolvidos de modo ambivalente com baixa preocupação*; e o quarto padrão abrange os progenitores *ansiosos, ambivalentes ou com preocupação afetiva*. Sendo a *Escala de Vinculação Pré-Natal Materna* (adaptada para a população portuguesa por Camarneiro e Justo, 2010) um dos instrumentos utilizados neste trabalho, este tópico será

<sup>2</sup> Uma vez que foi utilizada, numa adaptação portuguesa, na parte empírica deste trabalho.

retomado mais à frente.

### 3. Determinantes da vinculação materno-fetal

A acreditar em Colman e Colman (1994), a forma como a gravidez é vivenciada e integrada depende da interação de diversos fatores. Com efeito, vários estudos (e.g. Abasi, Tahmasebi, Zafari & Gholamreza, 2012; Condon & Corkindale, 1997; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks & Cannella, 2009) constataram que podem existir variáveis que influenciam o desenvolvimento da vinculação materno-fetal, reforçando a perspetiva de que o feto tem competências para a interação desde muito cedo e que o vínculo da mãe ao bebé começa durante a gravidez.

Tal como assinalam Sá e Biscaia (2004), “um bebé não nasce após nove meses de gravidez, nasce quando nasce na imaginação dos pais” (p. 20). Se a vinculação materno-fetal representa o desenvolvimento da primeira forma de intimidade humana que envolve um objeto, caracterizado por uma mistura curiosa de fantasia e de realidade, notam Condon e Corkindale (1997), “estudar os fatores que facilitam ou inibem o seu desenvolvimento e influenciam a sua intensidade pode fornecer informação importante sobre os determinantes mais complexos dos relacionamentos posteriores, tais como os que acontecem entre a mãe e a criança” (p. 360).

Em termos gerais, os estudos realizados sobre os fatores associados ao desenvolvimento da vinculação materno-fetal incidem sobre variáveis sociodemográficas, variáveis ginecológicas e obstétricas, a qualidade das relações interpessoais e variáveis intrapessoais.

### 3.1. Variáveis sociodemográficas

Tal como foi referido atrás, vários estudos consideram que a vinculação materno-fetal pode ser influenciada por variáveis no que diz respeito ao seu desenvolvimento. Mais especificamente, entre os fatores de dimensão sociodemográfica que poderão influenciar a vinculação da mãe ao feto, têm sido objeto de estudo a *idade materna*, as *habilitações académicas* e o *estado civil*.

A *idade materna* pode estar associada ao grau de vinculação materno-fetal, mas os estudos realizados não têm sido consistentes. Em alguns estudos, não foram encontradas relações entre a idade materna e a vinculação materno-fetal (e.g. Vedova, Dabrassi & Imbasciati, 2008; Yarcheski *et al.*, 2009), mesmo em grávidas de risco obstétrico (Brandon *et al.*, 2008; White, McCorry, Scott-Heyes, Dempster & Manderson, 2008). Noutros estudos, pelo contrário a idade materna parece estar positivamente relacionada com a vinculação materno-fetal (e.g. Camarneiro, 2011; Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008; Hart & McMahan, 2006; Muller, 1993; Siddiqui, Hagglof e Eisemann, 1999, 2000).

A título de exemplo, no estudo de Siddiqui, *et al.* (1999), com 171 gestantes no terceiro trimestre de gravidez, as grávidas primíparas mais jovens mostraram estar significativamente mais vinculadas ao feto, parecendo experienciar mais afeição, mais fantasia e mais prazer quando comparadas com as primíparas menos jovens.

Quanto às *habilitações académicas*, em alguns estudos publicados não foi encontrada uma relação entre os anos de escolaridade e a vinculação materno-fetal (Alvarenga, Dazzani, Alfaya, Lordelo & Piccinini, 2012; Camarneiro, 2011; Camarneiro & Justo, 2010; Siddiqui *et al.*, 1999; Vedova *et al.*,

2008; Yarcheski *et al.*, 2009). No entanto, na investigação de Muller (1993), com 336 grávidas, verificou-se um decréscimo da vinculação ao feto quando os anos de escolaridade, da gestante, aumentam.

Relativamente ao *estado civil*, um outro estudo realizado por Muller (1996) com 228 grávidas, as mulheres solteiras parecem estar mais vinculadas ao feto do que as mulheres casadas; e as mulheres solteiras parecem estar, também, mais vinculadas ao bebé do que as mulheres que vivem com o companheiro. Contudo, estudos mais recentes não verificaram esta associação entre as duas variáveis referidas (Camarneiro, 2011; Siddiqui *et al.*, 1999; Vedova *et al.*, 2008; Yarcheski *et al.*, 2009).

### 3.2. Variáveis ginecológicas e obstétricas

Alguns estudos (*e.g.* Abasi *et al.*, 2012; Brandon *et al.*, 2008; Condon & Corkindale, 1997; Siddiqui *et al.*, 1999; Vedova *et al.*, 2008) consideram, também, que o desenvolvimento da vinculação materno-fetal pode ser influenciado por variáveis ginecológicas e obstétricas, tais como o *planeamento da gravidez*, a *existência de uma experiência prévia de gravidez e maternidade*, a *perceção dos movimentos fetais* e a *idade gestacional*.

Tal como já foi referido anteriormente, o *planeamento da gravidez* e a sua aceitação são dois aspetos distintos, visto que o facto de a gravidez ter sido planeada não está necessariamente associado ao desejo de se ser mãe (Lederman & Weis, 1996). A título de exemplo, no estudo realizado por Bouchard, Boudreau e Hébert (2006), com 120 casais, cerca de 23% das gravidezes que chegaram ao fim, não foram planeadas.

As investigações parecem todavia revelar que o planeamento da gravidez pode aumentar a qualidade e a intensidade da vinculação materno-fetal (Abasi *et al.*, 2012; Camarneiro, 2011; Condon & Corkindale, 1997; Salisbury *et al.*, 2003) e que as mulheres que vivem uma gravidez planeada expressam, normalmente, mais afeição pelo feto (Siddiqui *et al.*, 1999). Sendo de notar e sublinhar contudo que alguns autores (e.g. Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008; Vedova *et al.*, 2008; White *et al.*, 2008; Yarcheski *et al.*, 2009) não observaram, nos respetivos estudos, tal associação entre o planeamento da gravidez e a vinculação materno-fetal.

Quanto à relação entre a *existência de uma experiência prévia de gravidez e maternidade* e a vinculação materno-fetal, os resultados, parecem de igual modo não serem conclusivos.

Moore, Cohn e Campbell (1997), por exemplo, afirmam que as mães com mais experiência em cuidar parecem mostrar sinais mais positivos e maior sensibilidade para com os seus filhos. Pelo contrário, no já mencionado estudo comparativo de Siddiqui *et al.* (1999), com 171 gestantes no terceiro trimestre de gravidez, as primíparas parecem expressar mais fantasia e mais partilha de prazer do que as múltiparas. Por seu lado, Lorensen, Wilson e White (2004), que estudaram 230 grávidas no terceiro trimestre de gravidez, observaram que a vinculação materno-fetal parece ser mais elevada na primeira do que na segunda gravidez, devido à excitação, ao orgulho e ao efeito novidade. Mas outros estudos, um pouco mais recentes, realizados com grávidas no segundo e no terceiro trimestres de gravidez, não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a existência de uma experiência prévia de gravidez e maternidade e a vinculação materno-fetal (Vedova *et al.*, 2008; Yarcheski *et al.*, 2009), mesmo em grávidas de

risco obstétrico (White *et al.*, 2008).

Quanto à *perceção dos movimentos fetais e idade gestacional*, é de notar, em primeiro lugar, que conforme recordam Colman e Colman (1994, p. 73), “de um modo geral, o movimento do bebé é sentido entre a décima oitava e a vigésima primeira semanas de gravidez”, sendo nessa altura que o feto começa a afirmar a sua presença. Ora, há algum consenso na literatura (*e.g.* Armstrong, 2002; Camarneiro, 2011; Damato, 2000; Rubin, 1976; Vedova *et al.*, 2008) quanto ao facto de o início da *perceção dos movimentos fetais* e as mudanças hormonais terem, aparentemente como resultado, o rápido incremento da vinculação materno-fetal. Contudo, este consenso não é universal. Por exemplo, Saastad, Israel, Ahlborg, Gunnes e Froen (2011), estudaram 951 gestantes, concluindo que a consciência dos movimentos fetais no terceiro trimestre parece não estimular a vinculação materno-fetal.

Enfim, de acordo com as investigações realizadas por Brandon *et al.* (2008) e Lawson e Turriff-Jonasson (2006), a *idade gestacional* é uma variável que parece estar positivamente relacionada com os níveis de vinculação materno-fetal em grávidas de risco obstétrico, principalmente no segundo trimestre de gravidez. Para Lawson e Turriff-Jonasson (2006) em especial, esta ideia apoia a posição de que o nível de vinculação parece ter o seu pico máximo no segundo trimestre de gravidez. Contudo, nem todos os autores observaram esta associação, como é o caso de White *et al.* (2008), na sua investigação com 119 gestantes.



### 3.3. Qualidade das relações interpessoais

Existem, de igual modo, investigações (e.g. Abasi *et al.*, 2012; Alhusen, Gross, Havat, Rose & Sharps, 2012; Condon & Corkindale, 1997; Vedova *et al.*, 2008) que consideram que a vinculação materno-fetal pode ser influenciada pela qualidade das relações interpessoais, tais como o *apoio social e familiar* e a *satisfação com a relação conjugal*.

Bowlby (1988) desde logo reconheceu a necessidade de a grávida ter *apoio social e familiar*. Para este autor, durante a gravidez, a mulher pode vivenciar um aumento das necessidades de apoio da sua própria mãe e do companheiro, para partilha e validação da sua experiência; e de mulheres mais experientes, para se reassegurar do seu papel. Nesse sentido, o estudo de Condon e Corkindale (1997), realizado com 238 mulheres no terceiro trimestre de gravidez, parece revelar de facto uma forte associação entre os níveis de vinculação materno-fetal e a falta de apoio social e familiar. Mais exatamente, as mulheres que parecem apresentar uma vinculação materno-fetal mais fraca manifestaram níveis menores de suporte social. No entanto, nas investigações de Cannella (2005) e White *et al.* (2008) o apoio social não parece influenciar a vinculação da mulher ao feto.

No que diz respeito à *satisfação com a relação conjugal*, em diversos estudos (e.g. Abasi *et al.*, 2012; Camarneiro, 2011; Bouchard, 2011; Siddiqui *et al.*, 1999; Wilson *et al.*, 2000) as mulheres que relatam intimidade nas relações conjugais e familiares e que possuem experiências positivas nas relações com os maridos/companheiros parecem expressar mais vinculação ao feto.

Vedova *et al.* (2008) acrescentam que a vinculação materno-fetal parece ser mais elevada nas mulheres com

menos tempo de relação conjugal; e Condon e Corkindale (1997) afirmam que a vinculação materno-fetal parece correlacionar-se negativamente com altos níveis de controlo conjugal.

### 3.4. Variáveis intrapessoais

Laxton-Kane e Slade (2002) consideram que ao longo da gravidez, algumas grávidas experienciam diversas alterações no seu estado emocional, que podem interferir com a sua capacidade de se relacionarem com o bebé. Neste sentido, diferentes estudos (e.g. Brandon, 2007; Condon & Corkindale, 1997; Figueiredo, Costa, Pacheco, Conde & Teixeira, 2007; Rodrigues, Pérez-López & Nuez, 2004) consideram que o desenvolvimento da vinculação materno-fetal pode ser influenciado por variáveis intrapessoais, como a *depressão*, a *ansiedade* e o *stress*.

No que diz respeito à primeira, existem diversas investigações (e.g. Alhusen *et al.*, 2012; Brandon, 2007; Camarneiro, 2011; Condon & Corkindale, 1997; Perry, Ettinger, Mendelson & Le, 2011; Seimyr, Sjogren, Welles-Nystrom & Nissen, 2009; White *et al.*, 2008) que estabelecem uma forte ligação entre a vinculação materno-fetal e a *depressão*, pois afirmam que os sintomas depressivos durante a gravidez parecem ter um impacto negativo na vinculação da mulher ao feto e podem prejudicar as experiências afetivas positivas (e.g. prazer na proximidade com o feto). No mesmo sentido, Figueiredo *et al.* (2007) afirmam que a *depressão* na gravidez manifesta-se, essencialmente, por emoções pouco claras que podem ser responsáveis por uma vinculação mais pobre ao feto. Contudo, os dados obtidos por Hart e McMahon (2006),

no seu estudo com 53 primíparas entre as 20 e as 38 semanas de gestação, não revelaram associação entre a vinculação materno-fetal e a depressão na gravidez.

Quanto à *ansiedade* e ao *stress*, o efeito destas variáveis na vinculação materno-fetal não é claro. Figueiredo *et al.* (2007) e Rodrigues *et al.* (2004), nomeadamente, assinalam que estes estados emocionais podem ativar emoções negativas durante a gravidez, mas parecem não ter um efeito prejudicial na vinculação materno-fetal, mesmo quando estão associados a emoções negativas relativamente ao feto.

Relativamente aos efeitos do *stress* materno, durante a gravidez, Roseboom *et al.* (2001) fazem notar que durante o conhecido episódio histórico *Inverno da Fome Holandês*, que ocorreu em 1944/45, nos últimos seis meses da II Guerra Mundial, além da fome propriamente dita, as grávidas foram expostas a níveis muito elevados de *stress*, devido justamente à falta de alimentos, à guerra e à ausência dos seus maridos/companheiros. Ora, de acordo com diversas investigações realizadas (*e.g.* Brown, van Os, Driessens, Hoek & Susser, 2000; Ravelli *et al.*, 1998; Ravelli, van der Meulen, Osmond, Barker & Bleker, 1999; Roseboom, Rooij & Painter, 2006; Roseboom *et al.*, 2001) com os filhos destas mulheres holandesas, de forma a analisar os efeitos da desnutrição materna durante a gestação, verificou-se que os sujeitos expostos à escassez de alimentos, no início da gestação, apesar de nascerem com pesos normais (Roseboom *et al.*, 2001), apresentaram índices de obesidade, intolerância à glicose (Ravelli *et al.*, 1999; Roseboom, Rooij & Painter, 2006; Roseboom *et al.*, 2001), uma fraca capacidade de resistência ao *stress* e risco de desenvolverem doenças cardíacas, na idade adulta (Roseboom, Rooij & Painter, 2006); por sua vez,

os indivíduos expostos à escassez de alimentos, no meio da gestação, nasceram mais pequenos e com pesos, significativamente, reduzidos (Ravelli *et al.*, 1999; Roseboom *et al.*, 2001) e apresentaram intolerância à glicose e risco de desenvolverem doenças respiratórias, na idade adulta (Roseboom, Rooij & Painter, 2006); e, por fim, os indivíduos expostos à escassez de alimentos, no final da gestação, apresentaram risco aumentado de intolerância à glicose (Ravelli *et al.*, 1998; Roseboom, Rooij & Painter, 2006) e risco de desenvolverem doença bipolar, na idade adulta (Brown *et al.*, 2000). Estes dados entre vários outros sugerem que as alterações na nutrição materna e, talvez, o consequente *stress* materno associado (neste caso) às privações alimentares, à guerra, etc., são fatores que podem contribuir para um ambiente adverso no útero que pode ter, permanentemente, efeitos sobre a saúde dos indivíduos (Roseboom *et al.*, 2001).

### III. Do bebé imaginário ao bebé real

A primeira forma que a mãe tem de embalar um filho é sonhar com ele na gravidez; a segunda, é sonhar por ele quando lhe canta e o embala (...) e, finalmente, é deixá-lo tornar-se uma personagem real do seu sonho.

(Sá, 2000, p. 26)

#### 1. Representações psíquicas do bebé

Tal como foi referido anteriormente (cf, p. 31), durante o segundo trimestre de gestação, a representação materna do bebé torna-se, progressivamente, mais autónoma e realista, sendo este processo ativado ou acelerado através da sensação real da presença do bebé dentro de si, da perceção dos movimentos fetais e do confronto com os registos das ecografias (Canavarro, 2001). Além disso, é, de igual modo, neste período que se intensificam as representações e fantasias relacionadas com o bebé (Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman, 1994).

Com efeito, as representações parentais durante a gravidez, especialmente as da mãe sobre o bebé e sobre si mesma, têm sido destacadas por vários autores (e.g. Golse, 2007; Lebovici, 1987; Piccinini *et al.*, 2004; Stern, 1997; Winnicott, 1956) por serem importantes na determinação das relações posteriores da mãe com o filho.

Stern (1997, p. 24), por exemplo, defende que as representações são construídas "a partir da experiência subjetiva de estar com outra pessoa", e que estas experiências interativas podem ser reais ou imaginadas/fantasiadas. Na perspetiva deste autor, existem dois mundos paralelos na maternidade: o mundo externo, real e objetivo; e o mundo mental das representações, imaginário e subjetivo. Estes dois mundos incluem experiências de interação, fantasias,

esperanças, medos, sonhos, memórias de infância, modelos parentais e desejos quanto ao futuro do bebé.

De facto, tal como afirmam Stern e Bruschiweiller-Stern (2005), durante a gravidez, enquanto o corpo da gestante se encarrega da formação física do feto, a sua mente forma a ideia de mãe que ela poderá vir a ser e começa a construir uma imagem mental do bebé. De certo modo, no psiquismo da mulher grávida ocorrem três gravidezes em simultâneo: o embrião/feto em desenvolvimento no ventre materno; a organização psíquica da maternidade; e a formação do *bebé imaginário*.

Relativamente à formação do *bebé imaginário*, Stern e Bruschiweiller-Stern (2005) defendem que todas as mulheres grávidas constroem, mentalmente, o bebé dos seus sonhos, esperanças e medos, tentando imaginá-lo com um ano de idade, como estudante e como adulto. Por seu lado, o psicanalista francês Serge Lebovici (1987), autor de referência sobre o tema, sublinha que o bebé é constituído a partir dos cuidados e das fantasias maternas. Mais especificamente, durante a gravidez, a futura mãe tem a capacidade de antecipar, criar, interpretar e dar sentido aos comportamentos e às manifestações do filho. Nesse mesmo âmbito, Brazelton e Cramer (1992) afirmam que algumas gestantes atribuem características ao filho, como o sexo, a aparência e a personalidade, a partir dos ritmos e reações do bebé no útero e das fantasias que possuem sobre ele. Ainda para Lebovici (1987), é através desta identificação da mãe com o bebé que ela o consegue sentir, perceber, criar, compreender e lhe conceder as mais diversas características. Ideia que vai ao encontro da posição de Sá e Biscaia (2004, p. 20), segundo os quais “um bebé não nasce após nove meses de gravidez, nasce quando nasce na imaginação dos pais.”

Seguindo esta perspetiva, Lebovici (1987) defende que existem três bebês no psiquismo materno: o da fantasia; o imaginário e o da realidade. Apesar de serem distintos, estes três bebês do psiquismo materno complementam-se.

### **1.1. Bebê fantasmático, bebê imaginário e bebê real**

Tal como se acabou de referir, Lebovici (1987) postula a coexistência de três bebês na mente materna: o bebê fantasmático, o bebê imaginário e o bebê real.

O *bebê fantasmático* (também denominado de bebê de fantasia ou bebê edípico) é descrito por Lebovici (1987, 1988) como o resultado das vivências infantis maternas, do complexo de Édipo materno e das identificações da mãe com os seus próprios pais. Para o autor, este bebê provém dos conteúdos, conflitos e fantasias primitivas e inconscientes da mãe sobre o desejo de ter um filho.

De acordo com Lebovici (1988, 1993, 1994, 1995), a partir do bebê fantasmático, começam a ocorrer as primeiras identificações e o reconhecimento das semelhanças com o bebê, passando este a ser o representante da filiação dos pais e dos avós. Neste sentido, segundo o autor, querer ser mãe e ter um filho é, para a mulher, uma forma de anunciar para a futura avó materna que ela vai ultrapassar uma fase geracional, deixando de ser mãe para ser avó.

Relativamente ao *bebê imaginário*, Lebovici (1987, 1988, 1993, 1994, 1995) descreve-o como sendo o bebê dos sonhos diurnos, das referências verbais e das expectativas da mãe sobre o desejo da gravidez e da maternidade. Para Golse (2007) e Lebovici (1987) este bebê é razoavelmente representável e pode ser facilmente expresso por palavras,

pois é constituído com base nas fantasias conscientes e pré-conscientes da mãe. De igual modo, alguns autores (e.g. Bayle, 2005; Brazelton & Cramer, 1992; Lebovici, 1987; Soulé, 1987; Stern & Bruschiweiller-Stern, 2005) referem que este bebé possui a função de reparação, realização e compensação para os pais e para as suas famílias, sendo por isso um bebé idealizado, onnipotente e dotado de todas as qualidades e poderes. Com efeito, nota Bayle (2005, p. 331), com esta imagem perfeita do bebé, “a mãe realiza os seus próprios ideais, sendo a criança um prolongamento dela própria.”

Segundo Stern e Bruschiweiller-Stern (2005) a construção da imaginação sobre o bebé ocorre, habitualmente, na décima segunda semana de gestação, momento em que está garantida a viabilidade da gravidez. Já durante o quarto mês de gestação, a perceção dos movimentos fetais e os registos das ecografias parecem ter, como resultado, o aumento da imaginação sobre o bebé (Lebovici, 1987, 1988, 1994; Piccinini *et al.*, 2004; Stern & Bruschiweiller-Stern, 2005). Sobre esta ideia, Brazelton e Cramer (1992) e Soifer (1992) afirmam que, através da forma como são percecionados os movimentos fetais, as mulheres grávidas tendem a atribuir características de temperamento ao bebé e expressam que a interação com ele passou a ser recíproca. Por fim, Stern e Bruschiweiller-Stern (2005) acrescentam que, de forma geral, entre o quarto e o sétimo mês de gravidez, a maioria das futuras mães dá livre curso à imaginação, tornando o esboço do bebé cada vez mais elaborado; e pelo sétimo ou oitavo mês, o *bebé imaginário* já parece estar completamente formado na mente materna.

Enfim, nos dois meses que antecedem o parto, o *bebé imaginário* tende a desvanecer-se, dando progressivamente



lugar ao futuro bebé real (Ammaniti *et al.*, 1992; Stern, 1997; Stern & Bruschiweiller-Stern, 2005). O *bebé real* é, para Lebovici (1987, 1988), aquele que a mulher segurará nos braços no dia do nascimento (i.e. a criança que os pais podem ver, tocar e ouvir). Esta criança pode ter origem ainda na gestação, a partir dos movimentos e das características reais do feto, principalmente no terceiro trimestre, podendo, neste sentido, a gravidez ser considerada um “período de transição entre o bebé imaginário e o bebé real” (Piccinini *et al.*, 2004, p. 229).

Brazelton e Cramer (1992, p. 37) defendem que, após o nascimento e o contato com o bebé recém-nascido, é importante que a mãe consiga “chorar a perda da criança imaginária (perfeita) e adaptar-se às características específicas do seu bebé”. Isto é, tal como assinala Lebovici (1987), a mãe precisa aceitar as contradições existentes entre os dois bebés e reorganizar-se psicologicamente, mantendo alguns aspetos do bebé imaginário no bebé real, e modificando as representações sobre o bebé imaginário de acordo com as características do recém-nascido. Esta reestruturação é fundamental para a interação mãe-bebé (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007) e, geralmente, ocorre de forma natural, pois a mãe sente a necessidade de se reconciliar com o bebé real e desinvestir no bebé imaginário perfeito (Brazelton & Cramer, 1993).

