

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**IMPACTO DE UMA INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA
GRAVIDEZ NA VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL, NUMA
GRAVIDEZ SEGUINTE**

Ana Sofia Nóbrega Rodrigues

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2009

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**IMPACTO DE UMA INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA
GRAVIDEZ NA VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL, NUMA
GRAVIDEZ SEGUINTE**

Ana Sofia Nóbrega Rodrigues

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Justo

2009

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos vão para todos aqueles sem a ajuda dos quais a realização desta dissertação não seria possível.

Ao meu orientador, Professor Doutor João Justo, a quem estou grata por toda disponibilidade, paciência e sabedoria mostrada nas diversas fases de realização deste trabalho, assim como, pelas pertinentes críticas e sugestões.

A todas as futuras mães que aceitaram participar na investigação, pela simpatia, disponibilidade e pela sua preciosa colaboração, no preenchimento dos questionários, sem a qual esta investigação não seria possível.

Às enfermeiras Antónia e Inês, pela amável receptividade e cooperação que foram fundamentais para a execução da parte empírica desta dissertação.

Ao Dr. Sotero e à D^a Fátima pela forma calorosa com que me receberam, como também, pela preciosa cooperação e profissionalismo.

À Sara Sereno, por toda a força e incentivo que conseguiu transmitir e pelos seus preciosos conhecimentos que tornaram esta experiência mais enriquecedora.

À Maria Helena e à Carmo Aragão pelo auxílio e disponibilidade na fase final deste trabalho.

Agradeço ainda à Joana Canha, Marta Mouro e ao Filipe Albuquerque por estarem sempre presentes nos momentos críticos, pela companhia, pela paciência, pelo encorajamento e pela compreensão.

Por fim, um enorme e verdadeiro agradecimento aos meus pais e ao Marçal, que foram incansáveis, e que mesmo estando longe foram capazes de acompanhar e apoiar o decorrer deste percurso de muito trabalho e esforço, proporcionando-me um valioso suporte emocional.

RESUMO

A presente dissertação aborda o tema da perda gestacional, procurando obter informações sobre o impacto desta numa gravidez seguinte. Frequentemente as experiências da gravidez e da maternidade são vivências positivas, que põem de parte um lado mais sombrio que estas experiências de vida podem vir a trazer. A perda de um bebé *in útero* está associada um vasto leque de sentimentos e emoções que vão “assombrar” a mulher a longo prazo. Quando uma mulher com história de interrupção espontânea da gravidez embarca numa gravidez seguinte tende a lidar com sentimentos contraditórios que podem vir a influenciar a vinculação ao novo bebé.

Este estudo teve como objectivo comparar a Vinculação Pré-Natal a uma nova gravidez em mulheres grávidas sem história de interrupção espontânea da gravidez com mulheres, igualmente grávidas, que tenham sofrido pelo menos uma interrupção espontânea da gravidez. Com esta finalidade foi recolhida uma amostra de 114 mulheres das quais 52 com história de interrupção espontânea da gravidez e 62 sem história de interrupção espontânea da gravidez e foram utilizados dois instrumentos: o Questionário Sócio-Demográfico e o Questionário de Vinculação Pré-Natal (Condon, 1993). Esperava-se que a Vinculação Pré-Natal fosse mais baixa para as mulheres com história de interrupção espontânea da gravidez (hipótese 1). Os resultados, empiricamente obtidos, não apoiaram a hipótese deste estudo. Foram apontadas limitações e estudos futuros.

Palavras-chave: Interrupção Espontânea da Gravidez, Vinculação Pré-Natal, Gravidez, Bebé, Maternidade.

ABSTRACT

The present thesis focuses on the subject of spontaneous abortion, attempting to find information regarding its impact on a future pregnancy. Pregnancy and maternity are frequently positive experiences that put aside a more negative dimension that those life experiences can produce. The loss of a baby in utero is associated to a broad set of feelings and emotions that will haunt the woman in long term. When a woman with previous spontaneous abortion history engages in a new pregnancy, tends to be confronted with contradictory feelings that can influence the attachment to the new baby.

The purpose of the present study was to compare prenatal attachment in a new pregnancy in women without previous spontaneous abortion history versus pregnant women with at least one spontaneous abortion. With this in mind, we engaged in the selection of 114 women, 52 of them with spontaneous abortion history and 62 without any spontaneous abortion. Instruments used consisted in a Socio-Demographic Questionnaire and a Prenatal Attachment Questionnaire (Condon, 1993). We hoped that Prenatal Attachment would be lower in women with previous spontaneous abortion (hypothesis 1). The empirically collected results didn't show support for this hypothesis. Limitations for this study were presented as well as suggestions for future investigations.