Neste sentido, alguns autores (e.g. Brazelton & Cramer, 1992; Piccinini *et al.*, 2004; Stern, 1997) admitem que as expectativas da mãe em relação ao bebé, durante a gravidez, podem ter repercussões positivas e negativas para a relação entre a díade, após o nascimento. Os aspetos positivos envolvem, principalmente, a necessidade de que o bebé seja investido de desejos e fantasias para começar a existir enquanto ser humano; as expectativas são consideradas

negativas quando não há espaço para que o bebé assuma a sua própria identidade, isto é quando a mãe não consegue aceitar a singularidade do seu filho e abandonar a sua carga maciça de projeções. Com efeito, Brazelton e Cramer (1993) e Piccinini *et al.* (2004) consideram que conhecer o sexo do bebé é um dos aspetos que pode ajudar a materializar a relação que a mãe estabelece com o filho, visto que, para a maioria das mães, saber o sexo do bebé antes do nascimento possibilita conhecê-lo, atribuir-lhe identidade, expectativas, sentimentos e características próprias. Por outro lado, o grau de normalidade ou dificuldade do processo vai depender da capacidade de a mãe considerar, com o tempo, o bebé como um ser individual e único (Brazelton & Cramer, 1993), sendo capaz de introduzir desejos, esperanças e sentimentos no filho (Lebovici, 1987).

Em suma, durante a gravidez, as futuras mães projetam motivações conscientes e inconscientes no filho, como a eternidade do seu amor, o perpetuar da espécie, a longevidade da família e a transmissão de normas culturais e familiares (Bayle, 2005), e é através dessas motivações que elas podem adquirir a capacidade necessária para a interação adequada com o filho após o nascimento, criando um mundo interno que promove o seu envolvimento (*e.g.* Ammaniti, 1994; Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer & Lopes, 2009; Stern, 1997, Winnicott, 1956).

## **2. O papel da ecografia na representação do bebé imaginário**

Nas últimas décadas, assistiu-se a uma crescente utilização da ecografia no campo da medicina materno-fetal (Camarneiro, 2011; Merg & Bader, 2005). Para Bayle (2005), a

ecografia (i.e. um método em que uma imagem do feto é recriada num *écran* de computador) tornou-se um exame banal durante a gravidez, não só pelas suas preciosas capacidades de despistagem e pelos conhecimentos sobre o desenvolvimento do feto, mas também por, de alguma forma, fornecer informações sobre a vida fantasmática da grávida. Por outras palavras, a autora afirma que “a reação da mulher durante a consulta ecográfica pode resultar num ótimo momento de diagnóstico do estado físico e psicológico da mãe” (*ibidem*, p. 330).

Embora não existam dúvidas quanto às contribuições médicas da ecografia obstétrica, em relação aos aspetos psicológicos os estudos realizados não têm sido consistentes.

Por um lado, alguns autores (e.g. Baillie, Mason & Hewison, 1997; Colman & Colman, 1994; Colucciello, 1998; Gomes & Piccinini, 2006; Raphael-Leff, 1993; Sioda, 1984) referem que a ecografia tem efeitos positivos para a gestante e para a relação materno-fetal. A título de exemplo, na investigação de Gomes e Piccinini (2006), com 11 gestantes primíparas, as participantes relataram que somente após a primeira ecografia começaram a sentir-se realmente grávidas e que foi, de igual modo, nesse momento que conseguiram assimilar que os seus filhos não eram completamente indefinidos (i.e. que já possuíam a forma de um ser humano). Por sua vez, Baillie, Mason e Hewison (1997) defendem que a ecografia facilita a transição para a parentalidade, diminui a ansiedade e aumenta a adesão das gestantes às recomendações médicas. Além disso, o exame pode tornar o bebé mais personificado na mente materna (Colucciello, 1998), intensificar o vínculo com o feto, aumentar a união pré-natal (Sioda, 1984), concretizar a existência do bebé e possibilitar uma maior integração do papel de mãe (Raphael-Leff, 1993),

no sentido em que mulheres que não conseguem conceptualizar o que está a acontecer dentro delas passam a acreditar quando vêm o feto a mexer no *écran* (Colman e Colman, 1994).

Por outro lado, contrapondo-se aos supostos efeitos positivos da ecografia, referidos atrás, alguns autores (e.g. Courvoisier, 1985; Piontelli, 1995; Soulé, 1987; Zlotogorsky, Tadmor, Duniec, Rabinowitz e Diamant, 1995) referem que este exame pode, também, ter repercussões negativas. Courvoisier (1985), por exemplo, enfatiza que a ecografia pode interromper e destruir as fantasias da mãe em relação ao feto. De acordo com esta autora, o impacto emocional da “visualização do feto *in-utero* pode criar um curto-circuito momentâneo no imaginário parental” (*ibidem*, p. 103) e provocar fortes angústias. Isto é, a imagem observada pode não corresponder à preexistente ou pode trazer uma imagem que ainda é inexistente ou pouco elaborada, podendo aparecer nestes limites do real e do imaginário um sentimento de apreensão.

Por sua vez, Soulé (1987) evidencia que a realização de uma ecografia pode transmitir segurança, mas pode, de igual modo, inquietar os pais, já que a imagem recriada no *écran* não é perfeita, pode ser interpretada como um conjunto de sombras, pode não fornecer uma segurança sobre a integridade física do feto e traz à tona uma realidade muito precoce, fazendo com que a imagem real do feto destrua as fantasias maternas e a gestante se sinta invadida. O mesmo autor acrescenta que, por terminarem com todas as fantasias maternas, as ecografias são “interrupções voluntárias do fantasma” (*ibidem*, p. 142), como se a mãe abortasse, estagnasse e bloqueasse o *bebé imaginário*.

Seguindo a mesma perspetiva, Piontelli (1995) afirma

que quando a ecografia é realizada antes da ocorrência e percepção dos movimentos fetais, as gestantes podem experienciar um choque ao reconhecerem que o feto, presente na imagem, lhes pertence. Segundo esta autora, as gestantes podem, também, vivenciar o momento da ecografia com sentimentos de ansiedade, ou porque temem os resultados que lhes vão ser transmitidos, ou por não compreenderem o que é dito e mostrado pelo médico. Sobre esta última ideia, Zlotogorsky *et al.* (1995) defendem que os sentimentos de ansiedade, durante o exame, podem ser influenciados pelo nível de feedback transmitido pelo médico. De acordo com estes autores, é importante existir um alto feedback durante a ecografia (i.e. um feedback que envolva respostas visuais e verbais e que possa incluir, por exemplo, uma fotografia do feto no final da ecografia) para reduzir a ansiedade materna e para causar uma impressão mais positiva do exame.

Em suma, tal como assinalam Gomes e Piccinini (2005) e Merg e Bader (2005), a ecografia possibilita que a gestante tenha acesso ao seu próprio corpo, a si mesma como mulher e mãe e à forma e ao comportamento de seu filho. Bayle (2005) acrescenta que, com os dados concretos que o exame revela sobre o bebé, os pais começam a confrontar o *bebé imaginário* com o bebé real, devendo aceitar a individualidade da criança que não é, exatamente, a imagem de perfeição que imaginaram, mas uma realidade concreta com as suas particularidades e especificidades. Deste modo, independente dos efeitos positivos ou negativos da realização de uma ecografia, percebe-se que o exame gera um impacto emocional no psiquismo da gestante que, provavelmente, pode repercutir na sua relação com o bebé. Este procedimento deve, portanto, “ser cuidadosamente realizado e assistido pelos profissionais da saúde, tanto na sua dimensão médica como psicológica”



(Gomes e Piccinini, 2005, p. 391).





## Segunda Parte - Estudo Empírico



## **IV. Objetivos e metodologia de investigação**

### **1. Objetivos de investigação**

Em termos globais, a revisão da literatura efetuada na primeira parte deste trabalho, procurou contextualizar as diversas adaptações fisiológicas e psicológicas que ocorrem no período gestacional, bem como a relação afetiva, única, que se desenvolve entre a mulher grávida e o seu filho. É nesse mesmo âmbito, isto é, na tentativa de compreender melhor esta relação de intimidade, em que os indivíduos são quase invisíveis um para o outro (Raphael-Leff, 1993), que se definiu como objetivo geral do trabalho empírico estudar os sentimentos, as representações e as expectativas da gestante relativamente ao filho.

Como objetivos mais específicos pretendeu-se:

- 1) Estudar aspetos da vinculação pré-natal materna, através dos sentimentos que a mãe tem pelo bebé e da interação que estabelece com ele;
- 2) Explorar a importância da representação criada pela mãe sobre a gravidez e sobre o bebé, através da representação gráfica da gravidez;
- 3) Analisar possíveis expectativas da gestante relativamente ao bebé e a sua capacidade de lhe conceber e atribuir características físicas e psicológicas.

### **2. Método**

#### **2.1. Caracterização da investigação**

Em termos gerais, o estudo realizado é de natureza não-experimental. Segundo Kerlinger (1992, p. 348) “a pesquisa



não-experimental é a investigação empírica sistemática em que o cientista não tem controlo direto das variáveis independentes, porque as suas manifestações já ocorreram ou porque não são, inerentemente, manipuláveis”. Para Polit e Hungler (1994) este tipo de pesquisa tem como principais objetivos explicar fenómenos e provar proposições teóricas; prever a ocorrência e magnitude de fenómenos; e descrever diversas características e condições.

Na perspetiva de Kerlinger (1980, 1992) o método de pesquisa não-experimental tem algumas limitações, como a incapacidade de manipulação da variável independente; a incapacidade de selecionar de forma aleatória os indivíduos; e o risco de má interpretação dos resultados. Contudo, o autor afirma que as investigações não-experimentais desempenham um papel crucial nas ciências sociais, porque diversos problemas de interesse não podem ser submetidos a experimentação; acrescentando, ainda, que estas investigações são, frequentemente, mais realistas e permitem a solução de diversos problemas práticos.

Além de não-experimental, a investigação pode ser considerada *ex post facto*, uma vez que analisa fenómenos que ocorreram de forma natural, sem a intervenção da investigadora, não sendo possível manipular as variáveis ou designar os sujeitos ou as condições aleatoriamente; *descritiva*, pois descreve, observa e documenta aspetos de uma situação que ocorreu de forma natural, tentando identificar os principais fatores ou as variáveis envolvidas num dado fenómeno ou acontecimento; *exploratória*, uma vez que recolhe informação que pode proporcionar a formulação de hipóteses ou o desenvolvimento do conhecimento acerca de um assunto, de uma ideia ou de uma proposição teórica; e *transversal*, pois

foca um único grupo representativo da população em estudo e os dados foram recolhidos num único momento (Kerlinger, 1980, 1992; Pais-Ribeiro, 2010; Pinto, 1990; Polit & Hungler, 1994). Neste âmbito, importa ainda referir que, tal como assinala Pinto (1990), estes procedimentos metodológicos “são frequentemente utilizados nas fases iniciais de investigação de uma nova área do saber” (p. 58), sendo o objetivo nestes casos desenvolver ideias ou hipóteses sobre o modo como os fenómenos ou acontecimentos se relacionam entre si.

## **2.2. Caracterização da amostra**

Foi utilizado o programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 20.0, para proceder à caracterização sociodemográfica e clínica da amostra em estudo, em termos estatísticos. Os resultados descritivos, organizados em tabelas, estão disponíveis na sua globalidade no Anexo 1.

### **2.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra**

Neste estudo participaram 50 mulheres grávidas (N = 50 gestantes), em regime de consulta no Centro Hospitalar Cova da Beira, com uma média de idades de 29,9 anos (*Mín.* = 18.00, *Máx.* = 40.00, *DP* = 5.91) e de nacionalidade maioritariamente portuguesa (96%). As gestantes que participaram no estudo são casadas (64%) ou vivem em união de facto (36%); as suas habilitações académicas variam entre o 1º Ciclo e o grau de Mestrado, sendo que a maioria tem o Secundário (40%) ou uma Licenciatura (40%).

Para avaliar a profissão das participantes foi utilizada a Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2010), que

contempla 10 grupos profissionais (Figura 6).

<b>Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2010)</b>
<b>Grupo 0.</b> Profissões das Forças Armadas
<b>Grupo 1.</b> Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos
<b>Grupo 2.</b> Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas
<b>Grupo 3.</b> Técnicos e Profissões de Nível Intermédio
<b>Grupo 4.</b> Pessoal Administrativo
<b>Grupo 5.</b> Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores
<b>Grupo 6.</b> Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta
<b>Grupo 7.</b> Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices
<b>Grupo 8.</b> Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem
<b>Grupo 9.</b> Trabalhadores Não Qualificados

**Figura 6.** Classificação Portuguesa das Profissões (adaptado de INE, 2010, p. 25)

Os grupos que possuem valores mais elevados são o grupo 5 (*Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores*), com 20% das gestantes; e o grupo 4 (*Pessoal administrativo*), com 18% das gestantes. Contudo, é importante referir que 30% das mulheres que integram a amostra estão desempregadas e, por isso, não se inserem em nenhum dos grupos.

A análise da situação profissional mostrou, ainda, que as gestantes empregadas exercem a profissão há uma média de 8.12 anos (*Mín.* = .2 meses, *Máx.* = 19.00 anos, *DP* = 4.16), sendo que 50% têm um estatuto ocupacional efetivo; 16% estão a contrato de trabalho; e 4% trabalham por conta própria. Por outro lado, as gestantes desempregadas estão nessa situação há uma média de 1.26 anos (*Mín.* = .2 meses, *Máx.* = 5.00 anos, *DP* = 1.18).

Relativamente à questão que explora as relações com

a(s) família(s) de origem, todas as participantes relataram possuir apoio por parte do pai da criança, da sua família e da família do seu marido/companheiro e, quanto ao desejo de ter mais filhos, 44% das gestantes não têm essa intenção; 42% das gestantes desejam ter mais filhos; e 14% das gestantes não pensam nisso, por agora.

Por fim, a caracterização do meio revelou que 56% das participantes habitam numa zona urbana e 44% numa zona semi-urbana, com um povoamento maioritariamente aglomerado (94%). Por sua vez, a caracterização da habitação das gestantes mostrou que os tipos de habitação mais frequentes são a vivenda (56%) e o apartamento (42%), sendo que para a maioria a habitação é própria (52%); para 30% é arrendada; e para 16% é própria (com prestação bancária). Além disso, a maioria das mulheres afirmou que a sua habitação possui boas condições de conservação (50%); boas condições de habitabilidade (54%); e boas condições de higiene (50%).

### **2.2.2. Caracterização clínica da amostra**

Relativamente às variáveis relacionadas com a história obstétrica, 48% (n = 24) das gestantes afirmaram estar a viver a primeira gravidez e 52% (n = 26) referiram ter tido gravidezes anteriores, nomeadamente 34% tiveram uma gravidez; 12% tiveram duas; e 6% tiveram três. A maioria das mulheres não tem outros filhos (56%); 34% delas têm um filho; e 10% têm dois filhos.

Entre as mulheres que referiram ter tido gravidezes anteriores (52%), 7 delas sofreram interrupções espontâneas da gravidez, nomeadamente 4 das participantes referiram ter tido uma interrupção e 3 delas referiram ter tido duas

interrupções espontâneas. Além disso, apenas 2% das gestantes revelaram ter feito uma interrupção voluntária da gravidez; e nenhuma delas relatou ter feito interrupções cirúrgicas da gravidez por sugestão médica.

A história da gravidez atual das participantes mostrou que, no momento da recolha dos dados, as mulheres tinham em média 25,9 semanas de gestação (*Mín.* = 5.00, *Máx.* = 40.00, *DP* = 11.93); uma média de 2,6 ecografias realizadas (*Mín.* = .00, *Máx.* = 7.00, *DP* = 1.93); uma média de 5,4 consultas médicas realizadas (*Mín.* = 1.00, *Máx.* = 15.00, *DP* = 3.32); uma média de 7,9 semanas de gestação na primeira consulta (*Mín.* = 3.00, *Máx.* = 22.00, *DP* = 3.34); e que o início da perceção dos movimentos fetais ocorreu, em média, às 19.6 semanas de gestação (*Mín.* = 15.00, *Máx.* = 30.00, *DP* = 2.98).

A gravidez atual foi, na maior parte dos casos, planeada (80%) e sem referência a fatores de risco ou acontecimentos traumáticos (76%). Entre as mulheres que sabem o sexo do bebé (64%), 22 delas vão ter um menino e 10 delas vão ter uma menina. A maioria das participantes referiu ter preferência entre sexos (52%), nomeadamente pelo sexo feminino (30%), e entre todas as gestantes a maioria já tinha escolhido o nome do bebé (64%).

Por fim, quanto à participação em aulas de preparação para o parto, apenas 14% das gestantes revelaram frequentar aulas no Centro Hospitalar Cova da Beira.

### **2.3. Caracterização da população**

A população estudada obedeceu a alguns critérios de inclusão e de exclusão. Os critérios de inclusão considerados foram tratar-se de gestantes em regime de consulta no Centro Hospitalar Cova da Beira, no período compreendido entre 17

de Fevereiro de 2014 e 19 de Março de 2014, e com uma gravidez de baixo risco obstétrico. Como critérios de exclusão consideraram-se a ausência de competências literárias e a existência manifesta de perturbações de natureza psiquiátrica.

De acordo com a caracterização sociodemográfica da amostra, a idade média das gestantes que participaram no estudo é de 30 anos ( $M = 29.9$ ,  $Mín. = 18.00$ ,  $Máx. = 40.00$ ,  $DP = 5.91$ ), facto que nos remete para a tendência demográfica, atual, de as mulheres decidirem ter filhos cada vez mais tarde (OCDE, 2011).

De facto, segundo os dados da OCDE (2011), a diminuição da natalidade e o adiamento do nascimento do primeiro filho têm sido tendências cada vez mais relevantes nos países economicamente desenvolvidos, incluindo Portugal. Para Tarin, Brines e Cano (1998), por exemplo, entre as razões para tal tendência encontram-se a ampla disponibilidade de métodos contraceptivos, o adiamento do matrimónio, a maior incidência de divórcios, o desejo de atingir um nível educacional e profissional mais elevado, o desejo de conquistar estabilidade e independência financeira e o desenvolvimento de técnicas de fertilização artificial.

No mesmo sentido, Moreira, Mota, Ramalho, Matias e Montenegro (2010) fazem notar que as alterações sociais, económicas e laborais criaram nas mulheres uma necessidade de estabilização profissional, financeira e até mesmo emocional, que condicionou o aumento da idade materna. Esta ideia pode, assim, remeter-nos para o conceito de *adulthood emergente*, proposto por Arnett (2004), que poderá aplicar-se à população em causa.

Com efeito, para Arnett (2004), existe uma fase do desenvolvimento em que o indivíduo se sente *in-between* (i.e. entre as restrições da adolescência e as responsabilidades da

*adultez*) e, segundo o mesmo autor, este sentimento prevalece enquanto não são alcançados os três critérios, referidos como os mais importantes, para se atingir a vida adulta, nomeadamente assumir responsabilidades por si próprio; tomar decisões de forma independente; e tornar-se economicamente independente. Assim sendo, a passagem para a *adultez* é, deste modo, definida em termos de mudança e de amadurecimento interior, e não em termos de idade. Contudo, tal como fazem notar Ferreira e Jorge (2008) é um processo gradual e contínuo que depende de uma complexa interação de fatores, dos quais fazem parte as experiências e as circunstâncias de vida de cada um.

Neste âmbito, o conceito de *adultez emergente* poderá aplicar-se à população em causa, na medida em que ele pode auxiliar na compreensão dos mecanismos motivacionais que levam algumas mulheres a decidirem ter filhos mais tarde; uma vez que, por exemplo, a *auto-centração* que ocorre no período da *adultez emergente*, caracterizada pela ausência de obrigações familiares que estruturam e circunscrevem as vidas dos sujeitos (Arnett, 2004), altera-se para um processo que irá modificar de forma irreversível a identidade, os papéis e as funções da vida pessoal dos mesmos, a maternidade (Colman & Colman, 1994),

## 2.4. Instrumentos utilizados

Os instrumentos utilizados no presente estudo foram, para além do *Questionário Sociodemográfico e Clínico*, a *Escala de Vinculação Pré-Natal Materna* (Camarneiro & Justo, 2010), o *Teste do Desenho da Gravidez* e a *Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante* (Gidep, 1998). Seguidamente, é feita a caracterização dos instrumentos de

pesquisa utilizados e a apresentação dos resultados psicométricos (i.e. a validade e a fiabilidade) da escala utilizada.

#### **2.4.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico**

O questionário sociodemográfico e clínico (Anexo 2) foi elaborado propositadamente para este estudo, com o objetivo de recolher informação sobre as variáveis sociodemográficas e obstétricas das mulheres grávidas que integravam a amostra.

Alguns itens estão formulados em questões abertas e outros em questões fechadas, sendo que as questões fechadas apresentam respostas dicotómicas (sim/não) ou respostas de uma única opção.

As variáveis sociodemográficas, presentes no questionário, são aquelas que habitualmente se consideram neste tipo de estudo (estado civil, habilitações académicas, etc.) e podem ser consultadas no anexo.

Por seu lado, as questões abertas presentes no questionário têm como objetivo explorar assuntos de forma mais detalhada. Neste sentido, relativamente à situação profissional da gestante foram feitas outras questões, nomeadamente, no caso de estar empregada, foi questionado há quanto tempo exerce essa função e o seu estatuto ocupacional (efetivo/ contrato de trabalho/ trabalho temporário/ conta própria); e, no caso de estar desempregada, foi por exemplo questionado há quanto tempo se encontra nessa situação e qual o seu último emprego.

De igual modo, dado o objetivo geral do estudo, procurou explorar-se as relações com a(s) família(s) de origem, nomeadamente a presença de apoio por parte do pai da criança e da família de ambos os cônjuges; o número de filhos



e as respetivas idades; o tipo de parto(s) anterior(es) (parto normal/ cesariana); e se a gestante pretende ter mais filhos.

Em relação à caracterização do meio procurou-se obter informação sobre o meio em que a gestante habita, nomeadamente a zona (rural, urbana e semi-urbana) e o tipo de povoamento (aglomerado, isolado e disperso); à caracterização da sua habitação, nomeadamente o tipo de habitação, o regime de ocupação da habitação, as condições de conservação (excelentes, boas, razoáveis, etc.), as condições de habitabilidade e as condições de higiene.

Relativamente às variáveis relacionadas com a história obstétrica, estão presentes no questionário a data da primeira consulta, o número de gravidezes anteriores, o número de filhos, o número de interrupções voluntárias de gravidez, o número de interrupções espontâneas de gravidez e o número de interrupções cirúrgicas de gravidez por sugestão médica, nos casos em que se aplicasse.

Por fim, as variáveis relativas à história da gravidez atual incluem, como é típico nestes estudos, número de semanas de gestação no momento da entrevista, número de ecografias realizadas, número de consultas médicas realizadas, número de semanas de gestação na primeira consulta, número de semanas de gestação no início da perceção dos movimentos fetais, planeamento da gravidez, existência de fatores de risco e acontecimentos traumáticos, conhecimento do sexo do bebé e, em caso afirmativo, qual, preferência acerca do sexo do bebé e, em caso afirmativo, qual, escolha do nome do bebé e a participação da gestante em aulas de preparação para o parto. É de notar que neste últimos casos, optou-se por respostas fechadas (sim/não).

## 2.4.2. Escala de Vinculação Pré-Natal Materna

A *Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale* – MPAAS (Condon, 1993), traduzida e adaptada para a população portuguesa como *Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e Paterna* – EVPNMP (Camarneiro & Justo, 2010) pretende avaliar, durante a gestação, a vinculação dos pais em relação ao feto e é constituída por duas sub-escalas: uma que avalia a vinculação entre a mãe e o feto; e outra que avalia a vinculação entre o pai e o feto. No presente estudo, apenas foi utilizada a versão materna da escala.

A *Escala de Vinculação Pré-Natal Materna* (EVPNM) é composta por 19 questões, às quais se responde numa escala tipo *Likert* com 5 alternativas de resposta (1 – baixa vinculação; 5 – alta vinculação), e demora cerca de cinco minutos a ser preenchida. Alguns itens têm uma pontuação crescente de 1 a 5 (itens 2, 4, 8, 11, 13, 14, 17 e 19), enquanto os restantes têm uma pontuação invertida de 5 a 1. Posteriormente, os itens são agrupados em duas dimensões: a *Qualidade da Vinculação* (QV) e o *Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade da Preocupação* (IP).