Key-words: Spontaneous abortion, prenatal attachment, pregnancy, baby, maternity.

ÍNDICE DE TEXTO

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1 - GRAVIDEZ E MATERNIDADE	2
I.1.1 Gravidez e Aspectos Psicológicos	5
CAPÍTULO 2 - INTERRUPTÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ	
I.2.1 Definição da problemática	6
I.2.2 Factores Psicológicos Envolvidos na Interrupção Espontânea da Gravidez	8
I.2.3 Sintomatologia pós Interrupção Espontânea da Gravidez	11
I.2.4 Gravidez após uma Interrupção Espontânea da Gravidez.....	13
I.2.5 Processo de Luto	15
CAPÍTULO 3 - VINCULAÇÃO	
I.3.1 Definição e Operacionalização do conceito	17
I.3.2 Vinculação Pré-Natal	20
I.3.3 Vinculação Pré-Natal e Interrupção Espontânea da Gravidez	22
PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	
II.4.1 Definição do Problema e das Hipóteses	25
II.4.2 Definição e Operacionalização das Variáveis	25
II.4.2.1 Variável Independente e Variáveis Dependentes	25
II.4.3 Caracterização das amostras	
II.4.3.1 Amostra 1	26
II.4.3.2 Amostra 2	27
II.4.4 Instrumentos	28
II.4.5 Procedimento	29
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS	31
CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO	39
CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES	45
Referências Bibliográficas	46
Anexos	

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Folha de Informação ao Participante e Consentimento Informado

ANEXO 2. Questionário Sócio-Demográfico

ANEXO 3. Questionário de Vinculação Pré-Natal (Forma Materna)

ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1: Médias e Desvio Padrão relativas às subescalas da Vinculação Pré-Natal para as mulheres das duas amostras ----- 32

- Quadro 2: Teste do efeito da Interrupção Espontânea da Gravidez na Vinculação Pré-Natal realizado no âmbito de um teste T-Student ----- 33

- Quadro 3: Médias e Desvio Padrão relativas às variáveis da Vinculação Pré-Natal para mulheres com três ou mais Interrupções Espontâneas da Gravidez ----- 34

- Quadro 4: Teste do efeito de três ou mais interrupções espontâneas da gravidez na Vinculação Pré-natal no âmbito de um teste T-Student ----- 34

- Quadro 5: Médias e Desvio Padrão relativas às variáveis da Vinculação Pré-Natal para mulheres que levaram menos de doze meses a engravidar após a última interrupção espontânea da gravidez -----35

- Quadro 6: Teste do efeito do tempo que a mulher leva a engravidar após uma interrupção espontânea da gravidez na Vinculação Pré-Natal, no âmbito de um teste T-Student -----35

- Quadro 7: Médias e Desvio Padrão relativas às variáveis da Vinculação Pré-Natal para as mulheres com e sem filhos nascidos -----36

- Quadro 8: Teste do efeito do número de filhos nascido na Vinculação Pré-Natal, no âmbito de um teste T-Student -----36

- Quadro 9: Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis sócio-demográficas e as subescalas da Vinculação Pré-Natal -----37

INTRODUÇÃO

O presente estudo, inserido numa perspectiva da Psicologia da Saúde mais especificamente na área de Obstetrícia, tem como objectivo central contribuir para a compreensão da Vinculação Pré-Natal nas mulheres com história de interrupção espontânea da gravidez.

Esta investigação incide, num lado mais obscuro da procriação – a perda gestacional (espontânea) e, com ela, pretende-se obter um maior conhecimento sobre a temática para melhor intervir, prestando os cuidados de saúde físicos e psicológicos mais adequados para cada situação.

O corrente trabalho desenvolve-se ao longo de sete capítulos, sendo que os primeiros três capítulos (Parte I) pretendem enquadrar teoricamente a temática de investigação, enquanto os restantes capítulos (Parte II) consistem na parte empírica desta dissertação.

No capítulo um são focados aspectos da gravidez e da maternidade que permitem uma compreensão desta realidade. Pretende-se com este capítulo conhecer os processos que decorrem normalmente, para depois comparar com a vivência da interrupção espontânea da gravidez.

O capítulo dois aborda essencialmente a interrupção espontânea da gravidez. Visa uma maior compreensão da problemática, assim como, perceber o seu impacto na vida das mulheres.

O capítulo três refere-se essencialmente à Vinculação. Faz breves referências às várias teorias existentes, fornecendo bases teóricas para a compreensão da vinculação precoce. O final deste capítulo centra-se na compreensão da vinculação pré-natal associada à interrupção espontânea da gravidez e o impacto que esta tem na vinculação pré-natal a um novo bebé.

Ao longo da Parte II é feito todo enquadramento empírico da investigação. Desta forma, o capítulo quatro centra-se nos aspectos metodológicos do estudo. Neste capítulo está descrito a investigação realizada, incluindo a forma de selecção e caracterização da amostra, o procedimento adoptado na recolha dos dados, os instrumentos de medição aplicados e o tratamento estatístico utilizado.

No capítulo cinco apresenta-se os resultados obtidos. Inclui-se a apresentação da distribuição normal para cada amostra, a homogeneidade, a consistência interna das escalas, a testagem da hipótese, análises suplementares e análise de correlações.

O capítulo seis incide sobre a discussão e análise dos resultados obtidos em função da hipótese e do enquadramento teórico.

Por fim no capítulo sete são apresentadas as principais conclusões desta investigação.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. GRAVIDEZ E MATERNIDADE

Antes de abordar a questão da interrupção da gravidez faz sentido compreender a realidade subjacente da gravidez e maternidade que decorrem com normalidade. Importa conhecer os processos que transcorrem normalmente, e posteriormente comparar as necessidades, após uma interrupção espontânea da gravidez.

A maternidade é um acontecimento e uma função extremamente valorizada na nossa sociedade, atribuindo-se-lhe um grande significado – a capacidade de fecundar e conceber (Rato, 1998). Ter um filho é considerado em cada civilização de um modo diferente; ser mãe pode ser visto como uma experiência perigosa, dolorosa, interessante, satisfatória ou importante, numa determinada mulher, numa determinada civilização (Correia, 1998). Segundo Correia a forma de vivenciar a maternidade está associada às suas características individuais e à sua cultura.

Segundo Figueiredo (2005) a transição para a parentalidade é ponderada pela mudança a diversos níveis, exigindo um processo de adaptação árduo e onde importa cumprir um conjunto de tarefas de desenvolvimento.

A futura mãe e o futuro pai terão de ajustar-se a uma variedade de transformações que ocorrem tanto no seu próprio corpo, como em resultado de situações ocorridas ao longo do período de gestação, no parto ou de expectativas relativas aos novos papéis que se geram com a gravidez e em torno do bebé, as quais implicarão uma reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais (Figueiredo, 2001)

Actualmente, exercer a maternidade vem sendo cada vez mais uma opção entre outras na vida da mulher. Ao ideal de maternidade anteriormente aspirado por qualquer mulher (sentido mesmo como a confirmação da sua feminilidade) acresce-se um vasto número de outros ideais igualmente importantes (Correia, 1998). Segundo Langer (cit. por Correia, 1998) exigência de uma integração interna harmoniosa entre satisfação profissional, satisfação amorosa e satisfação maternal nem sempre é fácil de conseguir. Este autor considera que, a mulher dos nossos tempos vive em conflito consigo própria, em relação à gravidez.

Deste modo, a expressão desse conflito na dificuldade do relacionamento com os filhos, em complicações na vida fértil ou na total rejeição da maternidade. Igualmente, o insucesso

da gravidez (conducente à não concretização da maternidade) poderá ser um exemplo da dificuldade de integração de múltiplos ideais da mulher, pois “a defesa psicossomática mais radical contra as angústias provocadas pelo desenvolvimento de uma gravidez consiste no aborto – expulsão prematura de um embrião não integrado psicologicamente” (Langer, cit. por Correia, 1998). Segundo Correia (1998), os insucessos de gravidez revelam uma barreira no vivenciar da gravidez e/ou maternidade, como também uma incapacidade no conseguir representar-se como grávida e/ou como mãe.

A gravidez e a maternidade são dois processos e duas realidades diferentes que implicam diferentes adaptações e modificações. Correia (1998) considera que a gravidez é o período de cerca de quarenta semanas entre o momento da concepção e o parto, é uma fase temporalizada e que se caracteriza por modificações no corpo e acompanhadas pelas consequentes vivências psicológicas. É um momento muito intenso e importante do ponto de vista psico-afectivo. A mesma autora refere que a maternidade não corresponde a um acontecimento biológico, mas sim a uma vivência sócio-histórica que envolve a prestação de cuidados e envolvimento afectivo.