Segundo Condon (1993), a dimensão *Qualidade da Vinculação* representa a qualidade das experiências afetivas, incluindo sentimentos de proximidade, ternura e prazer (e.g. *Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido: muito positivos/.../muito negativos*); e a dimensão *Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade da Preocupação* representa a preocupação com o feto, o tempo passado a pensar, sonhar, palpar ou falar sobre ele e os sentimentos que acompanham essas experiências (e.g. *Nas duas últimas semanas, dei por mim a falar para o meu bebé*

quando estou sozinha: nem por isso/.../quase sempre quando estou sozinha).

Relativamente à fidelidade da *Maternal Antenatal Attachment Scale*, a investigação de Condon (1993) com 112 casais, demonstrou que a escala apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de .82. A estrutura dos fatores revelou na dimensão *Qualidade da Vinculação Materna* (QVM) os itens 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16 e 19; e na dimensão *Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade da Preocupação Materna* (IPM) os itens 1, 2, 4, 5, 8, 14, 17 e 18. Segundo o autor, o item 7 não é suficientemente forte para pertencer aos fatores, sendo usualmente incluído apenas no valor global da vinculação.

Quanto ao estudo de validação do instrumento, a versão portuguesa desta escala (Camarneiro & Justo, 2010) foi adaptada com base numa amostra de 212 casais (424 sujeitos), que se encontravam no 2º trimestre de gravidez e que frequentavam as consultas de vigilância pré-natal em centros de saúde e maternidades, na região do Centro do País. O estudo da fidelidade, da versão materna da escala, mostrou que os itens 16 e 19 deveriam ser retirados por apresentarem correlações item-total corrigido muito baixas. A escala materna ficou, assim, com 17 itens e com um alfa de *Cronbach* de .74.

Para estudar a validade da escala materna, Camarneiro e Justo (2010) efetuaram a análise fatorial de componentes principais, seguida de rotação *varimax*, com a definição prévia de dois fatores que explicaram, em conjunto, 32.7% da variância (19.2% explicada pelo primeiro fator e 13.6% explicada pelo segundo fator). Decorrente desta análise, os itens 14 e 15 foram retirados da subescala materna, pois agrupavam-se num terceiro fator, não previsto por Condon (1993).

Após a rotação *varimax*, a dimensão Qualidade da Vinculação Materna (QVM) organizou-se em oito itens, nomeadamente os itens 2, 3, 6, 7, 9, 11, 12 e 13 ( $\alpha = .73$ ); e a dimensão Intensidade da Preocupação Materna ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação (IPM) organizou-se em sete itens, nomeadamente os itens 1, 4, 5, 8, 10, 17 e 18 ( $\alpha = .60$ ).

#### **2.4.2.1. Características psicométricas da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna na amostra em estudo**

Na presente investigação, a versão portuguesa da *Escala de Vinculação Pré-Natal Materna* (Camarneiro & Justo, 2010) foi aplicada a 50 mulheres grávidas, em regime de consulta no Centro Hospitalar Cova da Beira.

Inicialmente, procedeu-se à avaliação da adequação dos dados para a análise fatorial, com o programa *SPSS*. Os 19 itens originais da escala materna revelaram uma consistência interna de .72; no entanto cinco itens (itens 4, 12, 15, 16 e 19) apresentaram correlações item-total corrigido abaixo de .20, contrariando o critério de Streiner e Norman (1989), sendo por isso excluídos (cf. Anexo 3 - Tabela 1). Com os 14 itens, o alfa de *Cronbach* subiu para .76 e as correlações item-total corrigido foram elevadas, o que permitiu uma *boa medida* (Pereira, 2008; Marôco, 2011) de vinculação pré-natal materna (cf. Anexo 3 - Tabela 2).

Para estudar a validade da escala, foi realizada a análise fatorial de componentes principais com os catorze itens, permitida pelo valor do índice *Kaiser-Meyer-Olkin* (*KMO*) de .61 e pelo  $p$  significativo ( $\chi^2 = 177.033$ ,  $p=0.000$ ) no teste de esfericidade de *Bartlett* (Pereira, 2008; Marôco, 2011) que confirmou, após a rotação *varimax*, a solução bifatorial

(Camarneiro & Justo, 2010; Condon, 1993).

A solução rodada revelou a presença de uma estrutura simples, com ambas as componentes a revelarem saturações e com todos os itens a saturarem de forma substancial numa só componente. O total de variância explicada pelos dois fatores foi de 38.4%, com um contributo de 21.9% do primeiro fator e de 16.6% do segundo fator (cf. Anexo 3 - Tabela 3).

Após a rotação *varimax*, encontraram-se os itens atribuídos a cada fator ou dimensão, sendo retirado o item 7 por se agrupar num terceiro fator, não previsto por Condon (1993). Apesar disso, é importante referir que este item foi incluído no valor global da vinculação, tal como defende o autor da escala.

Posto isto, o fator 1 foi denominado de Intensidade de Preocupação Materna ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação (IPM) e organizou-se em oito itens: 1, 2, 5, 6, 8, 10, 17 e 18 ( $\alpha = .76$ ); e o fator 2 foi denominado de Qualidade de Vinculação Materna (QVM) e organizou-se em cinco itens: 3, 9, 11, 13 e 14 ( $\alpha = .57$ ) (cf. Anexo 3 - Tabela 4). Desta forma, a consistência interna dos dois fatores da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna pode considerar-se *aceitável* (Pereira, 2008; Marôco, 2011), devido ao número de itens que as compõem e aos valores dos alfas de *Cronbach* obtidos.

Depois de encontrados os itens que pertencem a cada dimensão, realizou-se a análise descritiva da escala, cujos valores estão presentes na Tabela 1.

Dimensões da EVPNM	M	Md.	DP	Mín.	Máx.	SW	KS
Dimensão 1 - IPM (8 itens)	30.6200	31.0000	4.96062	18.00	40.00	-.501	.002
Dimensão 2 - QVM (5 itens)	22.7200	23.0000	1.80747	19.00	25.00	-.578	-.511
Global (14 itens)	58.2400	59.0000	5.89209	45.00	70.00	-.202	-.524

**Tabela 1.** Medidas descritivas da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM)

Os resultados mostram que a *Escala de Vinculação Pré-Natal Materna* total tem uma média de 58.24 ( $DP = 5.89$ ) e que, na dimensão intensidade da preocupação materna ou tempo despendido no modo de vinculação a média é de 30.62 ( $DP = 4.96$ ) e na dimensão qualidade da vinculação materna a média é de 22.72 ( $DP = 1.81$ ).

### 2.4.3. Teste do Desenho da Gravidez

Tal como assinalou Hammer (1980), o desenho é uma das formas de comunicação mais antigas entre os seres humanos. Contudo, foi apenas a partir do século XX que o desenho começou a ser utilizado como uma técnica projetiva de avaliação psicológica (Bandeira, Costa & Arteché, 2008).

Uma técnica projetiva, recorde-se com Lawrence Frank (1948, p. 46), é “um método de estudo da personalidade que confronta o sujeito com uma situação, à qual ele responde em função do sentido que a situação assume para ele e segundo o que sente no decurso da sua resposta”. Na perspetiva deste autor, o carácter essencial de uma técnica projetiva consiste em evocar no sujeito aquilo que, por diferentes formas, é a expressão do seu mundo pessoal e dos processos da sua personalidade.

Nesse âmbito, são vários os autores (e.g. Campos, 1969; Corman, 1961; Fraser, 2006; Hammer, 1980; Pichot, 1977; van Kolck, 1984) que defendem que o uso projetivo do desenho é uma *condição ótima para a projeção da personalidade, pois possibilita ao sujeito manifestar aspetos mais profundos e inconscientes*.

No contexto da gravidez, a aplicação da técnica projetiva do desenho tem sido alvo de interesse por parte de alguns investigadores (e.g. Swan-Foster, Foster & Dorsey,

2003; Sá & Biscaia, 2004; Tolor & Digrazia, 1977), pois parece refletir as transformações psicológicas e fisiológicas associadas a este momento particular da vida de uma mulher.

Sobre este tópico, Sá e Biscaia (2004) afirmam que devem ser considerados, como critérios de análise do desenho, elementos objetivos e elementos subjetivos. Relativamente aos elementos objetivos, deve-se considerar o local da folha onde o desenho é elaborado, o tamanho da figura e a personagem familiar que é representada (i.e. a mãe, o bebé ou ambos). A este propósito, são também relevantes a expressividade da figura desenhada, nomeadamente o rosto e as expressões cinestésicas. Já os elementos subjetivos emergem dos conteúdos condensados, a nível das relações, e dos aspetos emocionais expressos.

Tendo em conta estes pressupostos, o teste do desenho da gravidez, utilizado na presente investigação, foi construído e adaptado com base nos estudos de aplicação do método projetivo do desenho (Campos, 1969; Harris, 1963; van Kolck, 1984), no contexto da gravidez (Sá & Biscaia, 2004; Swan-Foster, Foster & Dorsey, 2003; Tolor & Digrazia, 1977), e tem como objetivo avaliar a representação gráfica da gravidez e a imagem do *bebé imaginário*.

Deste modo, tendo como base as pesquisas de Campos (1969) e van Kolck (1984), foi construída uma grelha (Anexo 4), de forma a identificar os aspetos que constituem os desenhos. Para isso, tal como assinalou van Kolck (1984), foram considerados três processos em interpenetração: o adaptativo, o expressivo e o projetivo.

Na perspetiva de van Kolck (1984), o processo adaptativo consiste em verificar a adaptação ao tema, ou seja se o produto desenhado está de acordo com o solicitado e se a

realização é convencional, original ou francamente fantasista; e a adaptação gráfica, isto é verificar se o desenho está de acordo com a evolução geral do grafismo, com a realização própria do sexo e com o nível sócio-económico-cultural. Por sua vez, o processo expressivo é visto através da forma particular do sujeito desenhar, nomeadamente através das qualidades gráficas que dão o estilo, a organização e a economia do desenho. Por último, o processo projetivo é compreendido através do conteúdo e da maneira de tratar o tema, nomeadamente através do simbolismo do que foi desenhado e da análise das partes integrantes do tema.

Muitos dos aspetos expressivos admitem uma aplicação semelhante para todas as produções gráficas, sendo por isso denominados de aspetos gerais do desenho (Campos, 1969; van Kolck, 1980). Nessa linha de ideias, os aspetos gerais presentes na grelha, desenvolvida para analisar os desenhos, são: a posição da folha (uso da folha na posição apresentada – horizontal; modificação da posição em que a folha foi apresentada – vertical); a localização do desenho na folha (centro; 1º quadrante; 2º quadrante; 3º quadrante; 4º quadrante; metade superior; metade inferior; metade direita; metade esquerda; em diagonal na página); o tamanho do desenho em relação à folha (muito grande; grande; médio-normal; pequeno; muito pequeno); as qualidades do grafismo (linha grossa; linha média; linha fina; traço contínuo; traço de avanços e recuos; traço interrompido; traço trémulo); as resistências em desenhar (sim; não); e o uso da borracha (uso normal; ausência total; uso exagerado).

Por outro lado, estão também presentes na grelha os aspetos específicos do desenho, ou seja os traços gráficos que exigem uma adaptação própria ao tema executado (Campos,



1969; van Kolck, 1980), neste caso a gravidez. Deste modo, os aspetos específicos do desenho da gravidez estão divididos em duas categorias: a *imagem materna* e a *imagem do bebé*.

Na *representação da imagem materna* os aspetos examinados são: a presença da grávida (sim; não); a posição da grávida (de frente; de perfil; de costas; de pé; sentada ou agachada; deitada); a presença ou ausência de índices anatómicos (cabeça; tronco; membros superiores; etc.); a representação da barriga saliente (sim; não); a transparência (sim; não); a presença do cordão umbilical (sim; não); a representação da grávida com a(s) mão(s) na barriga (sim; não); a presença ou ausência de feições na grávida (olhos; nariz; boca); e a expressão facial da grávida (feliz; vazia; triste).

Por sua vez, na *representação da imagem do bebé* os aspetos analisados são: a presença do bebé (sim; não); a localização do bebé (dentro do ventre materno; fora do ventre materno); a presença da placenta (sim; não); a presença do bebé com forma humana (sim; não); a posição do bebé (posição pélvica; posição transversal; posição cefálica); a presença ou ausência de índices anatómicos (cabeça; tronco; membros superiores, etc.); a presença de cabelo no bebé (sim; não); a presença do sexo do bebé (sim; não); a presença ou ausência de feições no bebé (olhos; nariz; boca); e a expressão facial do bebé (feliz; vazia; triste).

Para além disso, foi também dada relevância à ordem das figuras desenhadas (1º mãe e 2º bebé; ou vice-versa); à presença de outras figuras no desenho (e.g. marido/companheiro e outros filhos); e à existência de um tratamento diferencial das figuras desenhadas (sim/ não).

Para terminar a descrição das condições de aplicação deste instrumento, é de notar que o material, de acordo com o

procedimento de Campos (1969), disponibilizado à gestante consistiu numa folha de papel A4 branca, um lápis número 2, uma borracha branca macia e o mobiliário adequado (i.e. mesa e cadeira confortáveis e sem relevos). A instrução dada a cada mulher grávida, para a realização do desenho, foi idêntica à utilizada por Sá e Biscaia (2004): “Gostaria que desenhasse a sua gravidez”.

Enfim, importa referir que após a aplicação e administração do teste do desenho da gravidez, foram feitas questões de forma a analisar as associações do teste e facilitar a posterior interpretação dos dados.

#### **2.4.4. Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante**

A *Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante* é uma entrevista semiestruturada, desenvolvida pelo Gidep (1998), que tem como objetivo investigar o contexto em que a gravidez da gestante ocorreu e os seus sentimentos e expectativas em relação ao bebé, ao parto e à maternidade.

Tal como assinala Morse (2012), o tipo de entrevista semiestruturada caracteriza-se pela existência de *questões base*, às quais o entrevistado pode responder livremente. Sendo assim, esta entrevista é composta por nove grupos de questões que analisam, respetivamente, (i) a evolução da gravidez (e.g. a notícia da gravidez, os sentimentos em relação ao parto, a primeira ecografia, etc.); (ii) a perceção da gestante sobre a reação do marido/companheiro à sua gravidez; (iii) a perceção da gestante sobre a reação da família de ambos os cônjuges à sua gravidez; (iv) as informações e sentimentos acerca do bebé (e.g. o sexo do bebé, o início da perceção dos movimentos fetais, etc.); (v) o bebé imaginário (e.g. as

características físicas e psicológicas); (vi) as expectativas da gestante relativamente ao relacionamento com o bebé e à vivência da maternidade (e.g. a amamentação); (vii) as expectativas da gestante quanto ao relacionamento do marido/companheiro com o bebé; (viii) as mudanças que a gestante considera que ocorrerão na sua vida e na do seu marido/companheiro, após o nascimento do bebé; e (ix) as expectativas quanto ao futuro do bebé.

Na presente investigação, apenas foram consideradas algumas questões relacionadas com (i) a *evolução da gravidez*, (iv) as *informações e sentimentos acerca do bebé* e (v) o *bebé imaginário* (Anexo 5), uma vez que estes três grupos de questões podem refletir o que se pretende estudar, isto é possíveis expectativas e representações da gestante relativamente ao filho. Mais especificamente, no primeiro grupo de questões, acerca da *evolução da gravidez*, foi solicitado a cada uma das gestantes que falasse sobre a notícia e confirmação da gravidez, as suas preocupações e sentimentos em relação à gravidez, ao parto e ao bebé e a primeira ecografia, nomeadamente sobre aquilo que viu e que sentiu. No segundo grupo de questões, relacionado com as *informações e sentimentos acerca do bebé*, foi solicitado às gestantes que falassem sobre os seus sentimentos após a confirmação do sexo do bebé e após sentirem, pela primeira vez, os movimentos fetais. Enfim, relativamente ao terceiro grupo, foram colocadas questões de forma a obter a representação do *bebé imaginário*, nomeadamente as características físicas e psicológicas que cada uma das gestantes imagina que o filho irá possuir, com quem considera que ele será mais parecido e porquê. Tendo ainda sido colocada uma questão relativa à preparação para o nascimento, nomeadamente se a gestante já começou a fazer

ou a preparar o enxoval do bebé.

## 2.5. Procedimentos

Tal como foi referido anteriormente, a amostra foi constituída a partir da população de mulheres grávidas que frequentavam consultas de vigilância pré-natal, nos serviços de saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, no período compreendido entre 17 de Fevereiro de 2014 e 19 de Março de 2014.

Como é normal, a realização deste estudo foi precedida pela obtenção de todas as autorizações necessárias junto, nomeadamente, da Comissão de Ética para a Investigação Clínica, do Conselho de Administração e do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher.

É de notar que o Centro Hospitalar Cova da Beira é uma instituição que presta serviço especializado de diagnóstico obstétrico, com consultas que complementam a vigilância pré-natal, e onde se realizam ecografias e exames laboratoriais ao sangue, específicos da gravidez.

Inicialmente, foram definidos critérios de inclusão e de exclusão das gestantes na amostra. Como critérios de inclusão era necessário que as gestantes frequentassem consultas de vigilância pré-natal no Centro Hospitalar Cova da Beira; e que a gravidez fosse sem complicações médicas relevantes (i.e. gravidez de baixo risco obstétrico). Como critérios de exclusão da amostra selecionou-se a ausência de competências literárias e a existência manifesta de perturbações de natureza psiquiátrica.

Após a receção das autorizações e da aprovação da investigação pela Comissão de Ética, deu-se início à recolha

de dados, que decorreu entre 17 de Fevereiro de 2014 e 19 de Março de 2014. O método de amostragem utilizado foi a *amostragem não probabilística* (ou intencional), *sequencial* (Pais-Ribeiro, 2010), composta por gestantes que cumpriram os critérios de inclusão e de exclusão, previamente estabelecidos, e que estavam acessíveis à investigadora.

A abordagem inicial às gestantes foi feita na sala de espera, na zona das consultas externas, do serviço de Obstetrícia e Ginecologia. Nesse contacto foram explicados, a cada participante, o âmbito e os objetivos da investigação e foi referido o carácter confidencial dos dados recolhidos. Caso a gestante aceitasse participar no estudo, foi-lhe entregue o consentimento livre e informado (Anexo 6), acompanhado da folha de informação com todos os dados referentes à investigação. Este documento foi assinado por cada participante e pela investigadora, em duplicado, destinando-se um para a gestante e o outro para a investigadora.

Após o cumprimento destas formalidades, realizou-se o preenchimento do questionário sociodemográfico e clínico, preenchimento que foi realizado pela investigadora mediante os dados fornecidos pelas respostas individuais de cada gestante; tendo, de seguida, cada participante preenchido, individualmente, a *Escala de Vinculação Pré-Natal Materna* (Camarneiro e Justo, 2010).

Para facilitar a aplicação do *Teste do Desenho da Gravidez* e da *Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante* (Gidep, 1998), houve o cuidado de obter um gabinete livre de ruídos, com pouca possibilidade de existirem interrupções, bem iluminado e que possuísse o material necessário para as gestantes desenharem (i.e. mesa e cadeira confortáveis e sem relevos), sendo de referir que, desde a

entrega até à recolha dos instrumentos já preenchidos, a investigadora esteve sempre presente para esclarecer dúvidas ou auxiliar no preenchimento.

Terminada a fase de aplicação dos instrumentos, procedeu-se ao respetivo tratamento dos dados tendo sido utilizada estatística descritiva de forma a determinar frequências, percentagens, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo).

Relativamente à análise da *Escala de Vinculação Pré-Natal Materna* (Camarneiro & Justo, 2010), o estudo da adequabilidade dos dados foi efetuado com recurso à análise fatorial de componentes principais. Previamente, foi calculado o índice de adequação da amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e o teste de esfericidade de *Bartlett*, pois, segundo Pereira (2008) e Marôco (2011), estas medidas permitem aferir a qualidade das correlações, de forma a prosseguir ou não com a análise fatorial. Para tal, é recomendado que o valor do teste de *KMO* seja superior a .6 e que o valor do teste de *Bartlett* seja significativo, o que se verificou nesta investigação (*KMO* = .61; *Bartlett*  $p = 0.000$ ).

Por fim, a fidelidade da escala foi estimada através do cálculo do alfa de *Cronbach* que, sendo uma medida de consistência interna, é considerado uma boa estimativa da fidelidade (Pereira, 2008; Marôco, 2011). Segundo os autores referidos, o valor de alfa deve ser, idealmente  $\geq .7$ , o que se verificou nesta investigação (alfa de *Cronbach* = .76). Além disso, foram calculados individualmente, para cada um dos itens que integram a *Escala de Vinculação Pré-Natal Materna*, a média e o desvio-padrão.

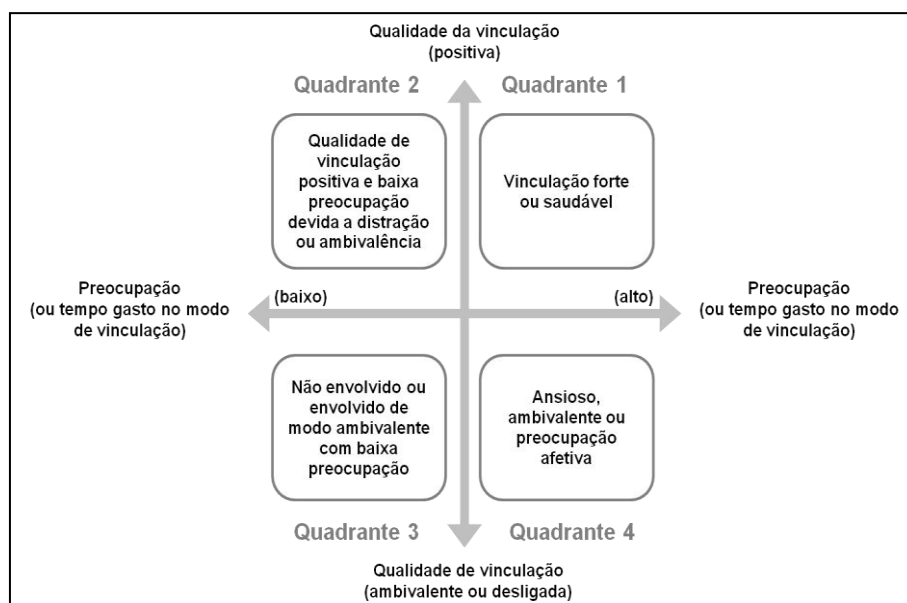
## V. Apresentação e discussão dos resultados

### 1. Análise da vinculação pré-natal materna

Tal como foi referido anteriormente, um dos objetivos específicos desta investigação consiste em estudar a vinculação pré-natal materna, através dos sentimentos que as gestantes entrevistadas manifestavam pelo seu bebé; assim como da interação estabelecida com ele. Para tal, foi utilizada a *Escala de Vinculação Pré-Natal Materna*, desenvolvida por Condon (1993) e adaptada para a população portuguesa por Camarneiro e Justo (2010), escala que pretende avaliar, durante a gestação, a vinculação da mãe em relação ao feto; e que, recorde-se, é composta por 19 questões, com 5 alternativas de resposta, que são agrupadas em duas dimensões: a *Qualidade da Vinculação Materna* (QVM) e o *Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade da Preocupação Materna* (IPM). Recorde-se, brevemente, com o autor da escala (Condon, 1993), que a dimensão *qualidade da vinculação* representa a qualidade das experiências afetivas, incluindo sentimentos de proximidade, ternura e prazer; enquanto a *dimensão tempo despendido no modo de vinculação ou intensidade da preocupação* representa a preocupação com o feto, o tempo passado a pensar, sonhar, palpar ou falar sobre ele e os sentimentos que acompanham essas experiências.