“Sob o ponto de vista psicológico, o desejo de maternidade ou de paternidade desenvolve-se na mulher ou no homem, desde a infância, a partir de movimentos de identificação às figuras parentais, assumindo uma dimensão progressivamente mais consciente sempre que um casal tem um projecto de vida em comum. Nestas circunstâncias desejar um filho significa termos uma representação de nós como mães, pais ou como família” (Sá e Cunha, 1996).

A gravidez é considerada por muitos autores como um período de crise que envolve mudanças profundas a nível somático, endócrino e psicológico, e envolve reajustamentos e reestruturações a vários níveis. O período que se inicia com a gravidez não termina com o parto dado que grandes mudanças maturacionais ocorrem no pós-parto; o puerpério deve ser considerado como uma continuação da situação de transição, implicando novas mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais/filho, modificações de rotina e relacionamento familiar (Rato, 1998), assim como, uma adaptação às novas emoções advindas do nascimento do bebé.

Segundo Bibring, Dwyer, Huntington e Valenstein (1961), a crise da gravidez é um período essencial do crescimento e integração maturativa da mulher, existindo variações individuais de acordo com a estrutura da personalidade, grau pessoal de ajustamento ao início da gravidez e ainda com a constelação familiar e seu enquadramento. Esta crise é, no entanto,

um acontecimento normal no desenvolvimento, podendo mesmo dizer-se que é essencial e deve preceder e preparar a integração maturacional.

De acordo com Gruen (1990) a transição para a maternidade está associada à vivência de uma crise de desenvolvimento, pois o nascimento de um novo bebé constitui-se num momento de crise porque: num curto espaço de tempo, o indivíduo vê-se obrigado a mudanças significativas no seu equilíbrio biológico, psicológico e social; estas mudanças verificam-se particularmente no que se refere aos papéis sociais, aos padrões existenciais e às relações interpessoais, os quais devem ser renegociados consigo mesmo e com os outros; estas mudanças interferem significativamente na identidade do próprio, o que pode gerar perda ou confusão do sentido do *self*.

Contudo, nem todos os autores concordam que a gravidez seja uma crise do ponto de vista psicológico. Fazem referência à gravidez, como um momento de transição, que pode constituir-se numa crise se surgirem dificuldades excessivas para a capacidade de ajustamento da mulher e do contexto envolvente.

A maternidade trata-se de um importante período de transição que implica numerosas mudanças. Além da transformação do corpo, interna e externa, a gravidez ainda desperta a necessidade da mulher rever a sua relação consigo própria, com os seus pais (no presente e no passado) e com o companheiro. Definir uma identidade materna própria, é uma das tarefas que a mulher deverá realizar durante a gravidez, no sentido de estabelecer um comportamento materno adequado na presença do bebé. Uma clara e correcta definição do papel materno minimiza as dificuldades que podem ocorrer na adaptação às exigências de cuidar de um bebé (Colman e Colman, 1994). Assim, a grávida reavalia a sua relação com a mãe, no sentido da separação e do estabelecimento de uma identidade materna diferenciada. Progressivamente, ao longo da gravidez, a mulher elabora uma representação de si enquanto mãe, paralelamente à representação que elabora do bebé, a partir da relação que estabeleceu com a sua própria mãe, agora reavaliada, no sentido de criar o espaço de acção necessário aos cuidados e interacção adequada com a criança (Ammaniti cit. por Figueiredo, 2005). Esta tarefa é sobretudo importante quando a mãe vivenciou padrões inadequados dos cuidados de que foi alvo na infância, no sentido de evitar que esses mesmos padrões se repitam na relação com a criança.

O nascimento de um bebé, obriga assim, à reorganização de um conjunto de interacções familiares, particularmente no que se refere à relação no casal e à relação do casal com as restantes crianças, se as houver (Belsky, Rovine & Fish cit. por Figueiredo 2005).

Enquanto período de transição, a Maternidade reaproxima a mulher e o homem da sua família de origem. A presença de uma rede de apoio efectiva e a qualidade das relações significativas são o garante de uma adequada adaptação a um vasto conjunto de circunstâncias de vida, sendo particularmente relevantes quando as exigências desenvolvimentais e o stress envolvido são elevados, tal como acontece na gravidez, parto e pós-parto, associando-se ao bem-estar da mulher (Ritter, Hobfoll, Lavin, Cameron, Hulsizer, cit. por Figueiredo 2005).

Quando as necessárias aquisições desenvolvimentais não se deram durante a gravidez, o parto pode constituir-se num momento mais difícil, na medida em que confronta a mulher, o homem e a família com uma realidade para a qual não estão preparados, a presença do bebé testemunha que ele existe enquanto filho e que eles existem enquanto pais. Deste modo, as mudanças de papel têm que ser agora operadas num curto espaço de tempo, pois o bebé que até aqui não estivera completamente real está ali na sua inteira realidade entre o bebé imaginário e o bebé real.

1.1 GRAVIDEZ – ASPECTOS PSICOLÓGICOS

A gravidez acompanha-se de profundas alterações a nível somático, psicológico e social a que corresponde um esforço para a mulher se adaptar às suas novas tarefas. Segundo G. Caplan (cit. por Cordeiro, 2005) na gravidez dá-se uma revivência de conflitos e experiências anteriores, perturbações no equilíbrio que podem ir até vivências de desintegração corporal e/ou psicológica devido ao desequilíbrio *ID*, *EGO* e *SUPER-EGO*. Mulheres absolutamente normais podem apresentar na gravidez quadros clínicos que podem não se distinguir de doentes mentais graves. Contudo, mulheres psicóticas crónicas podem ter uma adaptação relativamente adequada à gravidez, ao parto e à maternidade (Cordeiro, 2005).

Grete Bibring e col. (1961) considera que existem duas tarefas adaptativas na gravidez: 1) o investimento na representação mental do companheiro e 2) a adaptação às modificações do esquema corporal e aumento do investimento do *self*.

Para uma melhor compreensão da psicologia da gravidez e da maternidade, Cordeiro (2005) refere ser importante a análise dos movimentos identificatórios que se estabelecem no período gravídico. Este autor considera que os movimentos identificatórios da mulher dão-se,

por um lado com a mãe e, por outro, com o feto sendo a primeira uma identificação voltada para o passado e a segunda uma identificação voltada para o futuro.

Este autor faz ainda referência aos diferentes trimestres da gravidez, sendo assim, o primeiro trimestre é marcado por um movimento regressivo com aparecimento de conteúdos pré-genitais e em que a relação da grávida com a mãe tende a ser revivida em termos duais arcaicos; o segundo trimestre é avassalado pelo aparecimento dos movimentos fetais que marcam o início da triangulação (1º organizador da gravidez – revivência dos aspectos positivos do Édipo) e é comparável com o período de latência das crianças; o terceiro trimestre é marcado pela expectativa do parto: surgem as manifestações clínicas de ansiedade bem como fantasias e sonhos de receio da morte própria e do filho. O confronto entre o bebé imaginado e o bebé real está associado ao parto e ao pós-parto e é neste período que surge o 2º organizador da gravidez-maternidade (revivência e resolução dos aspectos negativos do Édipo).

Actualmente parece haver concordância que as relações parentais são influenciadas pelas representações que os pais criaram em relação ao nascimento do bebé. Pode-se então dizer, que as diferentes respostas que surgem no contexto de uma gravidez reflectem experiencias de vida e uma personalidade própria. Para algumas mulheres a gravidez é um estado altamente desejado e que contém gratificações, mas para outras, ou para as mesmas noutro contexto, a gravidez pode ser vista como algo penoso e aterrorizante (Tenazinha, Bayle e Conboy, 2008).

2. INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ (IEG)

2.1 DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

É difícil compreender a resposta emocional da mulher e do homem face a uma interrupção da gravidez, seja esta espontâneo ou provocado, se não tiver presente, o significado que aquela gravidez tem e se corresponde ou não a um projecto de maternidade (Tenazinha *et al.*, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define interrupção da gravidez, como sendo a suspensão de uma gravidez antes que o feto seja capaz de vida extra-uterina independente.

Vlaanderen e Treffers (1987) diferenciam interrupção espontânea da gravidez primária e secundária. A primeira ocorre sem a existência de sucesso em gravidezes precedentes e a segunda em mulheres múltiparas. Os mesmos autores consideram que apenas

5% das interrupções espontâneas, ou menos, são de embriões saudáveis. Assim, a interrupção espontânea parece configurar um aspecto sábio da natureza que promove a eliminação precoce dos embriões menos habilitados ou compatíveis com a vida.