Na amostra estudada, os resultados de validade da escala, apresentados anteriormente, mostraram que a dimensão *intensidade da preocupação materna ou tempo despendido no modo de vinculação* apresentou uma média de 30.62 ( $DP = 4.96$ ); por seu lado, a dimensão *qualidade da*

*vinculação materna* apresentou uma média de 22.72 ( $DP = 1.81$ ). Estes dados podem, segundo Condon (1993), servir para definir padrões de vinculação pré-natal, uma vez que a partir da análise das duas dimensões da escala, e do seu cruzamento, é possível definir quatro padrões de vinculação pré-natal, de acordo com o quadrante em que cada gestante se situa (Figura 7).



**Figura 7.** Padrões de vinculação pré-natal obtidos a partir do cruzamento das dimensões da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e Paterna (adaptado de Condon, 1993, p. 181)

Mais especificamente, os padrões ou estilos de vinculação pré-natal foram definidos por Condon (1993) da seguinte forma:

*Vinculação forte ou saudável* (Quadrante 1): pais muito preocupados com o feto e cuja intensidade da preocupação é acompanhada por sentimentos de proximidade, ternura, desejo do bebé, etc;

*Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência* (Quadrante 2): pais com vinculação afetiva positiva semelhante à dos pais do primeiro



quadrante que, apesar disso, despendem menos tempo em experiências satisfatórias de vinculação. As múltiparas podem estar bastante representadas neste quadrante, porque têm menos tempo para estas experiências. Além disso, as mulheres que sentem estas experiências muito intensas de vinculação como sufocantes (e.g. pelo medo de perder o bebé) podem, também, estar neste quadrante;

*Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação* (Quadrante 3): pais que despendem pouco tempo a pensarem no feto ou que experimentam poucos afetos positivos associados à vinculação. Os progenitores que se encontram neste padrão são muito desligados, interessam-se pouco pelo feto ou têm sentimentos ambivalentes;

*Ansioso, ambivalente ou preocupação afetiva* (Quadrante 4): pais preocupados com o feto mas com baixa afetividade, a qual é acompanhada de ambivalência. Estes progenitores são desprovidos de afetos prazerosos ou de antecipação positiva e, possivelmente, podem ser caracterizados por um desinteresse intelectual pelo feto. Em alternativa, podem aparecer sentimentos ambivalentes que dão origem a uma preocupação ansiosa (e.g. os progenitores cujos medos pelo bebé são tão excessivos que excluem a possibilidade de experienciar os aspetos positivos da vinculação);

Seguindo a perspetiva defendida por este autor (*ibidem*), foram então analisados os valores obtidos por cada uma das participantes nas duas dimensões da escala e, tomando como valor de corte a média obtida para cada dimensão, obteve-se o padrão de vinculação de cada uma delas (Anexo 7). De forma geral, o padrão *vinculação forte ou saudável* (Q1) abarca 42% das gestantes (n = 21); o padrão *qualidade de vinculação*

*positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência (Q2)* é composto por 16% das gestantes (n = 8); o padrão *não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação (Q3)* é constituído por 30% das gestantes (n = 15); e o padrão *ansioso, ambivalente ou preocupação afetiva (Q4)* é composto 12% das gestantes (n = 6).

Dito por outras palavras, verifica-se que, na amostra estudada, a maioria das gestantes apresenta vinculação forte ou saudável ao feto; isto é são muito preocupadas com o feto, sendo essa intensidade da preocupação acompanhada por, usando as palavras de Condon (1993), sentimentos de proximidade, ternura, desejo do bebé, etc. Além disso, tendo em conta que na dimensão *qualidade da vinculação materna* se agrupam os itens que correspondem à forma como a grávida se relaciona afetivamente com o feto (i.e. a proximidade, o carinho, o sonho, o imaginar o bebé como uma pessoa pequenina com características especiais e a interação com ele através do toque e da fala), e que na dimensão *tempo despendido no modo de vinculação ou intensidade da preocupação materna*, os itens se associam em torno das ações da grávida para o bem-estar do feto, os resultados obtidos pelas gestantes a cada dimensão parecem confirmar que a ligação mãe-filho se inicia durante a gravidez, ainda que sob a forma de representação (Camarneiro & Justo, 2010; Condon, 1993; DiPietro, 2010; Muller, 1993).

## **2. Análise do desenho da gravidez**

Segundo Sá e Biscaia (2004),

(...) aquilo a que, nas disciplinas psicológicas, são chamados testes projetivos, agrupa uma multiplicidade de instrumentos de diagnóstico onde se condensam

estímulos gráficos, aparentemente difusos, (...) cujo sentido virá a ser atribuído por quem o interpreta, a partir dos conteúdos *metabolizados* ou *por digerir* no seu mundo mental (habitualmente associáveis a conteúdos inconscientes) (p. 13; sublinhado no original).

Neste contexto, o *Teste do Desenho da Gravidez*, utilizado na presente investigação, tem como objetivo explorar a representação materna da gravidez e a imagem do *bebé imaginário*. Porém, importa referir que a análise dos desenhos não permite, obviamente, *radiografar* o mundo interior da grávida; possibilita contudo, tal como assinalam os mesmos autores (*ibidem*), ponderar *nuances* da personalidade e compreender os aspetos que a gravidez tenha *fragilizado*. Para tal, tendo como base as pesquisas de Campos (1969) e de van Kolck (1984), foi construída uma grelha de forma a identificar os aspetos gerais e específicos que constituem os desenhos (Anexo 4).

Tal como já foi referido, a análise de uma produção gráfica, segundo van Kolck (1984), deve ser feita através de três processos em interpenetração: o *adaptativo*, o *expressivo* e o *projetivo*. No caso do primeiro, verificou-se que as gestantes que participaram nesta investigação, revelaram adaptação ao tema (i.e. os desenhos realizados estão de acordo com o que foi solicitado) e adaptação gráfica (i.e. os desenhos estão de acordo com a evolução geral do grafismo). Por outro lado, é de notar que, de acordo com van Kolck (1984), os aspetos expressivos e projetivos são tão inter-relacionados que devem ser analisados em conjunto, através da forma particular de o indivíduo desenhar, do conteúdo e da maneira como trata o tema.

Ou seja, seguindo as indicações e as linhas básicas de interpretação defendidas por van Kolck (1984) e Campos (1969), apresentam-se, em seguida, os resultados obtidos

nos aspetos gerais e específicos do desenho da gravidez e a sua respetiva interpretação<sup>3</sup>. E sobre isso, é importante desde já realçar que na interpretação dos desenhos está presente o princípio básico defendido por van Kolck (1984) de que o desenho representa o sujeito e a folha de papel representa o ambiente; e que cada traço foi considerado em conexão com os demais e no contexto geral do desenho da gravidez.

## **2.1. Análise dos aspetos gerais do desenho da gravidez**

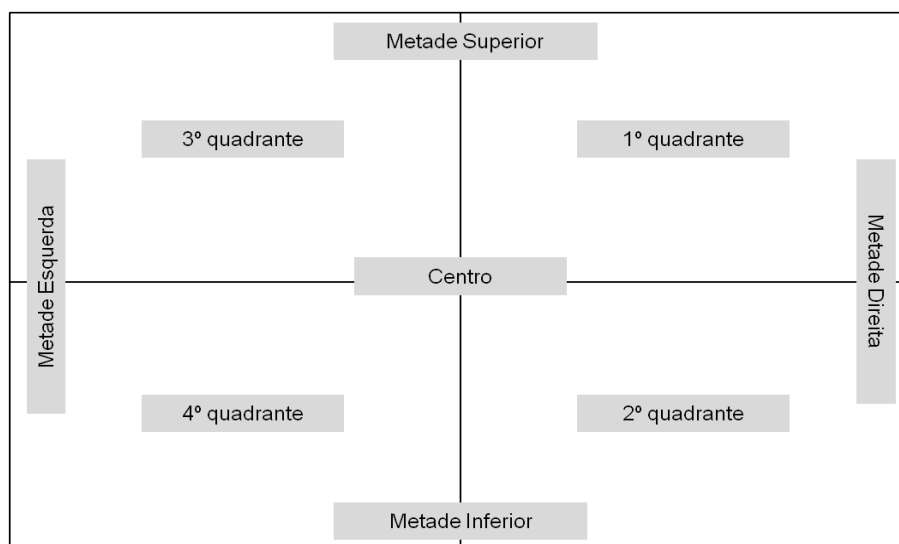
Tal como assinalam Campos (1969) e van Kolck (1980), muitos dos aspetos expressivos admitem uma aplicação semelhante para todas as produções gráficas, sendo por isso denominados de aspetos gerais do desenho. Para Hutz e Bandeira (1995), a análise destes aspetos mais gerais é uma fase importante na interpretação dos desenhos, pois pode revelar “bons resultados em termos de predição de distúrbios psicopatológicos, possivelmente melhores que os obtidos através de análises de itens específicos” (p. 36). No presente trabalho, os aspetos gerais, presentes na grelha desenvolvida para analisar os desenhos, são a posição da folha, a localização do desenho na folha, o tamanho do desenho em relação à folha, as qualidades do grafismo, o uso da borracha e as resistências em desenhar.

Começando pela posição da folha, e recordando com van Kolck (1984, p. 6) que “a folha é o espaço disponível dentro do qual o individuo se manifestará, de certo modo, mediante o desenho (...) e a sua posição pode indicar como o

<sup>3</sup> Em anexo, podem ser consultados os resultados relativos à caracterização dos desenhos, elaborados por cada uma das gestantes que integram a amostra (Anexo 8) e, ainda, os resultados descritivos gerais (i.e. as frequências e as percentagens das respostas das participantes por categoria) organizados em tabelas (Anexo 9).

individuo se coloca perante o ambiente e como o manipula”, é de salientar que a maioria (64%) das gestantes (n = 32) utilizou a folha na posição apresentada (i.e. na horizontal); e 36% das gestantes (n = 18) modificaram a posição em que a folha foi apresentada, colocando-a na vertical, o que pode indicar liberdade em relação à ordem dada e, portanto, indício de espírito curioso, iniciativa ou oposição (*ibidem*).

Quanto à *localização do desenho na folha*, é de notar que a mesma autora (*ibidem*) defende que o lugar em que o indivíduo coloca o seu desenho revela muito da sua orientação geral no ambiente e consigo próprio. Mas, é por outro lado importante referir que a localização dos desenhos, realizados pelas gestantes, pode estar inserida em mais do que uma categoria (e.g. o desenho pode estar localizado ao centro e na metade superior). Assim, de forma a clarificar este critério, na Figura 8 está representada uma folha A4 e as várias categorias possíveis de localização dos desenhos.



**Figura 8.** Representação de uma folha A4 com as categorias de localização dos desenhos

Seguindo este esquema, observa-se então que 56% das gestantes realizaram o desenho no centro da folha (n = 28), o

que pode indicar segurança, autovalorização, emotividade e equilíbrio (van Kolck, 1984), ou uma pessoa ajustada (Campos, 1969); 26% das grávidas desenharam na metade esquerda ( $n = 13$ ), o que pode revelar inibição e introversão (Campos, 1969; van Kolck, 1984); 14% das gestantes desenharam na metade superior ( $n = 7$ ), o que pode indicar espiritualidade, objetivos muito altos e possivelmente inatingíveis, e satisfação na fantasia (Campos, 1969; van Kolck, 1984); 6% das participantes desenharam no 4º quadrante (i.e. no canto superior esquerdo) ( $n = 3$ ), o que pode revelar passividade, atitude de expectativa diante da vida, inibição, reserva, nostalgia, desejo de retornar ao passado e permanecer absorto em fantasia (van Kolck, 1984), ou fuga e desajuste do indivíduo ao ambiente (Campos, 1969); 6% das gestantes desenharam na metade direita ( $n = 3$ ), o que pode indicar altruísmo, atividade, socialização e progresso (van Kolck, 1984), ou extroversão e procura de satisfação imediata (Campos, 1969); e apenas uma das participantes realizou o desenho na metade inferior (correspondendo a 2%), o que pode revelar materialismo, fixação à terra, orientação para o concreto, insegurança e inadequação (Campos, 1969; van Kolck, 1984).

Por sua vez, o *tamanho do desenho em relação à folha* exprime, segundo van Kolck (1984), a relação dinâmica do sujeito com o ambiente; isto é, se ele reage às pressões do ambiente com sentimentos de inadequação e inferioridade, ou se pelo contrário reage com fantasias compensatórias de supervalorização. Nesta categoria, os desenhos de 84% das gestantes são de um tamanho médio-normal (i.e. ocupam  $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{6}$  ou  $\frac{1}{8}$  da folha) ( $n = 42$ ), o que pode indicar inteligência e equilíbrio emocional (Campos, 1969); enquanto os desenhos de 16% das participantes são de um tamanho grande (i.e. ocupam  $\frac{2}{3}$  ou metade da folha) ( $n = 8$ ), o que pode indicar

sentimentos de expansão e grandeza (van Kolck, 1984).

Relativamente às *qualidades do grafismo*, assinala-se ainda com van Kolck (1984) que é importante ter em conta o tipo de linha e a consistência do traço. Sendo que se verificou no presente estudo que a grande maioria (80%) das participantes desenharam a linha média (n = 40), o que pode revelar equilíbrio emocional e mental (Campos, 1969); 18% desenharam a linha fina (n = 9), o que pode sugerir insegurança, timidez, sentimento de incapacidade, falta de energia e de confiança em si (Campos, 1969; van Kolck, 1984); e apenas uma gestante desenhou a linha grossa (correspondendo a 2%), o que pode indicar energia, vitalidade, iniciativa, decisão e confiança em si ou hostilidade para com o ambiente, medo e tensão (Campos, 1969; van Kolck, 1984). Por outro lado, quanto à consistência do traço, 46% das gestantes fizeram o traço contínuo (n = 23), o que pode indicar decisão, rapidez, energia, esforço dirigido e autoafirmação (van Kolck, 1984); 44% fizeram o traço com avanços e recuos (n = 22), o que pode revelar emotividade, ansiedade, timidez e insegurança, ou sentido artístico e sensibilidade (van Kolck, 1984); 6% das gestantes fizeram o traço trémulo (n = 3), o que pode indicar medo, insegurança e sensibilidade (Campos, 1969; van Kolck, 1984); e 4% fizeram o traço interrompido (n = 2), o que pode sugerir incerteza, temor e angústia (van Kolck, 1984).

Ao longo da realização dos desenhos foi, ainda, dada relevância ao *uso da borracha*, sendo que 62% das gestantes usaram-na de forma normal (n = 31), o que pode indicar autocrítica; 36% não utilizaram a borracha (n = 18), o que pode revelar falta de crítica; e apenas uma participante utilizou-a de forma exagerada (correspondendo a 2%), o que pode sugerir incerteza, indecisão e insatisfação consigo mesmo (Campos,

1969).

Por fim, importa referir que, ao longo do processo, ocorreram em 34% das gestantes ( $n = 17$ ) algumas *resistências em desenhar*, isto é “casos de rejeição em graus diferentes de intensidade, a partir da negação a desenhar até ao não complemento do desenho feito” (van Kolck, 1984, p. 10). Sobre esta ideia, Silva (2009) afirma que o pedido e a tarefa de desenhar podem causar constrangimento e resistências nas grávidas, que se traduzem em desenhos pouco elaborados e pouco detalhados. Contudo, tal como assinala a mesma autora, isto ocorre porque a condição temporária da gravidez pode provocar mudanças e exercer influência sobre a imagem corporal, dificultando a expressão gráfica. Nesta investigação, apesar de terem ocorrido algumas resistências em desenhar, todos os desenhos foram considerados finalizados por cada uma das gestantes, sendo em seguida entregues à investigadora.

## **2.2. Análise dos aspetos específicos do desenho da gravidez**

Na grelha criada para analisar os desenhos realizados pelas gestantes estão, de igual modo, presentes os aspetos específicos do desenho; ou seja, os traços gráficos que exigem uma adaptação própria ao tema executado (Campos, 1969; van Kolck, 1980), neste caso a gravidez. Assim, de forma a definir estes aspetos mais específicos, foram analisados, previamente, os estudos já realizados sobre esta temática no contexto da gravidez

Um destes estudos foi o de Tolor e Digrazia (1977), autores que utilizaram o teste do desenho da figura humana em 115 gestantes nos três trimestres de gravidez, em 76



mulheres em situação pós-parto e num grupo de controlo de 76 pacientes ginecológicas. Os autores verificaram que os desenhos das gestantes foram, significativamente, diferentes dos desenhos realizados pelo grupo de controlo, já que os primeiros apresentaram traços específicos de identificação da gravidez, tais como a transparência nos desenhos, a distorção das figuras, a maior largura da cintura, os seios proeminentes e a visibilidade dos órgãos genitais.

Outro estudo sobre este tema, realizado por Swan-Foster, Foster e Dorsey (2003), com 40 grávidas de alto risco (20 em regime de internamento e 20 em regime de consulta externa) e 20 grávidas de baixo risco obstétrico, revelou que as grávidas de baixo risco tendem a utilizar a nudez e a visibilidade do feto nos desenhos; enquanto as grávidas de alto risco revelam menos incidência de transparência (i.e. menos nudez e mais figuras humanas vestidas) e pouca ou nenhuma visibilidade do feto nos desenhos. Para os autores, estes resultados indicam que a aplicação da técnica projetiva do desenho, neste período, pode contribuir ou complementar o diagnóstico de perturbações psicológicas na gravidez.

Neste contexto, percebe-se então que nos desenhos realizados por mulheres grávidas é frequente aparecerem sinais e características que revelam a existência da gravidez. Em particular, as pesquisas desenvolvidas por Sá e Biscaia (2004) neste âmbito referem que devem ser considerados, como critérios de análise do desenho, elementos objetivos como a personagem familiar que é representada (i.e. a mãe, o bebé ou ambos) e a expressividade da figura desenhada, nomeadamente o rosto e as expressões cinestésicas; e elementos subjetivos, que emergem dos conteúdos condensados, a nível das relações, e dos aspetos emocionais expressos.

Seguindo estas linhas de orientação, os aspetos específicos do desenho da gravidez, definidos para esta investigação, foram divididos em duas categorias: a imagem materna e a imagem do bebé. Na *representação da imagem materna* os aspetos examinados foram a presença da grávida; a posição da grávida; a presença ou ausência de índices anatómicos; a representação da barriga saliente; a transparência; a presença do cordão umbilical; a representação da grávida com a(s) mão(s) na barriga; a presença ou ausência de feições na grávida; e a expressão facial da grávida. Sobre estes elementos, Parquet e Delcambre (1980) e Tolor e Digrazia (1977) referem que determinados elementos específicos (nomeadamente, a representação da barriga saliente, do cordão umbilical e da placenta; a transparência; as mãos em contacto com o ventre materno; e a expressividade do rosto materno) podem ser, *hipoteticamente*, sugestivos da ligação afetiva materno-fetal e do reconhecimento e aceitação da gravidez. Sendo assim, inicialmente, é necessário constatar se a grávida se desenha a si mesma, de forma a entender a representação percetiva que ela tem acerca da própria gravidez (Fraser, 2006).

Na análise dos desenhos realizados pelas gestantes deste trabalho, percebe-se que a representação da grávida esteve sempre presente e que, quanto à sua posição, 54% das gestantes desenharam-se de perfil ( $n = 27$ ), o que pode sugerir desajuste ou incapacidade de enfrentar o meio; 46% das grávidas desenharam-se de frente ( $n = 23$ ), o que pode indicar pessoa que aceita o mundo de frente; e todas as participantes se desenharam de pé ( $n = 50$ ), o que pode significar força, energia e adaptação (Campos, 1969).

Relativamente à presença de índices anatómicos na grávida, a grande maioria (86%) das gestantes desenharam a

cabeça ( $n = 43$ ), sendo que esta parte do corpo é considerada o centro do poder intelectual, social e do controlo dos impulsos corporais; *todas* as participantes desenharam o tronco ( $n = 50$ ); 80% das grávidas desenharam os membros superiores ( $n = 40$ ), que se relacionam ao desenvolvimento do eu e à adaptação social do indivíduo ou inter-relação com o ambiente; 64% das participantes desenharam as mãos ( $n = 32$ ), sendo que a sua ausência pode revelar falta de confiança nos contactos sociais e na produtividade; 86% desenharam os membros inferiores ( $n = 43$ ), podendo a sua ausência indicar conflitos e dificuldades; e 62% das gestantes desenharam os pés ( $n = 31$ ), que podem indicar a segurança geral do indivíduo em caminhar no meio ambiente (Campos, 1969).

Por sua vez, quanto aos elementos específicos sugestivos da ligação afetiva materno-fetal e do reconhecimento e aceitação da gravidez (Parquet & Delcambre, 1980; Tolor & Digrazia, 1977), verifica-se que *todas* as gestantes desenharam a barriga saliente ( $n = 50$ ); que 50% das participantes utilizaram a transparência nas figuras (i.e. o feto é visível dentro do ventre materno) ( $n = 25$ ); que 6% das grávidas desenharam o cordão umbilical ( $n = 3$ ), elemento altamente significativo das fantasias imaginativas e que representa uma simbiose entre os aspetos identitários da mãe e do bebé (Parquet & Delcambre, 1980); e que 24% das participantes desenharam-se com a(s) mão(s) em contacto ou proximidade com o ventre materno ( $n = 12$ ).

Por fim, quanto à presença de feições na grávida, nota-se que 84% das gestantes desenharam os olhos ( $n = 42$ ), 68% desenharam o nariz ( $n = 34$ ) e 84% desenharam a boca ( $n = 42$ ), sendo que estes aspetos podem revelar a disponibilidade para o contacto e para a interação (Campos, 1969). Por sua vez, relativamente à expressão facial da grávida, 72% das

participantes desenharam-se felizes ( $n = 36$ ) e 12% desenharam-se com uma expressão facial vazia (i.e. sem nenhuma emoção) ( $n = 6$ ).

Na *representação da imagem do bebé* os aspetos analisados são a presença do bebé, a localização do bebé, a presença da placenta, a presença do bebé com forma humana, a posição do bebé, a presença ou ausência de índices anatómicos, a presença de cabelo no bebé, a presença do sexo do bebé, a presença ou ausência de feições no bebé e a expressão facial do bebé.

Na análise destes aspetos, é necessário desde já constatar se a grávida desenha o seu bebé, de forma a entender a representação percetiva que ela tem acerca dele (Fraser, 2006). Ora na análise dos desenhos realizados pelas participantes neste estudo, percebe-se que a representação gráfica do bebé está presente em 50% dos desenhos ( $n = 25$ ), mais precisamente localizada dentro do ventre materno. Contudo, a representação da placenta, elemento através do qual a mãe pode transmitir ao feto elementos, não apenas do seu estado biológico, mas também do seu mundo mental e emocional (Sá, 2003), está, apenas, presente em 8% dos desenhos ( $n = 4$ ).

Relativamente à presença do bebé interessa, ainda, explorar a questão da representação gráfica do bebé com ou sem forma humana. Na perspetiva de Tolor e Digrazia (1977), a grávida pode personificar o bebé, desenhando-lhe características que possam, eventualmente, declarar o tipo de representação que ela tem a respeito do mesmo. Nesta dimensão, foi possível verificar que 24% das participantes representaram o bebé sem forma humana (i.e. ainda numa dimensão embrionária) ( $n = 12$ ) e 26% das gestantes

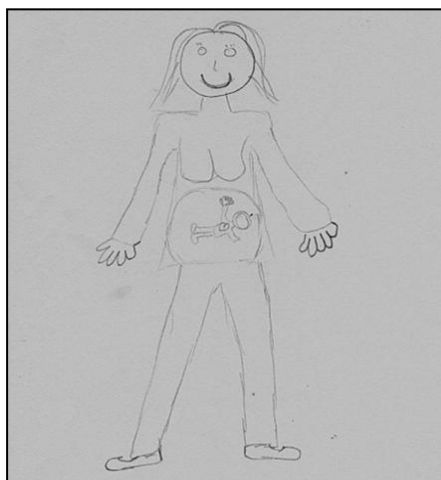
desenharam o bebé com forma humana ( $n = 13$ ), sendo que quanto à sua posição, 10% das gestantes desenharam-no em posição pélvica ( $n = 5$ ); 10% desenharam-no em posição cefálica ( $n = 5$ ); e 6% desenharam-no em posição transversal ( $n = 3$ ). Além disso, entre as gestantes que desenharam um bebé com forma humana, 26% delas desenharam a cabeça ( $n = 13$ ); 26% desenharam o tronco ( $n = 13$ ); 22% desenharam os membros superiores ( $n = 11$ ); 10% desenharam as mãos ( $n = 5$ ); 24% desenharam os membros inferiores ( $n = 12$ ); 10% desenharam os pés ( $n = 5$ ); 4% desenharam o bebé com cabelo ( $n = 2$ ); e nenhuma das gestantes desenhou o sexo do bebé.