A IEG pode ser conceptualizada com uma perda a vários níveis. Na Inglaterra esta problemática é definida como uma perda natural da gravidez antes das 24 semanas de gestação. Ocorre predominantemente no primeiro trimestre de gestação e é diagnosticado quer tenha ocorrido expulsão do feto ou não (Tsartsara e Johnson, 2006).

Outros autores referem que a IEG durante as primeiras 20 semanas de gestação é uma ocorrência comum, que afecta 15% das gravidezes (Frost e Condon, 1996).

No decorrer do primeiro trimestre, uma IEG é muito raramente uma ameaça para a vida da mulher. Mais de 60% das IEG devem-se a defeitos ovulares ou fetais; 15% são causadas por factores relacionados com a mãe e 25% não têm causas conhecidas.

Esta ocorrência traz sofrimento psicológico imediato e/ou a longo prazo para as mulheres. Antigamente, quando as famílias eram mais numerosas a perda de um bebé não tinha tanto impacto na sociedade. Actualmente, com o declínio dessas famílias numerosas, a perda de um bebé adquiriu muito mais significado (Tenazinha *et al.*, 2008). Nesta últimas duas décadas a literatura tem revelado algum interesse nesta problemática; existe uma maior descrição do efeito de uma IEG tem na mulher e na sua família: 1) a atitude da sociedade para com os pais em sofrimento e 2) o comportamento dos profissionais face à perda do bebé.

No entanto, uma perda de um bebé continua a ser vista como um evento insignificante, do qual recuperação será e não terá qualquer impacto no funcionamento psicológico da mulher.

Um dos primeiros autores a se referir à IEG como um evento traumático foi Cain (cit. por Klier, Geller e Ritsher, 2002). Ao estudar as reacções das crianças face a uma perda de um irmão, este autor descreveu as consequências emocionais que advêm de uma IEG, admitindo que as mulheres sentiam principalmente: medo, dor, culpa, raiva e desespero. Para muitas mulheres, uma IEG constitui um evento traumático que representa a morte de uma futura criança e a ruptura de planos reprodutivos. Fisicamente, a IEG marca o fim de uma gravidez mas psicologicamente induz a incertezas relacionadas com a competência para conceber um filho.

Em adição, nas mulheres que já têm filhos, a perda de um bebé pode vir a interferir na relação com os filhos já nascidos, traduzindo-se em problemas de comportamento por parte das crianças.

2.2 FACTORES PSICOLÓGICOS QUE ESTÃO ENVOLVIDOS NA INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ

A psicologia tem procurado compreender não só o que acontece durante a gravidez, como também os aspectos relacionados com as diferentes perturbações que podem surgir neste período de vida da mulher

De um ponto de vista sistémico, temos de ter em consideração o contexto familiar e conjugal, as condicionantes sociais e económicas, bem como as mudanças que a gravidez tem na vida da mulher e na sua rede social.

Numa visão psicanalítica, é enfatizada a vida infantil da mulher e o seu desenvolvimento psicológico, tendo em especial atenção a estruturação da sua identidade feminina bem como a capacidade de se identificar com a figura materna, com o companheiro e com o feto, durante o período da gravidez (Cordeiro, 2005).

Do ponto de vista psicológico, a IEG pode estar relacionada com dificuldades na adaptação à gravidez e na espera do nascimento de um filho. A ambivalência e as dúvidas em relação à gravidez são naturais e não indicam por si só qualquer patologia. O importante para o prosseguimento da gravidez é a mulher conseguir gerir e integrar essa ambivalência. Colman e Colman (1994) encaram a IEG como uma representação do desejo inconsciente da mulher não ser mãe, como também, salientam que após uma primeira IEG a mulher tende a sofrer crises de ansiedade perante uma nova gestação, podendo condicionar a prosequção.

Outro modelo compreensivo do funcionamento psicológico foi proposto por Sami-Ali, Cady, Froli, Gauthier, Gorot, Mendes e Robert (2001), que assenta em dois conceitos básicos: a função do imaginário e o recalçamento desta função. São as relações estabelecidas entre estas duas entidades que determinam o funcionamento psicológico do sujeito e o seu estado de saúde/doença, física ou mental. O imaginário é uma entidade biológica e psicológica que estabelece relação entre o somático e o psíquico, tornando qualquer fenómeno humano num processo contínuo. É perceptível em toda a actividade onírica, assim como é no terreno que se constitui a subjectividade, por ser mediador da percepção do sujeito. Uma vida onírica saudável permitiria ao sujeito ultrapassar as situações de impasse, precursoras da somatização. Deste modo, a somatização pode originar-se em vertentes distintas: quando há uma falha por excesso ou por defeito da função do imaginário e do recalçamento desta função (patologia de adaptação).

Sendo a gravidez pautada pela natural ambivalência psicológica, é um terreno fértil para o aparecimento de conflitos. Na ausência de condições intra-psíquicas para a sua

elaboração configuram-se impasses, resolúveis apenas pela expressão somática, onde podemos incluir teoricamente, o aborto espontâneo.

A somatização é uma consequência de um conflito não elaborado que exige a expressão no sintoma corporal. Esta expressão não tem necessariamente um significado simbólico directo podendo ser a consequência de vivências crónicas desajustadas.

Ao longo da gestação a mulher grávida sofre diferentes processos identificatórios. É o modo como a mulher vivencia estas identificações que é determinante para a estruturação da sua identidade materna. As identificações conflituosas, que impliquem vivências de medo e de culpa estão na origem de dificuldades na elaboração psíquica das novas responsabilidades, Perante estas dificuldades podem surgir sintomas diversos desde os vómitos, obstipação, diarreia, ameaça de IEG ou mesmo, interrupção espontânea da gravidez (Colman e Colman, 1994). Os autores enfatizam a existência de conflitos psicológicos nas situações de interrupção espontânea da gravidez, originados por transtornos da vivência do feminino.

Se a identificação à figura materna estiver comprometida podem surgir situações de prematuridade, aborto espontâneo ou esterilidades psicossomáticas. A identificação ao feto pode também despoletar patologias na gestação, nomeadamente, aborto espontâneo, se a identificação ao feto for negativa a mulher torna-se intolerante à menos provação, passiva e dependente (Cordeiro, 2005).

A perturbação dos movimentos identificatórios do marido pode também causar distúrbios no processo gravídico. As dificuldades de elaboração do papel paternal podem levar o homem a dois tipos de situação: a extrema identificação com a mulher e o feto (síndrome de couvade) ou a intolerância à regressão da mulher grávida com reacções de zanga, fuga ou ciúme. De acordo com Cordeiro (2005) as dificuldades na identificação ao pai estão na base do impedimento do homem assumir o estatuto de marido e de pai. Assim, podem surgir dificuldades na gravidez quando o homem não consegue aceder ao papel paternal, pois a aceitação da gravidez pelo companheiro e pela família alargada, é um factor importante para o decorrer da gravidez. Se a gravidez não for bem aceite, a mulher poderá entrar em desequilíbrio, rejeitando a gravidez.

Outro aspecto que pode condicionar a aceitação da gravidez relaciona-se com as dimensões mais pragmáticas da vida: o trabalho, os aspectos financeiros e a possibilidade de participação activa na vida social. Quanto mais obstáculos surgirem nesta área, maior será a probabilidade da mulher rejeitar a gestação. As dúvidas excessivas levam a uma vivência de sofrimento da mulher que têm significativas repercussões fisiológicas e psicológicas.

Colman e Colman (1994) com base nos estudos de Maurer e Maurer (1988) abordam a influência dos estados de ânimo da mãe e suas consequências fisiológicas sobre o feto em desenvolvimento. Uma contracção no sistema circulatório da mãe irá impedir o afluxo de sangue à placenta, privando o feto de oxigénio naquele momento. Em situações extremas o stress crónico pode criar uma situação de privação de oxigénio que terá como consequência um atraso do crescimento fetal. Este estudo aponta para uma relação entre o stress vivido pela mãe durante a gravidez e o nascituro com baixo peso à nascença.

No estudo de Grimm em 1962 foi feita uma caracterização dos aspectos psicológicos das mulheres com IEG recorrente. A autora usou um grupo de mulheres com história de IEG e, um grupo de controlo. Foram aplicadas provas projectivas (TAT e Rorschach) e testes psicométricos (Picture Arrangement Test da Wechsler-Bellevue) como o intuito de verificar a existência de diferenças significativas no funcionamento psicológico. As mulheres com história de IEG recorrente apresentam uma maior dificuldade para planear e prever situações sociais; maior dificuldade no controlo emocional; labilidade e tendência para exprimir os conflitos internos com passagens ao acto; maior aderência ao convencional e ao estereotipado. São igualmente mulheres mais dependentes, com sentimentos de culpa e com dificuldade em lidar com a agressividade. Na emergência de sentimentos agressivos, as mulheres com história de IEG apresentam grandes níveis ansiedade (que dificulta a reacção adequada para a resolução do problema).