Por fim, a presença ou ausência de feições e de expressão facial são igualmente importantes de se explorar por, eventualmente, nos permitirem ter uma ideia da representação que a grávida tem do seu bebé, no que diz respeito às suas características físicas e psicológicas. Deste modo, quanto à presença de feições no bebé, nota-se que 10% das gestantes desenharam os olhos ( $n = 5$ ), 6% desenharam o nariz ( $n = 3$ ) e 10% desenharam a boca ( $n = 5$ ). Por outro lado, a expressão facial do bebé mostra que 6% das participantes desenharam-no feliz ( $n = 3$ ) e 4% desenharam-no com uma expressão facial vazia (i.e. sem nenhuma emoção) ( $n = 2$ ).

Para além disso, nesta análise foi também dada relevância à ordem das figuras desenhadas, sendo que a quase totalidade (98%) das gestantes desenharam-se primeiro a si mesmas e depois ao bebé ( $n = 49$ ) e apenas uma das gestantes desenhou primeiro o bebé e só depois a si mesma (correspondendo a 2%); e à presença de outras figuras no desenho, sendo que 6% das participantes desenharam o marido/companheiro ( $n = 3$ ) e 4% desenharam outro(s) filho(s) ( $n = 2$ ). Importa referir igualmente que 46% das grávidas que

desenharam mais do que uma figura ( $n = 23$ ) não utilizaram um tratamento diferencial na sua representação (i.e. a atenção despendida em desenhar as figuras foi idêntica).

Os desenhos elaborados pelas gestantes parecem ir de encontro aos estudos já realizados sobre esta temática (e.g. Sá & Biscaia, 2004; Swan-Foster, Foster & Dorsey, 2003; Tolor & Digrazia, 1977) por, de forma geral, refletirem certas transformações psicológicas e fisiológicas associadas a este momento particular da vida de uma mulher, a gravidez. Nas produções gráficas foram identificados elementos que podem ser, hipoteticamente, sugestivos da ligação afetiva materno-fetal, do reconhecimento da imagem corporal, da aceitação da gravidez e da diferenciação fetal (Parquet & Delcambre, 1980; Tolor & Digrazia, 1977), nomeadamente a presença de transparência (i.e. a visibilidade do feto dentro do ventre materno) e a representação da barriga saliente e dos seios proeminentes (e.g. Figura 9); a representação do cordão umbilical (e.g. Figura 10); a representação da placenta (e.g. Figura 11); e a expressividade do rosto materno e a representação das mãos em contacto com o ventre (e.g. Figura 12).



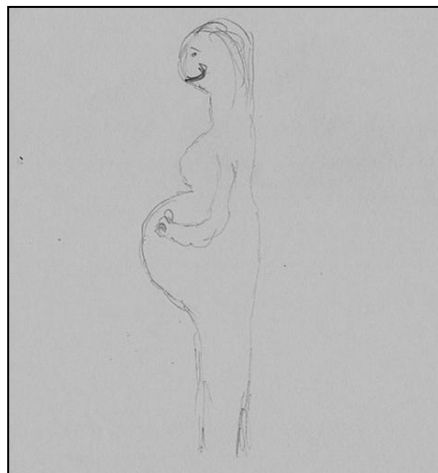
**Figura 10.** Representação da barriga e dos seios proeminentes



**Figura 9.** Representação do cordão umbilical

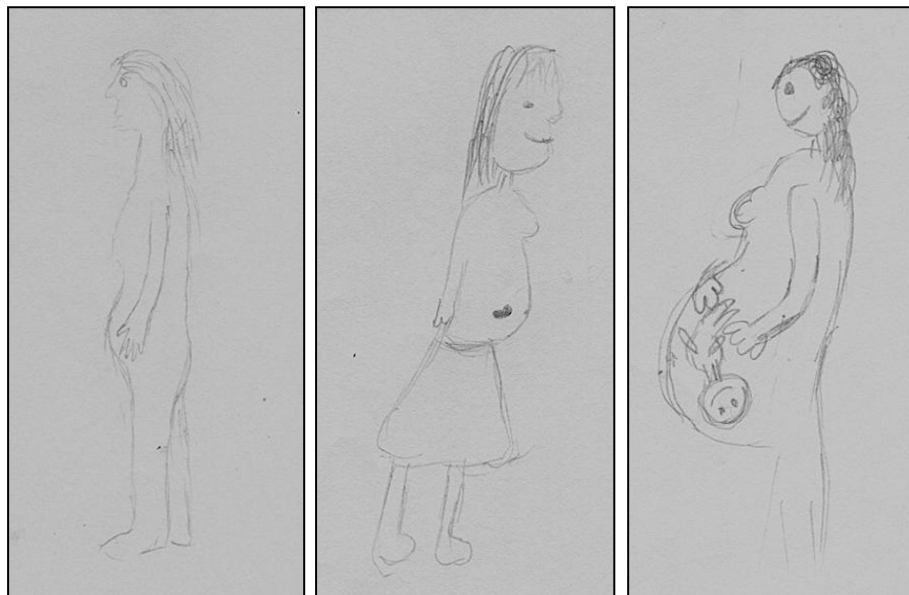


**Figura 12.** Representação das mãos em contacto com o ventre e expressividade do rosto materno



**Figura 11.** Representação da placenta

Além disso, a observação de desenhos de gestantes em fases diferentes da gravidez, realizada por Sá e Biscaia (2004), sugere que ocorre um processo de diferenciação progressiva à medida que a elaboração psicológica da gravidez se desenvolve. Para os autores, “nos primeiros tempos de gravidez, a mãe manifesta dificuldades em representar o bebé dentro de si, desenha-se sobretudo a ela, como se só pudesse imaginar o bebé como um espelho seu, num movimento relacional narcísico” (*ibidem*, p. 18). Nesta investigação, este fenómeno também parece ter ocorrido, pois as gestantes que se encontravam no início da gravidez tiveram algumas dificuldades em representar o bebé dentro do ventre materno (e.g. Figura 13). Contudo, à medida que a gravidez evoluía, as produções gráficas das gestantes parecem ser mais elaboradas e detalhadas, “a gravidez vai existindo *na cabeça* e um bebé imaginário vai-se gerando” (*ibidem*, p. 18), às vezes, numa dimensão ainda embrionária (e.g. Figura 14) e, noutras vezes, como um bebé de meses, numa relação de maior proximidade (e.g. Figura 15).



**Figura 15.**

Representação do  
bebé no início da  
gravidez

**Figura 14.**

Representação do bebé  
numa dimensão  
embrionária

**Figura 13.**

Representação de um  
bebé de meses

A este respeito, é de salientar que Lumley (1980) analisou os sentimentos e pensamentos de 30 mulheres durante a gravidez, através de entrevistas e desenhos, observando na primeira entrevista, realizada entre as 8 e as 12 semanas de gestação, que 70% das mulheres não conseguiam acreditar que o feto estivesse, realmente, presente no ventre materno (i.e. imaginavam que o feto não estava ainda propriamente formado) e não conseguiam imaginá-lo ou concebê-lo visualmente, subestimando o seu tamanho; enquanto 30% das mulheres acreditavam que o feto era uma pessoa real e conseguiam imaginar a sua aparência, mencionando, no entanto, um maior medo de anormalidade fetal e o intenso sofrimento que sentiriam se abortassem. A autora observou que, à medida que a gravidez avançava, a representação do feto nos desenhos das gestantes adquiria cada vez mais uma forma humana. Tais observações podem ser associadas às conceções teóricas acerca das fases da



gravidez, defendidas por Colman e Colman (1994), de que a futura mãe começa por aceitar a presença do feto no seu corpo (*incorporação*), depois encara a realidade de que o feto não lhe pertence, apesar da presença no seu ventre (*diferenciação*) e, finalmente, evolui para a aceitação de que o vai expulsar de dentro de si (*separação*). Contudo, as investigações a este respeito não parecem ser consistentes, já que o estudo realizado por Swan-Foster, Foster e Dorsey (2003), de observação comparativa de desenhos de grávidas em idades gestacionais diferentes, não revelou diferenças significativas.

Importa ainda referir que, no presente estudo, a análise dos aspetos específicos dos desenhos revelou que 10% das gestantes (n = 10) além de se desenharem a si mesmas e, em certos casos, ao bebé, desenharam outros elementos da família, nomeadamente o marido/companheiro e outro(s) filho(s) (e.g. Figura 16), como se a gravidez fosse representada e, conseqüentemente, vivida num contexto familiar, reforçando a posição defendida por Relvas e Lourenço (2001, p. 108) de que “a gravidez e a maternidade assinalam no processo evolutivo familiar (...) a transição da conjugalidade para a parentalidade”



**Figura 16.** Representação do bebé e da família

Em suma, na perspetiva dos vários autores mencionados (Lumley, 1980; Parquet & Delcambre, 1980; Sá & Biscaia, 2004; Silva, 2009; Swan-Foster, Foster & Dorsey, 2003; Tolor & Digrazia, 1977), a utilização da técnica projetiva do desenho durante a gravidez pode despistar riscos, diferenciar as queixas de depressão pré-natal, observar o processo de desenvolvimento normal e o ajustamento pré-natal e estabelecer uma maior e melhor comunicação entre a grávida e os seus cuidadores, já que o desenho permite que as emoções e as preocupações pré-natais, muitas vezes não reveladas verbalmente, possam ser exteriorizadas graficamente.

### **3. Análise da Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante (Gidep, 1998)**

Tal como foi referido anteriormente, a *Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante*, desenvolvida pelo Gidep (1998), tem como objetivo investigar o contexto em que a gravidez da gestante ocorreu e os seus sentimentos e expectativas em relação ao bebé, ao parto e à maternidade.

Neste contexto, importa mencionar que a abordagem de investigação utilizada na realização das entrevistas foi de carácter qualitativo. Ora, segundo Bogdan e Biklen (1994), a investigação qualitativa tem, na sua essência, cinco características: (i) a fonte direta dos dados é o ambiente natural e o investigador é o instrumento principal na recolha desses mesmos dados; (ii) os dados que o investigador recolhe são, essencialmente, de carácter descritivo; (iii) o investigador que utiliza metodologias qualitativas interessa-se mais pelo processo em si do que propriamente pelos resultados; (iv) a análise dos dados tende a ser feita de forma indutiva; e (v) o

investigador interessa-se, acima de tudo, por tentar compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências.

Feita esta observação, regista-se que no presente trabalho os dados das entrevistas foram recolhidos no momento, através de apontamentos escritos e registo vídeo e áudio, e complementados pela informação que se obteve através do contacto direto com as participantes; os dados não foram recolhidos com o objetivo de confirmar hipóteses construídas previamente, ao invés disso as informações foram construídas à medida que os dados particulares recolhidos se iam agrupando; e o objetivo principal foi tentar compreender o modo como as diferentes gestantes vivem a experiência da gravidez.

Como já foi referido, na presente investigação apenas foram consideradas algumas questões da *Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante* (Gidep, 1998), nomeadamente questões relacionadas com (i) a *evolução da gravidez*, (iv) as *informações e sentimentos acerca do bebé e* (v) o *bebé imaginário* (Anexo 5), uma vez que estes três grupos de questões podem refletir o que se pretende estudar, isto é possíveis expectativas e representações da gestante relativamente ao filho. Assim, seguindo esta ordem, analisam-se, em seguida, as entrevistas realizadas às gestantes.

### 3.1. Evolução da gravidez

No primeiro grupo de questões, relacionado com a evolução da gravidez, foi solicitado a cada uma das gestantes que falasse sobre a notícia e confirmação da gravidez; as suas preocupações e sentimentos em relação à gravidez, ao parto e ao bebé; e a primeira ecografia, nomeadamente sobre aquilo

que viu e que sentiu.

Relativamente à *notícia e confirmação da gravidez*, as gestantes expressaram sentimentos diversos. Nos casos em que a gravidez foi planeada e desejada ( $n = 40$ ), as gestantes referiram sentir-se felizes, emocionadas e satisfeitas no momento em que souberam que tinham engravidado. Foram apontadas diversas razões para esses sentimentos positivos: o desejo de *dar um irmão* ao filho primogénito; o facto de já terem feito diversas tentativas ao longo dos últimos meses e não terem conseguido engravidar; a felicidade que toda a família iria sentir ao receber a notícia; e a emoção por já terem passado por más experiências anteriores, nomeadamente interrupções da gravidez.

Por sua vez, algumas gestantes que não planearam a gravidez ( $n = 6$ ), expressaram sentimentos de medo e de preocupação com os cuidados que não tinham tido; com a reação dos outros filhos à notícia; e com a vida em geral, por a gravidez ter ocorrido mais tarde ou mais cedo do que imaginavam e por sentirem que o bebé viria, de certa forma, *desregular* o que tinham idealizado para aquele momento das suas vidas. Contudo, estas gestantes revelaram que, apesar de não terem planeado a gravidez, sentiram-se felizes, assumiram a circunstância e iniciaram uma fase de adaptação. Sobre esta ideia, é interessante notar que no estudo de Bouchard, Boudreau e Hébert (2006), com 120 casais, cerca de 23% das gravidezes que chegaram ao fim, não foram planeadas, reforçando a perspetiva, defendida por Lederman e Weis (1996), de que o planeamento da gravidez e a sua aceitação são dois aspetos distintos.

Por outro lado, importa referir que as outras gestantes que não planearam a gravidez ( $n = 4$ ) afirmaram que a notícia foi recebida com um misto de sensações e emoções

contraditórias. Estas participantes, por um lado sentiram-se satisfeitas com a notícia, mas por outro lado revelaram sentimentos de apreensão por talvez não ser o momento certo; preocupação com o trabalho; medo de não ser real; maior responsabilidade; e medo de *não dar conta* da situação, isto é de não ser capaz de responder adequadamente tanto física quanto emocionalmente ao filho (e.g. não ser capaz de realizar as tarefas quotidianas e cuidar do bebé em simultâneo). Sobre esta ideia, Brazelton e Cramer (1992) e Raphael-Leff (1993) afirmam que esta *ambivalência* de sentimentos é uma questão intrínseca à evolução da gravidez.

De forma geral, a reação à notícia da gestação foi associada a sentimentos de surpresa, satisfação e alguma preocupação por ser o início de uma mudança.

Quanto às *preocupações e sentimentos em relação à gravidez e ao bebé*, as gestantes relataram a preocupação em que o filho nascesse perfeito e saudável, sem doenças ou anomalias (n = 18); o medo de o perderem por já terem tido *ameaças* de aborto durante a gestação ou por já terem abortado em gravidezes anteriores (n = 4); e o risco ou preocupação de causarem danos ao bebé em função dos problemas de saúde que têm (e.g. diabetes e tensão alta) (n = 8) ou por vícios que enfrentam (e.g. fumar) (n = 1). Além disso, algumas gestantes (n = 5) referiram sentir-se ansiosas durante a gravidez por terem uma idade *avançada*, referindo que têm uma responsabilidade acrescida e que, por isso, devem ter um cuidado redobrado com a alimentação e com a sua saúde em geral. Estas mães afirmaram que certos meios de diagnóstico médico, em especial a ecografia e a amniocentese, tiveram um resultado positivo pois amenizaram as suas ansiedades, preocupações e medos em relação à saúde do bebé.

Por outro lado, algumas gestantes ( $n = 14$ ) referiram não ter preocupações relacionadas com a gravidez ou com o bebé, expressando sentimentos de tranquilidade por estar tudo a correr bem e de forma normal.

Relativamente aos *sentimentos em relação ao parto*, a maioria das gestantes ( $n = 30$ ; cerca de 60%) evidenciou expectativas negativas. As preocupações referidas foram o medo de não aguentarem as dores; o receio de não conseguirem ter o bebé; a preocupação de algo correr mal com o bebé; e o medo quanto ao tipo de parto que poderiam vir a ter. Acresce que, algumas gestantes que já têm outros filhos afirmaram sentir-se apreensivas por algo poder correr mal e não os poderem ver. As expectativas negativas, relatadas pelas gestantes, à volta do momento do parto foram construídas a partir do que ouviram de outras mulheres que já tinham passado por essa experiência; a partir dos seus próprios medos em relação ao nascimento do bebé; e a partir das más experiências anteriores que já vivenciaram durante o parto.

Por seu lado, as restantes participantes ( $n = 20$ ) relataram sentimentos positivos, como tranquilidade, curiosidade e ansiedade para que chegue o dia em que poderão ver e tocar no seu filho, reforçando que o momento em que ouvirem o bebé chorar irá compensar toda a dor sentida durante o parto. É no entanto de mencionar que algumas destas participantes ( $n = 7$ ) referiram sentir-se calmas em função das aprendizagens que têm obtido nas aulas de preparação para o parto.

Quanto à *primeira ecografia*, a maioria das gestantes experienciou sentimentos positivos durante a sua realização. Entre as 43 grávidas que já tinham realizado uma ecografia, 41

delas expressaram sentimentos de emoção, felicidade e caracterizaram o momento como indiscreto e maravilhoso. Além disso, algumas participantes relataram que somente após a primeira ecografia começaram a sentir-se realmente grávidas e que foi, de igual modo, nesse momento que conseguiram concretizar a existência do bebé no seu ventre. Por outro lado, duas gestantes expressaram sentimentos de confusão e dúvida no momento em que realizaram a ecografia, afirmando que o exame decorreu muito rapidamente e que não conseguiram compreender o que o *écran* mostrava.

Relativamente à questão que explora o que a gestante visionou durante a primeira ecografia, as informações declaradas foram diversas, tendo em conta a idade gestacional de cada participante no momento em que realizou o exame. Sobre esta ideia, Sá e Dias (2004) elaboraram uma tabela que destaca alguns marcos importantes no desenvolvimento do embrião (Figura 17) e que nos auxilia na compreensão das respostas dadas pelas gestantes.

Idade Gestacional	Desenvolvimento	
Três/quatro semanas	Coração bate pela primeira vez	Embrião abre e fecha a boca
Cinco semanas	Vestígios dos vários membros	
Seis semanas	Diferenciação de mãos e dedos	
Sete/oito semanas	"Cara" com olhos, orelhas e nariz	
Oito semanas	Início da diferenciação sexual externa	Primeiros movimentos respiratórios
Doze semanas	Finalização da maturação sexual externa	Movimentação respiratória ativa
	Vários movimentos especializados: sugar, chuchar, contacto mão-face, abrir e fechar mãos,...	

Quinze semanas	Presença de todas as estruturas orgânicas	Reportório de movimentos completo
Trinta e duas semanas (a partir)	Maturação ao nível orgânico	Movimentação preparatória para o nascimento

**Figura 17.** Alguns marcos importantes no desenvolvimento do embrião (adaptado de Sá & Dias, 2004, p. 100 e 101)

Neste âmbito, no momento da realização da primeira ecografia, é de registar que 18 das participantes deste estudo ouviram ou observaram o batimento cardíaco do seu filho, encontrando-se este ainda numa dimensão muito embrionária; 16 delas afirmaram ter visto o bebé formado, com vestígios dos membros superiores e inferiores; 2 participantes referiram ver a diferenciação das mãos e dos dedos; 4 delas declararam ter visionado a cara, os olhos, as orelhas e o nariz do bebé; 2 grávidas relataram ter visionado movimentos especializados no bebé (e.g. chuchar no dedo); e 1 delas afirmou que, por ter realizado a primeira ecografia numa fase mais avançada da gestação, o bebé já apresentava todas as estruturas orgânicas desenvolvidas.

### 3.2. Informações e sentimentos acerca do bebé

No segundo grupo de questões, relacionado com as informações e sentimentos acerca do bebé, foi solicitado às gestantes que falassem sobre os seus sentimentos após a confirmação do sexo do bebé e após sentirem, pela primeira vez, os movimentos fetais.

Relativamente ao conhecimento e confirmação do sexo do bebé, as gestantes que já tinham essa informação (n = 32) relataram sentimentos diversos. Algumas participantes referiram sentir-se satisfeitas porque não tinham preferência pelo sexo (n = 14) ou porque este estava de acordo com as



suas preferências (n = 9); outras referiram sentir-se um pouco desiludidas, porque preferiam que o bebé fosse do sexo oposto (n = 9). Contudo, estas últimas afirmaram que, apesar de o sexo do bebé não corresponder às suas expectativas, o que consideram mais importante é que este nasça saudável. Sobre isto, importa ainda referir que a preferência por um bebé de determinado sexo foi, em alguns casos, associada ao desejo do marido/companheiro. Para Stern (1997), esta vontade da mãe em realizar o desejo do pai, quanto ao sexo do bebé, pode ocorrer em virtude do seu amor pelo marido/companheiro e pela garantia de continuidade do seu amor e do cumprimento da paternidade.

Além disso, a satisfação nos casos em que o bebé é do sexo feminino foi justificada por algumas gestantes como a possibilidade de vestirem a filha com roupas mais bonitas e por as meninas amadurecerem mais rápido que os meninos. Por outro lado, algumas gestantes referiram que se sentiram satisfeitas quando souberam que o bebé é do sexo masculino por terem mais experiência e segurança em educar e cuidar de meninos.

Quanto à *perceção dos primeiros movimentos fetais*, a maioria das gestantes experienciou sentimentos positivos durante a sua ocorrência. Entre as 37 gestantes que já tinham sentido o bebé a mexer-se dentro do ventre materno, 22 delas referiram que nesse momento sentiram-se felizes e emocionadas, perceberam que era o movimento natural do bebé e interpretaram-no como um sinal de que ele estava bem. Além disso, as gestantes que já eram mães afirmaram que o facto de já terem vivenciado os movimentos fetais, nas gravidezes anteriores, contribuiu para que a sensação fosse percebida de forma natural, sem sentimentos de dúvida ou

medo.

Por outro lado, algumas participantes relataram sentimentos de dúvida, incerteza e surpresa, porque não compreenderam se era mesmo o bebé a mexer-se ( $n = 12$ ); porque não sabiam se estava algo de errado a acontecer com o bebé ( $n = 1$ ); ou porque, na sua opinião, estavam a sentir os movimentos fetais demasiado cedo ( $n = 2$ ).

### 3.3. Representação do bebé imaginário

No terceiro grupo, foram colocadas questões de forma a obter a representação do *bebé imaginário*, nomeadamente as características físicas e psicológicas que cada uma das gestantes imagina que o filho irá possuir, com quem considera que ele será mais parecido e porquê.

Relativamente às *características físicas* do bebé, as gestantes expuseram diversas informações, como a cor dos olhos, a cor do cabelo e a cor da pele do seu filho. As futuras mães imaginaram o seu bebé com olhos castanhos-escuros ( $n = 18$ ); verdes ( $n = 15$ ); azuis ( $n = 9$ ); castanhos-claros ( $n = 3$ ); e pretos ( $n = 3$ ). Esta característica foi associada à cor dos olhos de ambos os progenitores ( $n = 19$ ); do pai ( $n = 13$ ); da mãe ( $n = 7$ ); dos outros filhos ( $n = 4$ ); dos avós ( $n = 3$ ); dos bisavós ( $n = 2$ ); e dos irmãos dos progenitores ( $n = 2$ ).

Ao imaginarem o cabelo do bebé, algumas gestantes ( $n = 16$ ) expressaram a expectativa de que o filho nascesse com muito cabelo e que este fosse encaracolado; outras ( $n = 34$ ) expressaram a expectativa de que o filho nascesse com pouco cabelo e que este fosse liso. Além disso, a cor do cabelo imaginada para o bebé variou entre o castanho-escuro ( $n = 21$ ); o castanho-claro ( $n = 13$ ); o preto ( $n = 8$ ); e o loiro ( $n = 8$ ), sendo associada à cor do cabelo de ambos os progenitores ( $n$

= 23); da mãe (n = 12); do pai (n = 9); e dos outros filhos (n = 6).

Em relação à cor da pele, a maioria das gestantes relatou imaginar o seu bebé de pele clara/branca (n = 38); enquanto as outras participantes (n = 12) imaginaram que o filho iria ter uma pele mais escura/morena. Esta característica foi associada à cor da pele de ambos os progenitores (n = 32); da mãe (n = 9); dos outros filhos (n = 5); do pai (n = 3); e dos avós (n = 1).

Relativamente às *características psicológicas* do bebé, algumas gestantes (n = 26) referiram a expectativa de o filho ser calmo, tranquilo, meigo e tolerante; outras relataram a expectativa de o filho ser agitado, irrequieto, ativo e extrovertido (n = 24). As futuras mães relacionaram as características psicológicas do seu bebé com as suas próprias características (n = 8), com as características do pai (n = 6), ou com a combinação das características de ambos os progenitores (n = 14).

Por outro lado, algumas gestantes atribuíram determinadas características psicológicas ao bebé, em função da perceção dos movimentos fetais (n = 10); da experiência de ter uma outra criança (n = 9); das interações vivenciadas através da ecografia (n = 1); e dos enjoos sentidos durante a gestação (n = 2). Estes resultados vão ao encontro da posição defendida por Brazelton e Cramer (1992) e Soifer (1992) de que, através da forma como são percecionados os movimentos fetais, as mulheres grávidas tendem a atribuir características de temperamento ao bebé. Neste contexto, tal como assinalam vários autores (e.g. Lebovici, 1987, 1988, 1994; Piccinini *et al.*, 2004; Stern & Bruschiweiller-Stern, 2005) a perceção dos movimentos fetais e os registos das ecografias parecem ter,

como resultado, o aumento da imaginação sobre o bebé.

Quanto à *semelhança com os membros da família*, algumas gestantes (n = 12) relataram que o seu filho iria ser mais parecido com o pai, justificando essa afirmação pelo que tinham visionado na ecografia (n = 6); em função de o outro filho já ser parecido com o pai (n = 4); ou por desejarem que o filho *herdasse* a beleza do pai (n = 2). Sobre esta última ideia, Stern (1997) defende que as gestantes tendem a assemelhar o bebé ao pai da criança pelo fato de elas nutrirem um forte sentimento de amor em relação ao marido/companheiro, colocando-o numa posição privilegiada.

Por sua vez, algumas gestantes referiram a expectativa de que o bebé fosse uma mistura de ambos os progenitores (n = 24), possuindo características presentes tanto no pai como na mãe; outras mencionaram desejar que o bebé se parecesse com elas mesmas (n = 10); e outras apontaram o desejo de que o bebé fosse semelhante ao outro filho (n = 3) ou aos avós (n = 1). Sobre o desejo, manifestado pelas gestantes, por um bebé semelhante a elas mesmas, Piccinini et al. (2004) defendem que este pode ser entendido como parte do processo de *preocupação materna primária* (Winnicott, 1956), processo em que as futuras mães desenvolvem uma capacidade de identificação com o seu filho, que possibilita o encontro com ele na altura do nascimento e a satisfação das suas necessidades.

### 3.4. Preparação para o nascimento do bebé

Por fim, foi ainda colocada uma questão relativa à preparação para o nascimento, nomeadamente se a gestante já começou a fazer ou a preparar o *enxoval do bebé*.

Sobre este assunto, Rubin (1976) afirma que a

preparação do enxoval e da casa e os planos para cuidar do filho intervêm no processo de individualização, pois ajudam a grávida a personificar o feto para que este não seja um estranho na altura do nascimento. Neste sentido, 26 gestantes referiram ter tudo pronto e organizado para a chegada do bebé, nomeadamente as roupas, o berço, o carrinho e a mala para o dia do parto.

Por outro lado, 14 participantes relataram não terem feito qualquer tipo de preparação para a chegada do bebé, por ainda estarem numa fase muito inicial da gestação; 2 gestantes disseram que, apesar de ainda não saberem o sexo do bebé, têm algumas roupinhas de cores neutras; e 8 delas afirmaram ter o berço e o carrinho, mas ainda não terem a mala preparada para o dia do parto.

Para finalizar, importa referir que todas as gestantes da amostra revelaram que a preparação do enxoval é uma tarefa que lhes dá ou irá dar muito prazer realizar.

De forma geral, as respostas das gestantes à entrevista parecem expressar a existência de uma relação materno-fetal pautada por sentimentos e expectativas das gestantes quanto ao sexo do bebé e quanto às suas características físicas e psicológicas; e preocupações quando ao parto e à saúde e bem-estar do seu filho.

Tal como foi referido anteriormente, na perspetiva de Lebovici (1987) o *bebé imaginário* é o bebé dos sonhos diurnos, das referências verbais e das expectativas da mãe sobre o desejo da gravidez e da maternidade. Para o autor, estas representações elaboradas sobre o bebé podem ser intensificadas com o decorrer da gestação, através dos movimentos fetais, do conhecimento do sexo e da imaginação das características do bebé. Assim, seguindo estas ideias,

percebe-se que nas respostas dadas pelas gestantes à entrevista podem ser identificados alguns indicadores do *bebé imaginário*.

De igual modo, tal como em diversas investigações, (e.g. Esteves, Sonogo, Vivian, Lopes & Piccinini, 2013; Piccinini, Ferrari, Levandowski, Lopes & Nardi, 2003; Piccinini et al., 2004; Stainton, 1985; Vivian, Lopes, Geara & Piccinini, 2012), as gestantes que participaram neste estudo mostraram conseguir atribuir características ao bebé, reconhecer alguns dos seus comportamentos e indicar as semelhanças do filho com os membros da família, em função da perceção dos movimentos fetais, dos registos das ecografias e do sexo do bebé. Além disso, quanto às características do *bebé imaginário*, percebeu-se que todas as futuras mães descreveram os seus filhos, fisicamente e psicologicamente, a partir dos seus desejos e expectativas. Neste sentido, apesar da diversidade de expectativas e sentimentos que as gestantes mencionaram ter em relação ao filho, os dados das entrevistas parecem reforçar a perspetiva de alguns autores (e.g. Lebovici, 1987; Soifer, 1992) de que as futuras mães tendem a imaginar os seus filhos na gestação com base nos seus desejos e idealizações.

Nas respostas das gestantes à entrevista foram, também, referidas diversas preocupações quanto ao parto e à saúde e bem-estar do seu bebé. Sobre esta ideia, Soifer (1992) defende que o processo de reconhecimento do bebé na gestação pode despertar ansiedades nas gestantes, sendo comum elas começarem a preparar o quarto do bebé, ficarem ansiosas pela sua vida e temerem que ele nasça com algum problema. Para Lebovici (1987), nestes casos, o bebé é ao mesmo tempo desconhecido e protegido, resultando numa sensação de plenitude e ansiedade.

Por outro lado, os sentimentos negativos em relação ao parto, citados pelas gestantes, parecem reforçar a posição de Soifer (1992) de que o parto não é um evento neutro, pois mobiliza grandes níveis de ansiedade, excitação, medo e expectativa. Sobre esta ideia, importa mencionar que algumas gestantes que referiram expectativas negativas quanto ao parto encontravam-se no final da gestação, fase em que segundo alguns autores (e.g. Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman, 1994; Lederman & Weis, 1996; Soifer, 1992) ocorre um aumento da ansiedade em função da proximidade do parto, da mudança de *status* e papel social e da alteração da rotina da vida da mulher e da sua família. Tal como assinalam Brazelton e Cramer (1993), nesta fase a gestante prepara-se para pôr à prova as suas capacidades como mulher e como mãe.

Em suma, todos estes dados parecem reforçar a perspectiva de que a vinculação entre a mãe e o filho se inicia durante a gravidez, ainda que sob a forma de representação (Camarneiro & Justo, 2010; Condon, 1993; DiPietro, 2010; Muller, 1993), visto que é estabelecida uma relação imaginária da mãe com o bebé (Lebovici, 1988). Durante a gestação a mulher cria esperanças, sonhos, medos e fantasias sobre como será o seu bebé, como será o seu marido como pai e, especialmente, como ela própria será como mãe (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2005). Sobre isto, Piccinini *et al.* (2004, p. 229) afirmam que “imaginar, interagir, acreditar e preocupar-se são atitudes que *revelam a existência de um vínculo com o bebé*” (sublinhado acrescentado), permitindo nomeá-lo e torná-lo mais real. Contudo, tal como assinalam os mesmos autores, é importante referir que esta postura de imaginar, pensar e estar com o bebé antes do nascimento é *apenas uma das*

*formas de se avaliar a proximidade da gestante com o bebé. Isto é, não se pode afirmar que as gestantes que não expressem expectativas claras ou uma representação mental explícita sobre o bebé não estejam, de fato, a relacionar-se com ele de forma próxima. Para ter esta visão mais definida, devem ser avaliados e considerados outros aspetos, pois a maternidade é vivenciada de forma complexa e singular por cada mulher.*



## Conclusão

A elaboração do presente estudo empírico teve como objetivo geral estudar os sentimentos, as representações e as expectativas da gestante relativamente ao filho. Num plano mais específico, pretendeu-se estudar aspetos da vinculação pré-natal materna, através dos sentimentos que a mãe tem pelo bebé e da interação que estabelece com ele; explorar a importância da representação criada pela mãe sobre a gravidez e sobre o bebé, através da representação gráfica da gravidez; e analisar possíveis expectativas da gestante relativamente ao bebé e a sua capacidade de lhe conceber e atribuir características físicas e psicológicas.

Neste âmbito, os avanços no conhecimento do período pré-natal levaram alguns autores (e.g. Camarneiro & Justo, 2010; Condon, 1993; DiPietro, 2010; Muller, 1993) a considerar o período da gravidez como o verdadeiro início das relações de vinculação entre a mãe e o filho. Mais especificamente, Condon (1993) definiu a vinculação pré-natal como sendo o laço emocional que, normalmente, se estabelece entre a mulher grávida e o seu filho antes de nascer e que representa a forma mais básica de intimidade humana, envolvendo um objeto. A este respeito, verificou-se que, na amostra estudada, a maioria das gestantes apresenta um padrão de vinculação forte ou saudável ao feto; isto é são muito preocupadas com o feto, sendo essa intensidade da preocupação acompanhada por sentimentos de proximidade, ternura, desejo do bebé, etc. (Condon, 1993).

Por sua vez, os desenhos elaborados pelas gestantes parecem ir de encontro aos estudos já realizados sobre esta temática (e.g. Sá & Biscaia, 2004; Swan-Foster, Foster & Dorsey, 2003; Tolor & Digrazia, 1977) por, de forma geral,

refletirem certas transformações psicológicas e fisiológicas associadas à gravidez. Mais especificamente, nas produções gráficas foram identificados elementos que podem sugerir a ligação afetiva materno-fetal, o reconhecimento da imagem corporal, a aceitação da gravidez e a diferenciação fetal (Parquet & Delcambre, 1980; Tolor & Digrazia, 1977), nomeadamente a presença de transparência (i.e. a visibilidade do feto dentro do ventre materno), a representação da barriga saliente e dos seios proeminentes, a representação do cordão umbilical, a representação da placenta, a expressividade do rosto materno e a representação das mãos em contacto com o ventre. Além disso, a análise dos desenhos mostrou que as gestantes que se encontravam numa fase inicial da gravidez tiveram algumas dificuldades em representar o bebé dentro do ventre materno; porém, à medida que a gravidez evoluía as produções gráficas parecem ser mais elaboradas e detalhadas, o *bebé imaginário* começa a ser representado, às vezes, numa dimensão ainda embrionária; noutras vezes, como um bebé de meses, numa relação de maior proximidade; e, noutras vezes, num contexto familiar.

Por outro lado, as respostas das gestantes à entrevista parecem expressar, de forma geral, a existência de uma relação materno-fetal pautada por sentimentos e expectativas das gestantes quanto ao sexo do bebé e quanto às suas características físicas e psicológicas. Com efeito, as gestantes que participaram neste estudo mostraram conseguir atribuir características ao bebé, reconhecer alguns dos seus comportamentos e indicar as semelhanças do filho com os membros da família, em função da perceção dos movimentos fetais, dos registos das ecografias e do sexo do bebé. Além disso, quanto às características do *bebé imaginário*, percebeu-se que todas as futuras mães descreveram os seus filhos,

fisicamente e psicologicamente, a partir dos seus desejos e idealizações.

Em síntese, estes dados parecem reforçar a perspetiva de que a vinculação entre a mãe e o filho se inicia durante a gravidez, ainda que sob a forma de representação (Camarneiro & Justo, 2010; Condon, 1993; DiPietro, 2010; Muller, 1993), uma vez que é estabelecida uma relação imaginária da mãe com o bebé (Lebovici, 1988). Tal relação estabelece-se na fantasia materna, nas emoções e nos sentimentos que a mãe sente relativamente ao bebé que se está a desenvolver dentro de si (Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Contudo, tal como assinalam Piccinini *et al.* (2004), esta postura de imaginar, pensar e estar com o bebé antes do nascimento é *apenas uma das formas* de se avaliar a proximidade da gestante com o bebé. Sobre isto, importa notar que algumas gestantes podem, por razões várias, não conseguir expressar expectativas e representações claras sobre o seu filho; o que todavia *não indica que estas não estejam, de fato, a relacionar-se com ele de forma próxima*. Tal como assinala Mendes (2001), todos os aspetos ligados à gravidez e à maternidade são vivenciadas de forma complexa e única por cada mulher.

Este estudo sofreu de várias limitações, sendo possivelmente a mais óbvia delas o tamanho e, sobretudo, a (falta de) representatividade da amostra. Naturalmente que o âmbito do trabalho (uma dissertação de Mestrado), assim como o tempo limitado para a recolha e a própria natureza não-experimental e descritiva do estudo, não exigiram o mesmo tipo de dimensão e de representatividade que se exigiria noutras categorias. Seja como for, teria sido ideal poder pelo menos alargar a recolha de dados no tempo, aumentando desse modo a dimensão da amostra e a sua eventual representatividade, e

no espaço (geográfico), estendendo-a nomeadamente a outros centros hospitalares do interior do país, cuja realidade tende a ser menos estudada (e menos conhecida) do que a realidade das principais cidades e, de um modo geral, de todo o litoral. Também em condições ideais, teria sido desejável poder utilizar um método de amostragem que permitisse assegurar uma maior representatividade.

Uma outra limitação do estudo prende-se com a ausência de uma exploração mais detalhada dos dados relativos à relação da gestante com a sua própria mãe e com o pai do bebé. Com efeito, na perspetiva de Bowlby (1988), durante a gravidez, a mulher pode vivenciar um aumento das necessidades de apoio da sua própria mãe e do marido/companheiro, para partilha e validação da sua experiência. Nesse âmbito, teria sido relevante estender a abordagem, de uma forma mais detalhada, de modo a incluir tais relações, pois elas podem ter repercussões na vinculação materno-fetal.

De igual modo, as condições nas quais foi feita a abordagem inicial às gestantes acabou por constituir outra limitação. Mais especificamente, o facto de não existir nenhuma triagem relativamente às mulheres que iam ter uma consulta de Obstetrícia, uma consulta de Ginecologia, uma consulta de planeamento pré-natal ou uma consulta pós-parto, dificultou a seleção da amostra. Além disso, o facto de as grávidas se encontrarem, durante algum tempo, à espera de serem chamadas para a consulta resultou num certo desânimo ao longo da aplicação dos instrumentos; sendo que, no caso específico do desenho, algumas gestantes apresentaram algumas resistências em desenhar, verbalizando sentimentos de incapacidade e constrangimento e acelerando a sua realização.

De forma a aprofundar os resultados obtidos, por outro lado, seria interessante num estudo futuro tentar perceber se a representação criada pela mãe sobre o bebé, através da representação gráfica da gravidez, se correlaciona com as expectativas por ela verbalizadas na entrevista, quanto às características físicas e psicológicas do seu bebé; ou se, simetricamente, a representação gráfica do bebé é independente da resposta fornecida pela grávida quanto às expectativas que tem em relação ao filho.

Seria de igual modo interessante, e até pertinente, desenvolver este estudo no sentido de diferenciar os três trimestres de gestação, com a finalidade de explorar se os sentimentos, representações e expectativas da gestante relativamente ao filho variam em fases diferentes da gravidez; ou se, pelo contrário, coexistem na mente materna até ao fim da gestação. Ainda neste sentido, acreditamos que poderia ser feito um acompanhamento, a longo prazo, das participantes estudadas, abordando também o conceito de *bebé real*; isto é, explorar em que medida o bebé recém-nascido tem características do bebé imaginado na gestação.

Seria ainda pertinente, tal como se registou atrás, poder estender a recolha de dados a outros centros hospitalares do interior do país, cuja realidade tende a ser menos estudada (e menos conhecida) do que a realidade das grandes cidades do litoral, onde de resto se concentra a maioria da população do país. Seria aliás um desafio estimulante poder confrontar resultados obtidos no interior do país com resultados obtidos nas grandes cidades, procurando explorar e sistematizar eventuais diferenças que possam existir. Do mesmo modo que, embora as coisas possam não ter qualquer relação, poder confrontar (independentemente da região geográfica de

origem) diferentes meio socioculturais, procurando saber se tal hipotética variável condiciona (e de que forma) as expectativas e representações da grávida em relação ao seu filho ou filha.

Numa pequena nota de conclusão, poder-se-ia enfim dizer que o tipo de abordagem (qualitativa) utilizado, e em particular o recurso à análise de desenhos, caiu progressivamente em desuso na pesquisa científica em Psicologia, por diferentes razões (até de moda), não sendo praticamente mais utilizada nos dias de hoje, sobretudo com adultos — uma vez que ainda se recorre à análise do desenho infantil. No entanto, mais do que os resultados obtidos, este tipo de estudo parece conseguir revelar algumas informações e ideias que seriam difíceis de obter através de outro tipo de abordagem e que poderão, eventualmente, trazer algum contributo, ainda que pequeno, para o desenvolvimento do conhecimento acerca do conceito representativo de *bebé imaginário* e, de forma geral, servir de apoio para a formulação de pesquisas futuras sobre o tema. Podendo até servir nestas matérias como primeiro passo, como forma de investigação preliminar, em relação a outros tipos de abordagem.

## Bibliografia

Abasi, E., Tahmasebi, H., Zafari, M., & Gholamreza N. (2012). Assessment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Science Journal*, 9(1), 68-75.

Alhusen, J., Gross, D., Hayat, M., Rose, L., & Sharps, P. (2012). The role of mental health on maternal-fetal attachment in low-income women. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*, 41(6), Nov-Dec, 71-81.

Alvarenga, P., Dazzani, M., Alfaya, C., Lordelo, E., & Piccinini, C. (2012). Relações entre saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estudos de Psicologia*, 17(3), set-dez, 477-484.

American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6<sup>th</sup>. ed.). Washington, DC: APA.

Ammaniti, M. (1994). Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. In M. Ammaniti, & D. N. Stern (Eds.), *Psychoanalysis and Development – Representations and Narratives* (79-96). New York: New York University Press.

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.

Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40(4), 969-1025.

Ainsworth, M. (1976). Relações objectais, dependência e vinculação: uma análise teórica das relações da criança com a mãe. In L. Soczka (Eds.), *As Ligações Infantis* (155-224). Amadora: Bertrand.

Armstrong, D. S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nurse*, 33(6), Nov-Dec, 765-773.

Arnett, J. J. (2004). *Emerging Adulthood - The Winding Road from the Late Teens through the Twenties*. New York: Oxford University Press.

Baillie, C., Mason, G., & Hewison, J. (1997). Scanning for pleasure. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(11), 1223-1224.

Bandeira, D. R., Costa, A., & Arteche, A. (2008). Estudo de validade do DFH como medida de desenvolvimento cognitivo infantil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 332-337.

Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (317-346). Lisboa: Fim de Século.



Benedek, T. (1970). The Psychobiology of Pregnancy. In E. J. Anthony, & T. Benedek (Eds.), *Parenthood: Its Psychology and Psychopathology* (137-151). Boston: Little Brown and Company.

Bielawska-Batorowicz, E., & Siddiqui, A. (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(4), November, 373-384.

Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem na maternidade* (4.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Lusociência.

Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Bouchard, G. (2011). The role of psychosocial variables in prenatal attachment: an examination of moderational effects. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), July, 197-207.

Bouchard, G., Boudreau, J., & Hébert, R. (2006). Transition to parenthood and conjugal life: comparisons between planned and unplanned pregnancies. *Journal of Family Issues*, 27(11), October, 1512-1531.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39(5), Sep-Oct, 350-373.

Bowlby, J. (1976). A natureza da ligação da criança com a mãe. In L. Soczka (Eds.), *As Ligações Infantis* (105-153). Amadora: Bertrand.

Bowlby, J. (1984). *Apego*. Volume I da trilogia *Apego e Perda* (1.ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.

Brandon, A. R. (2007). Maternal and fetal representations, dimensions of personality, and prenatal attachment in women hospitalized with high risk pregnancy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(1), 253-259.

Brandon, A. R., Trivedi, M. H., Hynan, L. S., Miltenberger, P. D., Labat, D. B., Rifkin, J. B., & Stringer, C. A. (2008). Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), April, 635-643.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As Primeiras Relações*. São Paulo: Martins Fontes.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.

Brown, A. S., van Os, J., Driessens, C., Hoek, H. W., & Susser, E. S. (2000). Further evidence of relation between prenatal famine and major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 190-195.

Burroughs, A. (1995). *Uma Introdução à Enfermagem Materna* (6.<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Camarneiro, A. F. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação*. Tese de doutoramento. Lisboa: Faculdade de Psicologia.

Camarneiro, A. P., & Justo, J. (2010). Padrões de vinculação pré-natal. Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o segundo trimestre de gestação na região Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22.

Campos, D. S. (1969). *O Teste do Desenho como Instrumento de Diagnóstico da Personalidade: validade, técnica de aplicação e normas de interpretação*. Petrópolis: Editora Vozes.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (17-49). Coimbra: Quarteto.

Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (225-256). Lisboa: Fim de Século.

Canavarro, M. C., & Pereira, A. J. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência – perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (323-357). Coimbra: Quarteto.

Cannella, B. L. (2005). Maternal-fetal Attachment: An Integrative Review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), April, 60-68.

Carvalho, A. C., Leal, I., & Sá, E. (2004). Adolescência e gravidez - auto-estima e ansiedade em grávidas adolescentes. In E. Sá (Eds.), *A Maternidade e o Bebê* (45-68). Lisboa: Fim de Século.

Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (3-20). New York: The Guilford Press.

Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez – A Experiência Psicológica*. Lisboa: Colibri.

Colucciello, M. (1998). Pregnant adolescents' perceptions of their babies before and after realtime ultrasound. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 36(11), 12-19.

Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.

Condon, J. T., & C. Corkindale. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), December, 359-372.

Corman, L. (1961). *Le Test du Dessin de Famille*. Paris: PUF.

Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 3(16), 365-371.

Courvoisier, A. (1985). Échographie obstétricale et fantasmes. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 22(2-3), 103-106.

Damato, E. G. (2000). Maternal-fetal attachment in twin pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*, 29(6), Nov-Dec, 598-605.

Deutsch, H. (1969). *La Psychologie des Femmes: Étude Psychanalytique* (5<sup>e</sup>. éd.). Paris: PUF.

DiPietro, J. A. (2010). Psychological and Psychophysiological Considerations Regarding the Maternal-Fetal Relationship. *Infant and Child Development*, 19(1), 27-38.

Esteves, C. M., Sonogo, J. C., Vivian, A. G., Lopes, R. S., & Piccinini, C. A. (2013). A gestação do segundo filho: sentimentos e expectativas da mãe. *Psico*, 44(4), Out/Dez, 542-551.

Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebé imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305-313.

Ferreira, J., & Jorge, A. (2008). Para a compreensão da adultez emergente em Portugal. *Psychologica*, 48, 159-173.

Fessler, D. M. T. (2002). Reproductive immunosuppression and diet – an evolutionary perspective on pregnancy sickness and meat consumption. *Current Anthropology*, 43(1), February, 19-61.

Figueiredo, B. (2001). *Mães e Bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A, Conde, A., & Teixeira, C. (2007). Anxiété, depression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse. *Devenir*, 19(3), 243-260.

Flaxman, S. M., & Sherman, P. W. (2000). Morning sickness: a mechanism for protecting mother and embryo. *The Quarterly Review of Biology*, 75(2), June, 113-148.

Frank, L. K. (1948). *Projective Methods*. Springfield: Charles C. Thomas.

Fraser, C. (2006). A description of pregnant women's perceptions and abstract drawings of being pregnant. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21(1), 25-55.

Ganley, J. (2004). *Becoming a parent: the emotional journey through pregnancy and childbirth*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Gidep – Grupo de Pesquisa em Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia (1998). *Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia – UFRGS. Instrumento não-publicado.

Gil, M. J. (1998). Dar sem (se) perder. *Análise Psicológica*, 3(16), 393-404.

Golse, B. (2007). *O ser-bebé: as questões do bebé na teoria da vinculação, na psicanálise e na fenomenologia* (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi.

Gomes, A. G., & Piccinini, C. A. (2005). Impressões e sentimentos de gestantes em relação à ultra-sonografia obstétrica no contexto de normalidade fetal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 179-187.

Gomes, A. G., & Piccinini, C. A. (2006). A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal. *Estudos de Psicologia*, 22(4), 381-393.

Gomes-Pedro, J. C. (1985). *A relação mãe-filho: influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.

Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: Conceitos e Aplicações* (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi.

Hammer, E. F. (1980). *The Clinical Application of Projective Drawings* (6<sup>th</sup>. ed.). Springfield: Charles C. Thomas.

Harris, D. B. (1963). *El Test de Goodenough: revision, ampliacion y actualizacion* (2<sup>a</sup>. ed.). Barcelona: Paidós.

Hart, R., & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 9(6), November, 329-337.

Hutz, C. S., & Bandeira, D. R. (1995). Avaliação psicológica com o desenho da figura humana: técnica ou intuição. *Temas em Psicologia*, 3(3), 35-41.

Hutz, C. S., & Bandeira, D. R. (2000). Desenho da Figura Humana. In J. A. Cunha (Eds.), *Psicodiagnóstico-V* (507-512). Porto Alegre: Artes Médicas.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa: INE.

Justo, J. (1986). *Introdução ao estudo da organização defensiva na mulher grávida*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: FPCEUL.

Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 8(2), July, 371-376.

Justo, J., Bacelar-Nicolau, H., & Dias, O. (1999). Evolução psicológica ao longo da gravidez e puerpério: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(1), Jan/Jun, 115-129.

Kerlinger, F. N. (1980). *Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais: um tratamento conceitual*. São Paulo: EPU.

Kerlinger, F. N. (1992). *Foundations of Behavioral Research* (3<sup>rd</sup>. ed.). Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.

Knickmeyer, R. C., & Baron-Cohen, S. (2006). Fetal testosterone and sex differences. *Early Human Development*, 82, 755-760.



Lawson, K. L., & Turriff-Jonasson, S. I. (2006). Maternal serum screening and psychosocial attachment to pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), April, 371-378.

Laxton-Kane, M., & Slade, P. (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.

Leal, I. (1990). Nota de abertura. *Análise Psicológica*, 8(4), 365-366.

Leal, I. (1992). Psicologia da maternidade: alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 2(10), 229-234.

Leal, I. (1997). Transformações sócio-culturais da gravidez e da maternidade: correspondente transformação psicológica. In J. L. Pais-Ribeiro (Eds.), *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (201-214). Lisboa: ISPA.

Leal, I. (2005). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (9-19). Lisboa: Fim de Século.

Lebovici, S. (1987). *O Bebê, a Mãe e o Psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lebovici, S. (1988). Fantasmatic interaction and intergenerational transmission. *Infant Mental Health Journal*, 9(1), 10-19.

Lebovici, S. (1993). On intergenerational transmission: from filiation to affiliation. *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 260-272.

Lebovici, S. (1994). Les interactions fantasmatiques. *Revue de Médecine Psycho-somatique*, 37, 39-40.

Lebovici, S. (1995). Creativity and the infant's competence. *Infant Mental Health Journal*, 16(1), 10-15.

Lederman, R., & Weis K. (1996). *Psychosocial Adaptation to Pregnancy: Seven Dimensions of Maternal Role Development* (3<sup>rd</sup>. ed.). London: Springer.

Lorensen, M., Wilson, M. E., & White, M. A. (2004). Norwegian families: transition to parenthood. *Health Care for Women International*, 25(4), April, 334-348.

Lumley, J. M. (1980). The image of the fetus in the first trimester. *Birth and the Family Journal*, 7(1), 5-14.

Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5<sup>a</sup>. ed.). Pero Pinheiro: Rolo & Filhos II.

Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-fetal: contributo para o estudo de factores associados ao desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto.

Merg, D., & Bader, C. (2005). Le vécu parental de l'image échographique du fœtus. *Revue des Sciences Sociales*, 34, 52-61.

Moore, G. A., Cohn, J. F., & Campbell, S. B. (1997). Mothers' affective behavior with infant siblings: stability and change. *Developmental Psychology*, 33(5), September, 856-860.

Moreira, A., Mota, R., Ramalho, C., Matias, A., & Montenegro, N. (2010). Impacto da idade materna avançada nos resultados da gravidez. *Ata Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 4(3), 132-136.

Morse, J. M. (2012). The implications of interview type and structure in mixed-method designs. In J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti, & K. D. McKinney (Eds.), *The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft* (193-204). Thousand Oaks: SAGE.

Muller, M. E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199-215.

Muller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*, 25(2), February, 161-166.

OCDE (2011). *Doing Better for Families*. Paris: OCDE.

Oliveira, C., Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2005). Gravidez, parentalidade e mudança. Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In A. M. Pinto, & A. L. Silva (Coord.), *Stress e bem-estar: modelos e domínios de aplicação* (59-83). Lisboa: Climepsi.

Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2ª. ed.). Lisboa: Placebo.

Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The Archeology of Mind – Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York: W. W. Norton & Company.

Parquet, P. J., & Delcambre, G. (1980). Dessins de corps d'enfants imaginés pendant la grossesse. In D. Rapoport (Eds.), *Les Cahiers du Nouveau-né* 4 (201-219). Paris: Stock.

Pereira, A. (2008). *SPSS – Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia* (7ª. ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Perry, D. F., Ettinger, A. K., Mendelson, T., & Le, H-N. (2011). Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behavior and Development*, 34(2), April, 339-350.

Piccinini, C. A., Ferrari, A. G., Levandowski, D. C., Lopes, R. S., & Nardi, T. C. (2003). O bebé imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes adolescentes e adultas. *Interações*, 8(16), Jul/Dez, 81-108.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebé. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 20(3), Set/Dez, 223-232.

Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes, A. G., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebé durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 373-382.

Pichot, P. (1977). *Os Testes Mentais* (4.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Piontelli, A. (1995). *De feto a criança – um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.

Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da Investigação Psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.

Polit, D., & Hungler, B. (1994). *Investigación Científica en Ciencias de la salud*. México: Nueva Editorial Interamericana.

Profet, M. (1992). Pregnancy sickness as adaptation: a deterrent to maternal ingestion of teratogens. In J. H. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (Eds.), *The Adapted Mind – Evolutionary Psychology and the Generation of Culture* (327-364). New York: Oxford University Press.

Profet, M. (1995). *Pregnancy Sickness – using your body's natural defenses to protect your baby-to-be*. Canada: Addison-Wesley Publishing Company.

Raphael-Leff, J. (1993). *Pregnancy – The Inside Story*. London: Karnac.

Ravelli, A. C., van der Meulen, J. H., Michels, R. P., Osmond, C., Barker, D. J., Hales, C. N., & Bleker, O. P. (1998). Glucose tolerance in adults after prenatal exposure to famine. *The Lancet*, *351*, 173-177.

Ravelli, A. C., van der Meulen, J. H., Osmond, C., Barker, D. J., & Bleker, O. P. (1999). Obesity at the age of 50 y in men and women exposed to famine prenatally. *American Journal of Clinical Nutrition*, *70*(5), 811-816.

Relvas, A. P., & Lourenço, M. C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistémica. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (105-132). Coimbra: Quarteto.

Rodrigues, A. R., Pérez-López, J., & Nuez, A. G. B. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres e padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, *20*(1), Junio, 95-102.

Roseboom, T. J., Rooij, S., & Painter, R. (2006). The Dutch famine and its long-term consequences for adult health. *Early Human Development*, *82*, 485-491.

Roseboom, T. J., van der Meulen, J. H., Ravelli, A. C., Osmond, C., Barker, D. J., & Bleker, O. P. (2001). Effects of prenatal exposure to the Dutch famine on adult disease in later life: an overview. *Molecular and Cellular Endocrinology*, *185*, 93-98.

Rossano, M. J. (2003). *Evolutionary Psychology – The Science of Human Behavior and Evolution*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Rubin, R. (1976). Maternal Tasks in Pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 1(5), 367-376.

Sá, E. (2000). *Psicologia dos Pais e do Brincar* (3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Fim de Século.

Sá, E. (2003). *Psicologia do Feto e do Bebê* (3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Fim de Século.

Sá, E. (2004). Aspectos psicológicos da esterilidade e da infertilidade. In E. Sá (Eds.), *A Maternidade e o Bebê* (35-43). Lisboa: Fim de Século.

Sá, E., & Biscaia, J. (2004). A gravidez no pensamento das mães – contributo para a avaliação da gravidez através do desenho. In E. Sá (Eds.), *A Maternidade e o Bebê* (13-21). Lisboa: Fim de Século.

Sá, E., & Dias, M. C. (2004). A vida emocional do feto. In E. Sá (Eds.), *A Maternidade e o Bebê* (97-112). Lisboa: Fim de Século.

Saastad, E., Israel, P., Ahlborg, T., Gunnes, N., & Froen, F. (2011). Fetal movement counting – effects on maternal-fetal attachment: a multicenter randomized controlled trial. *Birth*, 38(4), December, 282-293.

Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L., & Lester, B. (2003). Maternal-fetal attachment. *Journal of American Medical Association*, 289(13), April, 1701.

Seymer, L., Sjogren, B., Welles-Nystrom B., & Nissen, E. (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 12(5), October, 269-279.

Siddiqui, A., Hagglof, B., & Eisemann M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1), 67-74.

Siddiqui, A., Hagglof, B., & Eisemann M. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(4), 369-380.

Silva, M. T. (2009). Ecografia do psiquismo: do não desejo da gravidez até ao nascimento – um caso clínico em acompanhamento durante a gestação. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 41, 81-92.

Sioda, T. (1984). Psychological effects of cardiotocographic and ultrasonographic examinations in pregnancy and labour on the mother. *Ginekologia Polska*, 55(9), 653-660.

Soares, I. (2001). Vinculação e cuidados maternos – segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (75-104). Coimbra: Quarteto.



Soifer, R. (1992). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério* (6.<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T. B. Brazelton (Eds.), *A Dinâmica do Bebê* (132-170). Porto Alegre: Artes Médicas.

Spinner, M. R. (1978). Maternal-Infant Bonding. *Canadian Family Physician*, 24, November, 1151-1153.

Stainton, M. C. (1985). The fetus: a growing member of the family. *Family Relations*, 34(3), 321-326.

Stern, D. (1997). *A Constelação da Maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebés*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Stern, D. & Bruschiweiller-Stern, N. (2005). *Nascimento de uma Mãe: A Experiência da Maternidade* (2.<sup>a</sup> ed.). Porto: Ambar.

Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1989). *Health Measurement Scales – a practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press.

Swan-Foster, N., Foster, S., & Dorsey, A. (2003). The use of the human figure drawing with pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(4), 293-307.

Tarin, J., Brines, J., & Cano, A. (1998). Long-term effects of delayed parenthood. *Human Reproduction*, 13(9), 2371-2376.

Tobin, P. Z. (1998). *Motherhood Optional – A Psychological Journey*. London: Jason Aronson.

Tolor, A., & Digrazia, P. V. (1977). The body image of pregnant women as reflected in their human figure drawings, *Journal of Clinical Psychology*, 33(2), 566-571.

van Kolck O. L. (1984). *Testes Projetivos Gráficos no Diagnóstico Psicológico*. São Paulo: EPU.

Vedova, A. M. D., Dabrassi, F., & Imbasciati, A. (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), May, 86-98.

Vivian, A. G., Lopes, R. S., Geara, G. B., & Piccinini, C. A. (2012). Eu fico comparando: expectativas maternal quanto ao segundo filho na gestação. *Estudos de Psicologia*, 30(1), Jan/Mar, 75-87.

Walsh, J. (2010). Definitions matter: if maternal-fetal relationships are not attachment, what are they?. *Archives Women's Mental Health*, 13(5), October, 449-451.

White, O., McCorry, N. K., Scott-Heyes, G., Dempster, M., & Manderson, J. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalized with pregnancy complications. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), May, 74-85.

Wilson, M. E., White, M. A., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., & Popovich, D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), January, 204-210.

Winnicott, D. W. (1956). A Preocupação Materna Primária. In D. W. Winnicott (Eds.), *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.

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

Zlotogorski, Z., Tadmor, O., Duniec, E., Rabinowitz, R., & Diamant, Y. (1995). Anxiety levels of pregnant women during ultrasound examination: coping styles, amount of feedback and learned resourcefulness. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 6(6), 425-429.



# Anexos



## Anexo 1. Resultados descritivos da caracterização da amostra

### 1.1. Variáveis sociodemográficas

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
18	1	2.0
19	1	2.0
20	1	2.0
21	1	2.0
22	2	4.0
23	3	6.0
24	3	6.0
25	3	6.0
26	1	2.0
27	1	2.0
28	2	4.0
29	3	6.0
30	2	4.0
31	4	8.0
32	2	4.0
33	2	4.0
34	5	10.0
35	3	6.0
36	4	8.0
37	2	4.0
38	1	2.0
39	1	2.0
40	2	4.0
Total	50	100.0

<b>Nacionalidade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Portuguesa	48	96.0
Brasileira	1	2.0
Francesa	1	2.0
Total	50	100.0

<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Casada	32	64.0
União de Facto	18	36.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

<b>Habilitações académicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1º Ciclo	1	2.0
2º Ciclo	2	4.0
3º Ciclo	4	8.0
Secundário	20	40.0
Licenciatura	20	40.0
Pós-Graduação	2	4.0
Mestrado	1	2.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

<b>Profissão segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2010)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Grupo 2. Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	5	10.0
Grupo 3. Técnicos e Profissões de Nível Intermédio	6	12.0
Grupo 4. Pessoal Administrativo	9	18.0
Grupo 5. Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	10	20.0
Grupo 7. Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	5	10.0
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>70.0</b>
Desempregada	15	30.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

<b>Tempo a exercer a profissão</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
.2 (meses)	1	2.0
1.00 (ano)	1	2.0
1.50	1	2.0
2.00	1	2.0
3.00	2	4.0
4.00	1	2.0
5.00	3	6.0
6.00	1	2.0
7.00	4	8.0
8.00	2	4.0
9.00	2	4.0
10.00	7	14.0
11.00	3	6.0
12.00	3	6.0
13.00	1	2.0
15.00	1	2.0
19.00	1	2.0
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>70.0</b>

<b>Estatuto ocupacional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Efetivo	25	50.0
Contrato de trabalho	8	16.0
Conta própria	2	4.0
Desempregada	15	30.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

<b>Tempo desempregada</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
.2 (meses)	2	4.0
.4	1	2.0
.5	1	2.0
.7	1	2.0
.9	1	2.0
1.00 (ano)	4	8.0
1.50	2	4.0
2.00	2	4.0
5.00	1	2.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>30.0</b>

<b>Presença de apoio conjugal e familiar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	50	100.0
Não	0	.00
Total	50	100.0

<b>Desejo de ter mais filhos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	21	42.0
Não	22	44.0
Não pensa nisso	7	14.0
Total	50	100.0

<b>Caracterização do Meio</b>		
<b>Zona</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Urbana	28	56.0
Semi-urbana	22	44.0
Total	50	100.0
<b>Tipo de povoamento</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Aglomerado	47	94.0
Isolado	2	4.0
Disperso	1	2.0
Total	50	100.0

<b>Caracterização da Habitação</b>		
<b>Tipo de habitação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Vivenda	28	56.0
Apartamento	21	42.0
Alojamento Coletivo	1	2.0
Total	50	100.0
<b>Regime de ocupação da habitação</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Própria	26	52.0
Própria (prestação bancária)	8	16.0
Arrendada	15	30.0
Cedida	1	2.0
Total	50	100.0
<b>Condições de conservação</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Excelentes	21	42.0
Boas	25	50.0
Razoáveis	4	8.0
Total	50	100.0



<b>Condições de habitabilidade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Excelentes	21	42.0
Boas	27	54.0
Razoáveis	2	4.0
Total	50	100.0

<b>Condições de higiene</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Excelentes	23	46.0
Boas	25	50.0
Razoáveis	2	4.0
Total	50	100.0

## 1.2. Variáveis relacionadas com a história obstétrica

<b>Número de gravidezes anteriores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
.00	24	48.0
1.00	17	34.0
2.00	6	12.0
3.00	3	6.0
Total	50	100.0

<b>Número de filhos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
.00	28	56.0
1.00	17	34.0
2.00	5	10.0
Total	50	100.0

<b>Número de IVG (interrupções voluntárias da gravidez)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
.00	49	98.0
1.00	1	2.0
Total	50	100.0

<b>Número de IEG (interrupções espontâneas da gravidez)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
.00	43	86.0
1.00	4	8.0
2.00	3	6.0
Total	50	100.0

<b>Número de ICG (interrupções cirúrgicas da gravidez por sugestão médica)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
.00	50	100.0
Total	50	100.0

### 1.3. Variáveis relativas à história da gravidez

Número de semanas de gestação	N	%
5.00	3	6.0
6.00	1	2.0
7.00	1	2.0
8.00	2	4.0
11.00	1	2.0
12.00	2	4.0
13.00	3	6.0
15.00	1	2.0
18.00	2	4.0
21.00	1	2.0
22.00	3	6.0
24.00	1	2.0
25.00	2	4.0
27.00	1	2.0
29.00	1	2.0
31.00	1	2.0
32.00	2	4.0
33.00	1	2.0
34.00	1	2.0
35.00	3	6.0
36.00	2	4.0
37.00	7	14.0
38.00	4	8.0
39.00	3	6.0
40.00	1	2.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

Número de ecografias realizadas	N	%
.00	7	14.0
1.00	9	18.0
2.00	8	16.0
3.00	13	26.0
4.00	3	6.0
5.00	5	10.0
6.00	3	6.0
7.00	2	4.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

<b>Número de consultas médicas realizadas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1.00	6	12.0
2.00	5	10.0
3.00	4	8.0
4.00	9	18.0
5.00	3	6.0
6.00	7	14.0
7.00	4	8.0
8.00	2	4.0
9.00	2	4.0
10.00	5	10.0
11.00	1	2.0
12.00	1	2.0
15.00	1	2.0
Total	50	100.0

<b>Número de semanas de gestação na primeira consulta</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
3.00	2	4.0
4.00	2	4.0
5.00	8	16.0
6.00	7	14.0
7.00	6	12.0
8.00	8	16.0
9.00	4	8.0
10.00	3	6.0
11.00	2	4.0
12.00	5	10.0
13.00	2	4.0
22.00	1	2.0
Total	50	100.0

<b>Número de semanas de gestação no início da percepção dos movimentos fetais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
15.00	2	4.0
16.00	5	10.0
17.00	2	4.0
18.00	5	10.0
20.00	12	24.0
21.00	4	8.0
22.00	3	6.0
23.00	1	2.0
24.00	2	4.0
30.00	1	2.0
Total	37	74.0
Gestantes que ainda não sentiram os movimentos fetais	13	26.0
Total	50	100.0

<b>Gravidez planeada</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	40	80.0
Não	10	20.0
Total	50	100.0

<b>Existência de fatores de risco e acontecimentos traumáticos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	12	24.0
Não	38	76.0
Total	50	100.0

<b>Conhecimento do sexo do bebé</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	32	64.0
Não	18	36.0
Total	50	100.0

<b>Se sim qual?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	10	20.0
Masculino	22	44.0
Não sabe	18	36.0
Total	50	100.0

<b>Preferência acerca do sexo do bebé</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	26	52.0
Não	24	48.0
Total	50	100.0

<b>Se sim qual?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	15	30.0
Masculino	11	22.0
Não tem preferência	24	48.0
Total	50	100.0

<b>Escolha do nome do bebé</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	32	64.0
Não	18	36.0
Total	50	100.0

<b>Participação em aulas de preparação para o parto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	7	14.0
Não	43	86.0
Total	50	100.0

	<b>N</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Idade	50	18.00	40.00	29.9600	5.91076
Tempo a exercer a profissão	35	.2 (meses)	19.00 (anos)	8.1057	4.16109
Tempo desempregada	15	.2 (meses)	5.00 (anos)	1.2600	1.17947
Número de gravidezes anteriores	50	.00	3.00	.7600	.89351
Número de filhos	50	.00	2.00	.5400	.67643
Número de semanas de gestação	50	5.00	40.00	25.8600	11.92837
Número de ecografias realizadas	50	.00	7.00	2.6600	1.93370
Número de consultas médicas realizadas	50	1.00	15.00	5.4200	3.32025
Número de semanas de gestação na primeira consulta	50	3.00	22.00	7.9600	3.34396
Número de semanas de gestação no início da percepção dos movimentos fetais	37	15.00	30.00	19.5946	2.97638

## Anexo 2. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Código da Participante: \_\_\_\_\_

Data de aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. Variáveis sociodemográficas:

1.1. Nome: \_\_\_\_\_

1.2. Idade: \_\_\_\_\_

1.3. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.4. Naturalidade: \_\_\_\_\_

1.5. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

- 1.6. Estado civil:  Solteira  Casada  
 Viúva  União de Facto  
 Divorciada  Separada  
 Recasada

- 1.7. Habilitações Académicas:  1º Ciclo  Secundário  Mestrado  
 2º Ciclo  Licenciatura  Doutoramento  
 3º Ciclo  Pós-Graduação

1.8. Último ano escolar concluído:

--

1.9. Profissão: \_\_\_\_\_

1.10. Profissão segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (2010):

0. Profissões das Forças Armadas	
1. Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos	
2. Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	
3. Técnicos e Profissões de Nível Intermédio	
4. Pessoal Administrativo	
5. Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	

6. Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta	
7. Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	
8. Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	
9. Trabalhadores Não Qualificados	

1.11. Situação Profissional:

--

1.12. Família(s) de Origem:

--

1.13. Caracterização do meio:

<b>Zona</b>	Rural	Urbana	Semi-Urbana
<b>Tipo de Povoamento</b>	Aglomerado	Isolado	Disperso

1.14. Caracterização da Habitação:

<b>Tipo de Habitação</b>	Vivenda	Apartamento	Quarto	Alojamento Coletivo	Barraca
<b>Regime de Ocupação da Habitação</b>	Própria	Própria (Prestação Bancária)	Arrendada	Cedida	Ocupada
<b>Condições de Conservação</b>	Excelentes	Boas	Razoáveis	Más	Péssimas

<b>Condições de Habitabilidade</b>	Excelentes	Boas	Razoáveis	Más	Péssimas
<b>Condições de Higiene</b>	Excelentes	Boas	Razoáveis	Más	Péssimas

2. Variáveis relacionadas com a história obstétrica:

- 2.1. Data da primeira consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 2.2. Número de gravidezes anteriores: \_\_\_\_\_
- 2.3. Número de filhos: \_\_\_\_\_
- 2.4. Número de IVG (interrupções voluntárias de gravidez): \_\_\_\_\_
- 2.5. Número de IEG (interrupções espontâneas de gravidez): \_\_\_\_\_
- 2.6. Número de ICG (interrupções cirúrgicas de gravidez por sugestão médica): \_\_\_\_\_

3. Variáveis relativas à história da gravidez:

- 3.1. Número de semanas de gestação: \_\_\_\_\_
- 3.2. Número de ecografias realizadas: \_\_\_\_\_
- 3.3. Número de consultas médicas realizadas: \_\_\_\_\_
- 3.4. Número de semanas de gestação na primeira consulta: \_\_\_\_\_
- 3.5. Número de semanas de gestação no início da percepção dos movimentos fetais: \_\_\_\_\_
- 3.6. Gravidez planeada: Sim  Não
- 3.7. Existência de fatores de risco e acontecimentos traumáticos: Sim  Não
- 3.8. Conhecimento do sexo do bebé: Sim  Não  Se sim qual? \_\_\_\_\_
- 3.9. Preferência acerca do sexo do bebé: Sim  Não  Se sim qual? \_\_\_\_\_
- 3.10. Escolha do nome do bebé: Sim  Não
- 3.11. Frequenta aulas de preparação para o parto: Sim  Não

Muito obrigada pela sua colaboração!  
Carolina da Cruz Gonçalves



### Anexo 3. Características psicométricas da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna

Tabela 1. Consistência interna da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (Camarneiro & Justo, 2010)

Nº	Item	M±DP	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se o item for eliminado
01	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho pensado no bebê que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele...	4.0±0.9	.37	.70
02	<u>Nas duas últimas</u> semanas, ao falar ou ao pensar no bebê que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram...	4.3±0.7	.56	.69
03	<u>Nas duas últimas</u> semanas, os meus sentimentos para com o bebê que tenho dentro de mim têm sido...	4.5±0.7	.25	.71
04	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebê em desenvolvimento. Este desejo é...	4.2±0.7	.09	.73
05	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebê em desenvolvimento no meu útero...	3.8±1.0	.43	.70
06	<u>Nas duas últimas</u> semanas, eu penso no bebê em desenvolvimento, principalmente como...	4.6±0.9	.41	.70
07	<u>Nas duas últimas</u> semanas, senti que o bebê que está dentro do meu útero, depende de mim para o seu bem-estar...	4.9±0.3	.20	.72
08	<u>Nas duas últimas</u> semanas, dei por mim a falar para o meu bebê quando estou sozinha...	2.9±1.2	.49	.69
09	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no bebê que tenho dentro de mim ou falo para ele, os meus pensamentos...	4.8±0.4	.24	.72
10	A <u>imagem</u> que eu tenho da aparência do bebê dentro do meu útero, neste momento é...	3.2±1.2	.53	.68
11	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no bebê que trago no meu ventre, os meus sentimentos são...	4.8±0.4	.34	.71
12	<u>Algumas mulheres grávidas</u> , às vezes, ficam tão irritadas com o bebê que trazem no seu ventre que sentem como se tivessem vontade de magoá-lo ou castigá-lo...	4.7±0.8	-.09	.75
13	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho-me sentido...	4.5±0.5	.50	.70
14	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tive cuidado com aquilo que comi para me certificar que o bebê recebe uma boa dieta...	4.1±0.9	.22	.72
15	Quando vir o meu bebê pela <u>primeira vez</u> depois de nascer, espero sentir...	4.9±0.2	-.05	.73
16	<u>Quando o meu bebê</u> nascer, eu gostaria de pegar nele...	4.9±0.2	.14	.72
17	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebê...	2.9±1.5	.52	.68
18	<u>Nas duas últimas</u> semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a mão a minha barriga no sítio onde o bebê se encontra...	4.9±0.4	.26	.72
19	<u>Se a gravidez</u> se perdesse neste momento (espontaneamente ou devido a qualquer acidente) sem disso resultar dor ou lesão para mim, penso que iria sentir-me...	4.9±0.3	.08	.72
<b>α global</b>			<b>.72</b>	

**Tabela 2. Consistência interna da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna depois de retirados os itens 4, 12, 15, 16 e 19**

Nº	Item	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se o item for eliminado
01	Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebé que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele...	.45	.74
02	Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram...	.51	.74
03	Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido...	.26	.76
05	Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebé em desenvolvimento no meu útero...	.48	.74
06	Nas duas últimas semanas, eu penso no bebé em desenvolvimento, principalmente como...	.42	.75
07	Nas duas últimas semanas, senti que o bebé que está dentro do meu útero, depende de mim para o seu bem-estar...	.20	.77
08	Nas duas últimas semanas, dei por mim a falar para o meu bebé quando estou sozinha...	.49	.74
09	Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que tenho dentro de mim ou falo para ele, os meus pensamentos...	.24	.76
10	A <u>imagem</u> que eu tenho da aparência do bebé dentro do meu útero, neste momento é...	.51	.73
11	Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que trago no meu ventre, os meus sentimentos são...	.34	.76
13	Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido...	.50	.75
14	Nas duas últimas semanas, tive cuidado com aquilo que comi para me certificar que o bebé recebe uma boa dieta...	.20	.77
17	Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebé...	.58	.73
18	Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a mão a minha barriga no sítio onde o bebé se encontra...	.26	.76
<b><math>\alpha</math> global</b>		<b>.76</b>	

**Tabela 3. Análise Fatorial da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna – Saturações dos itens nos dois fatores da EVPNM**

Item nº	Fatores	
	Fator 1	Fator 2
01	.492	.322
02	.549	.323
03		.649
05	.700	
06	.748	
08	.620	
09		.571
10	.546	
11		.561
13		.739
14		.496
17	.669	
18	.459	
<b>Variância explicada (%)</b>	21.9	16.6
	= 38.4	

**Tabela 4. Consistência interna das dimensões da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna**

Nº	Item	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se o item for eliminado
<b>Intensidade da Preocupação Materna ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação (IPM)</b>			
01	Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebé que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele...	.45	.74
02	Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram...	.49	.74
05	Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebé em desenvolvimento no meu útero...	.54	.72
06	Nas duas últimas semanas, eu penso no bebé em desenvolvimento, principalmente como...	.50	.73
08	Nas duas últimas semanas, dei por mim a falar para o meu bebé quando estou sozinha...	.50	.73
10	A <u>imagem</u> que eu tenho da aparência do bebé dentro do meu útero, neste momento é...	.44	.74
17	Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebé...	.59	.71
18	Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a mão a minha barriga no sítio onde o bebé se encontra...	.27	.77
<b>α global</b>		<b>.76</b>	
<b>Qualidade da Vinculação Materna (QVM)</b>			
03	Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido...	.34	.51
09	Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que tenho dentro de mim ou falo para ele, os meus pensamentos...	.40	.49
11	Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que trago no meu ventre, os meus sentimentos são...	.41	.50
13	Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido...	.48	.44
14	Nas duas últimas semanas, tive cuidado com aquilo que comi para me certificar que o bebé recebe uma boa dieta...	.22	.64
<b>α global</b>		<b>.57</b>	















## **Anexo 5. Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante**

(adaptada de Gidep, 1998)

### **1. Inicialmente, gostava que me falasse sobre a sua gravidez, desde o momento que soube que estava grávida até agora...**

- Como se sentiu ao receber a notícia da gravidez?
- Tem alguma preocupação especial em relação à gravidez ou ao bebé?
- Como se sente em relação ao parto?
- Já fez alguma ecografia? Se sim, como se sentiu ao ver o bebé? O que viu?

### **2. Agora gostava que me falasse um pouco sobre o seu bebé...**

- Já sabe se é menino ou menina? Se sim, como se sentiu quando soube o sexo do bebé?
- Já sentiu o bebé a mexer-se? Se sim, como foi quando o sentiu pela primeira vez?

### **3. Agora gostava de fazer um pequeno jogo de imaginação consigo. Gostava que imaginasse como vai ser o seu bebé em duas coisas:**

- Aspeto físico/aparência - Que características físicas imagina que o bebé vai ter? (cor do cabelo, dos olhos...)
- E quanto ao feitio? - Como imagina que vai ser a maneira de ser do bebé? Porquê?
- Com quem acha que o bebé vai ser parecido? Porquê?

### **4. Quero colocar-lhe uma última questão...**

- Já começou a fazer/preparar o enxoval para o bebé?

### **5. Quer acrescentar alguma coisa?**

Muito Obrigada!

Carolina da Cruz Gonçalves

## Anexo 6. Consentimento livre e informado



**IMPRESSO**

**Consentimento Livre e Informado**

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 1

Revisão: 0

(Nome), Carolina da Cruz Gonçalves

(Instituição), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Representações, Expectativas e Sentimentos da Gestante relativamente ao filho” vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: Estudar os sentimentos, as representações, e as expectativas da gestante relativamente ao filho.

Critérios de inclusão: Mulheres grávidas em regime de consulta no Centro Hospitalar Cova da Beira; e gravidez sem complicações médicas relevantes.

Critérios de exclusão: Existência manifesta de perturbações de natureza psiquiátrica; e ausência de competências literárias.

Procedimentos necessários: Aplicação de um breve Questionário Sociodemográfico e Clínico; aplicação da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna; aplicação do Teste do Desenho da Gravidez; e aplicação de uma breve Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante.

Risco / Benefício da sua participação: Não é previsível a existência de qualquer risco; como benefício poderá apontar-se o melhor conhecimento psicológico da mulher.

Duração da participação no estudo: 15 a 30 minutos.

Nº aproximado de participantes: 50 Gestantes.

Contato para esclarecimento de dúvidas: 9\*\*\*\*\*.

Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* Entregou esta informação;
- \* Explicou o propósito deste trabalho;
- \* Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

\_\_\_\_\_  
Nome do Aluno / Investigador (Legível)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno / Investigador

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- \* Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- \* Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- \* O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante (Legível)

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante ou Representante Legal)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

## Anexo 7. Resultados – Escala de Vinculação Pré-Natal Materna

Gestante	IPM	QVM	EVPNM - Total	Quadrante	Padrão de Vinculação
1	33.00	20.00	58.00	1	Vinculação forte ou saudável
2	30.00	22.00	57.00	4	Ansioso, ambivalente ou preocupação afetiva
3	32.00	23.00	60.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
4	30.00	22.00	57.00	1	Vinculação forte ou saudável
5	30.00	22.00	57.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
6	18.00	22.00	45.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
7	32.00	23.00	60.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
8	28.00	19.00	52.00	1	Vinculação forte ou saudável
9	31.00	25.00	61.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
10	28.00	22.00	55.00	1	Vinculação forte ou saudável
11	32.00	24.00	61.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
12	34.00	23.00	62.00	1	Vinculação forte ou saudável
13	37.00	25.00	67.00	1	Vinculação forte ou saudável
14	38.00	24.00	67.00	1	Vinculação forte ou saudável
15	23.00	23.00	50.00	1	Vinculação forte ou saudável
16	19.00	22.00	46.00	2	Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência
17	37.00	21.00	63.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
18	36.00	25.00	66.00	4	Ansioso, ambivalente ou preocupação afetiva
19	33.00	21.00	59.00	1	Vinculação forte ou saudável
20	31.00	23.00	58.00	4	Ansioso, ambivalente ou preocupação afetiva
21	38.00	25.00	68.00	1	Vinculação forte ou saudável
22	26.00	24.00	55.00	1	Vinculação forte ou saudável

Gestante	IPM	QVM	EVPNM - Total	Quadrante	Padrão de Vinculação
23	34.00	24.00	63.00	2	Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência
24	27.00	19.00	51.00	1	Vinculação forte ou saudável
25	34.00	22.00	61.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
26	34.00	25.00	64.00	4	Ansioso, ambivalente ou preocupação afetiva
27	25.00	23.00	52.00	1	Vinculação forte ou saudável
28	36.00	24.00	65.00	2	Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência
29	34.00	25.00	64.00	1	Vinculação forte ou saudável
30	33.00	21.00	58.00	1	Vinculação forte ou saudável
31	25.00	20.00	50.00	4	Ansioso, ambivalente ou preocupação afetiva
32	29.00	19.00	53.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
33	30.00	24.00	59.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
34	33.00	23.00	61.00	2	Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência
35	25.00	19.00	49.00	1	Vinculação forte ou saudável
36	26.00	21.00	52.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
37	30.00	20.00	54.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
38	25.00	22.00	52.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
39	31.00	24.00	60.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
40	32.00	24.00	61.00	1	Vinculação forte ou saudável
41	29.00	23.00	57.00	1	Vinculação forte ou saudável
42	34.00	24.00	63.00	2	Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência
43	23.00	25.00	53.00	1	Vinculação forte ou saudável

Gestante	IPM	QVM	EVPNM - Total	Quadrante	Padrão de Vinculação
44	29.00	22.00	56.00	2	Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência
45	38.00	24.00	67.00	3	Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação
46	40.00	25.00	70.00	1	Vinculação forte ou saudável
47	34.00	22.00	61.00	1	Vinculação forte ou saudável
48	29.00	25.00	59.00	4	Ansioso, ambivalente ou preocupação afetiva
49	22.00	24.00	51.00	2	Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência
50	33.00	20.00	58.00	2	Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência







**Aspetos Específicos do Desenho (Campos, 1969; van Kolck, 1981)**

Código da Participante		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total		
<b>Ordem das Figuras Desenhadas</b>	1º Mãe 2º Bebê	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	24		
	1º Bebê 2º Mãe										X																1		
<b>Imagem Materna</b>	Presença da Grávida	Sim	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	
		Não																										0	
	Posição da Grávida	De Frente		X	X		X		X	X	X				X				X	X		X			X	X	X	13	
		De Perfil	X			X		X				X	X	X		X	X	X			X		X	X				12	
		De Costas																										0	
		De Pé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25
		Sentada ou Agachada																										0	
		Deitada																										0	
	Índices Anatômicos	Cabeça	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	24
		Tronco	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25
		Membros Superiores	X	X	X		X	X	X	X	X		X		X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	20	
		Mãos	X	X	X		X	X	X				X			X	X	X		X	X	X		X	X		X	16	
		Membros Inferiores	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	23
		Pés	X	X	X		X		X					X		X	X	X		X	X	X			X	X	X	15	



Código da Participante		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
Bebé com Forma Humana	Sim	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			X	N/A	N/A	N/A	X	X	X	X	7
	Não	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	X		N/A	N/A	N/A					3
Posição do Bebé	Posição Pélvica	N/A	N/A	N/A		N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A				X	3
	Posição Transversal	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A		X	X		2
	Posição Cefálica	N/A	N/A	N/A	X	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	X				2
Índices Anatômicos	Cabeça	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	X	X	X	X	7
	Tronco	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	X	X	X	X	7
	Membros Superiores	N/A	N/A	N/A	X	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	X	X	X	X	6
	Mãos	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A		X			2
	Membros Inferiores	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	X	X	X	X	7
	Pés	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A		X			2
Bebé com Cabelo	Sim	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A			X		2
	Não	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	X	X		X	5
Presença do Sexo do Bebé	Sim	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A					0
	Não	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	X	X	X	X	7

Código da Participante		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
	Bebé com Feições	Olhos	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	2	
		Nariz	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	0
		Boca	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	2
	Bebé com Expressão Facial	Feliz	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	1
		Vazia	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	1
		Triste	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	0
Presença de Outras Figuras no Desenho	Marido/ Companheiro						X		X																		2	
	Filho(a)(s)						X	X																			2	
Tratamento Diferencial das Figuras Desenhadas	Sim	N/A	N/A	N/A		N/A			N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				N/A	N/A	N/A		X		X	2	
	Não	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	X	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	X	X	N/A	N/A	N/A	X		X		9	

**Legenda:**

X - Presença

N/A - Não Aplicável







**Aspetos Específicos do Desenho (Campos, 1969; van Kolck, 1981)**

Código da Participante		26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	Total	
<b>Ordem das Figuras Desenhadas</b>	1º Mãe 2º Bebê	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	
	1º Bebê 2º Mãe																										0	
<b>Imagem Materna</b>	Presença da Grávida	Sim	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	
		Não																										0
	Posição da Grávida	De Frente		X		X				X	X	X	X					X		X	X					X		10
		De Perfil	X		X		X	X	X					X	X	X	X		X			X	X	X	X		X	15
		De Costas																										0
		De Pé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25
		Sentada ou Agachada																										0
		Deitada																										0
	Índices Anatômicos	Cabeça	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X		X	19
		Tronco	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25
		Membros Superiores		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X		X	20
		Mãos		X	X	X		X			X	X	X	X	X	X	X		X		X	X			X		X	16
		Membros Inferiores		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X		X	20
		Pés			X			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X			X			16



Código da Participante		26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	Total		
	Bebé com Forma Humana	Sim		N/A	X		X	X	N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A		X			N/A			6	
		Não	X	N/A		X			N/A	N/A	N/A				N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	N/A	X		X	X	N/A	X	X	9
	Posição do Bebé	Posição Pélvica		N/A	X					N/A	N/A	N/A		X	N/A	N/A	N/A		N/A		N/A					N/A			2
		Posição Transversal		N/A						N/A	N/A	N/A	X		N/A	N/A	N/A		N/A		N/A						N/A		1
		Posição Cefálica		N/A			X	X		N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A		N/A		N/A		X			N/A			3
	Índices Anatómicos	Cabeça	N/A	N/A	X	N/A	X	X		N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	6
		Tronco	N/A	N/A	X	N/A	X	X		N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	6
		Membros Superiores	N/A	N/A		N/A	X	X		N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	5
		Mãos	N/A	N/A		N/A	X			N/A	N/A	N/A	X		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3
		Membros Inferiores	N/A	N/A		N/A	X	X		N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	5
		Pés	N/A	N/A		N/A	X			N/A	N/A	N/A	X		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3
	Bebé com Cabelo	Sim	N/A	N/A		N/A				N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0
		Não	N/A	N/A	X	N/A	X	X		N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	6
	Presença do Sexo do Bebé	Sim	N/A	N/A		N/A				N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0
		Não	N/A	N/A	X	N/A	X	X		N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	6

Código da Participante		26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	Total	
	Bebé com Feições	Olhos	N/A	N/A		N/A	X		N/A	N/A	N/A		X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3	
		Nariz	N/A	N/A		N/A	X		N/A	N/A	N/A		X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3
		Boca	N/A	N/A		N/A	X		N/A	N/A	N/A		X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3
	Bebé com Expressão Facial	Feliz	N/A	N/A		N/A	X		N/A	N/A	N/A		X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2
		Vazia	N/A	N/A		N/A			N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1
		Triste	N/A	N/A		N/A			N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0
Presença de Outras Figuras no Desenho	Marido/ Companheiro					X																					1	
	Filho(a)(s)																										0	
Tratamento Diferencial das Figuras Desenhadas	Sim		N/A			X		N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A		N/A		N/A						N/A		1	
	Não	X	N/A	X	X		X	N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	N/A	X	X		

**Legenda:**

X - Presença

N/A - Não Aplicável

## Anexo 9. Resultados gerais do Teste do Desenho da Gravidez

Aspetos Gerais do Desenho (Campos, 1969; van Kolck, 1981)					
Categorias		Participantes		Total	Porcentagem
		1-25	26-50		
<b>Posição da Folha</b>	Uso da folha na posição apresentada (Horizontal)	19	13	32	64
	Modificação da posição em que a folha foi apresentada (Vertical)	6	12	18	36
<b>Localização do Desenho na Folha</b>	Centro	13	15	28	56
	1º Quadrante	0	0	0	0
	2º Quadrante	0	0	0	0
	3º Quadrante	0	0	0	0
	4º Quadrante	3	0	3	6
	Metade Superior	4	3	7	14
	Metade Inferior	1	0	1	2
	Metade Direita	1	2	3	6
	Metade Esquerda	7	6	13	26
	Em diagonal na página	0	0	0	0
<b>Tamanho do Desenho em Relação à Folha</b>	Muito Grande	0	0	0	0
	Grande	5	3	8	16
	Médio/Normal	20	22	42	84
	Pequeno	0	0	0	0
	Muito Pequeno	0	0	0	0
<b>Qualidades do Grafismo</b>	Linha Grossa	0	1	1	2
	Linha Média	22	18	40	80
	Linha Fina	3	6	9	18
	Traço Contínuo	12	11	23	46
	Traço de Avanços e Recuos	11	11	22	44
	Traço Interrompido	2	0	2	4
	Traço Trémulo	0	3	3	6
<b>Resistências</b>	Sim	9	8	17	34
	Não	16	17	33	66
<b>Uso da Borracha</b>	Uso Normal	16	15	31	62
	Ausência Total	9	9	18	36
	Uso Exagerado	0	1	1	2

Aspetos Específicos do Desenho (Campos, 1969; van Kolck, 1981)						
Categorias		Participantes		Total	Porcentagem	
		1-25	1-25			
<b>Ordem das Figuras Desenhadas</b>	1º Mãe 2º Bebê		24	25	49	98
	1º Bebê 2º Mãe		1	0	1	2
<b>Imagem Materna</b>	Presença da Grávida	Sim	25	25	50	100
		Não	0	0	0	0
	Posição da Grávida	De Frente	13	10	23	46
		De Perfil	12	15	27	54
		De Costas	0	0	0	0
		De Pé	25	25	50	100
		Sentada ou Agachada	0	0	0	0
		Deitada	0	0	0	0
		Índices Anatômicos	Cabeça	24	19	43
	Tronco		25	25	50	100
	Membros Superiores		20	20	40	80
	Mãos		16	16	32	64
	Membros Inferiores		23	20	43	86
	Pés		15	16	31	62
	Barriga Saliente	Sim	25	25	50	100
		Não	0	0	0	0
	Transparência	Sim	10	15	25	50
		Não	15	10	25	50
	Cordão Umbilical	Sim	1	2	3	6
		Não	24	23	47	94
	Grávida com a(s) Mão(s) na Barriga	Sim	3	9	12	24
		Não	22	16	38	76
	Grávida com Feições	Olhos	23	19	42	84
		Nariz	19	15	34	68
		Boca	23	19	42	84
	Grávida com Expressão Facial	Feliz	20	16	36	72
		Vazia	3	3	6	12
		Triste	0	0	0	0

Categorias			Participantes		Total	Porcentagem
			1-25	1-25		
<b>Imagem do Bebê</b>	Presença do Bebê	Sim	10	15	25	50
		Não	15	10	25	50
	Localização do Bebê	Dentro do Ventre Materno	10	15	25	50
		Fora do Ventre Materno	0	0	0	0
	Presença da Placenta	Sim	3	1	4	8
		Não	22	24	46	92
	Bebê com Forma Humana	Sim	7	6	13	26
		Não	3	9	12	24
	Posição do Bebê	Posição Pélvica	3	2	5	10
		Posição Transversal	2	1	3	6
		Posição Cefálica	2	3	5	10
	Índices Anatômicos	Cabeça	7	6	13	26
		Tronco	7	6	13	26
		Membros Superiores	6	5	11	22
		Mãos	2	3	5	10
		Membros Inferiores	7	5	12	24
	Bebê com Cabelo	Pés	2	3	5	10
		Sim	2	0	2	4
	Bebê com Cabelo	Não	5	6	11	22
		Presença do Sexo do bebê	Sim	0	0	0
	Bebê com Feições		Não	7	6	13
		Bebê com Feições	Olhos	2	3	5
	Nariz		0	3	3	6
	Boca		2	3	5	10
	Bebê com Expressão Facial	Feliz	1	2	3	6
		Vazia	1	1	2	4
		Triste	0	0	0	0
	<b>Presença de Outras Figuras no Desenho</b>	Marido/ Companheiro	2	1	3	6
		Filho(a)(s)	2	0	2	4
	<b>Tratamento Diferencial das Figuras Desenhadas</b>	Sim	2	1	3	6
Não		9	14	23	46	