A autora caracteriza as mulheres com história de IEG recorrente como pessoas que: são emocionalmente mais reactivas e submissas; não conseguem expressar directamente os sentimentos agressivos quando frustradas, o que as impede de aliviar a tensão resultante do conflito; têm muito medo da rejeição e são dependentes; agem de acordo com o que acreditam serem as expectativas dos outros, ignorando as suas próprias necessidades. Todo este funcionamento vai elevar a ansiedade e a reacção psicossomática poderá ser a forma que, estas mulheres, têm de aliviar a tensão intra-psíquica.

Em síntese, parece que existem aspectos psicológicos característicos das mulheres com IEG. Uma parte destas mulheres parece ter uma personalidade imatura e dependente, que afecta a qualidade das relações. A frustração, causada pelo não preenchimento das suas necessidades, torna difícil a gestão da ansiedade que, consequentemente, leva ao favorecimento da expressão somática.

2.3. SINTOMATOLOGIA PÓS INTERRUPTÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ

Devido à atribuição de diferentes significados à gravidez e à maternidade, as perdas são consideradas acontecimentos complexos e multidimensionais (Speckhard, 1997, cit. por Canavarro, 2001). Complexos, pois incluem aspectos ligados à percepção da perda ou da sua ameaça, quer se trate de uma perda física, quando a gravidez é interrompida ou há morte do bebé, e/ou de uma perda psicológica, nas situações em que há diagnóstico pré-natal de malformação. Multidimensionais, porque transcendem o sentimento de perda por morte ou malformação de um bebé, colocando igualmente em causa aspectos como a relação afectiva entre os pais do bebé, o receio da perda de controlo, a (im)possibilidade de uma nova gravidez, a alteração do auto-conceito físico e psicológico, a perda do sentimento de invulnerabilidade pessoal e o fim da crença num mundo ordeiro e justo. Deste modo, uma perda, para além de envolver grande sobrecarga psicológica, poderá ainda precipitar perturbações emocionais.

A maioria das investigações aponta para uma constelação de sintomas associada à IEG, que tem sido denominada Síndrome Pós-Aborto. As reacções emocionais surgem de forma imprevista e desproporcionadas. Os sintomas incluem: entorpecimento dos sentimentos; endurecimento do coração; reacções de autómato associadas a um profundo sentimento de vazio, de solidão, e a sensação de ter o corpo interiormente destruído.

Podem surgir, igualmente, reacções físicas e psicológicas: suores; choro compulsivo; reacção na data prevista para o nascimento ou na data do aborto; perturbações do sono e pesadelos, alucinações com a criança perdida; olhar fixo em mulheres grávidas e bebés ou, pelo contrário, pânico em os avistar (Canavarro, 2005).

É igualmente frequente ocorrer uma manifestação de agressividade para com o pai do bebé, contra o médico que fez a assistiu ou contra si própria. A frigidez ou outras perturbações sexuais poderão ser também formas de manifestar esta vivência, desenvolvendo relações de promiscuidade extrema e sem estabilidade/afectividade; dificuldades nas relações familiares ou até mesmo ruptura frequente das amizades; sentimentos de culpa, de autocondenação; perda da auto estima e várias formas de agressão a si própria tais como: abuso de medicamentos, álcool ou drogas, chegando mesmo a passar por pensamentos e tentativas de suicídio (Canavarro, 2005).

Como pode ser constatado, as reacções psicológicas a uma situação de interrupção espontânea da gravidez são diversas e não estão relacionadas com o tempo de gestação.

Dependem da motivação e do desejo de gravidez, ou seja, do investimento emocional nela arrecadado (Canavarro, 2005).

Frost e Condon (1996) fazem uma referência aos efeitos psicológicos que o aborto espontâneo tem nas mulheres e nas suas famílias.

O primeiro aspecto referido é a revolta associada à perda. Este sentimento ocorre em 90% das mulheres. Estes autores fazem referência a outros autores que consideram que o sentimento de revolta é caracterizado por: memórias do evento relacionado com a perda; pensamentos intrusivos de acontecimentos ocorridos no dia da perda; sofrimento intenso no aniversário da perda ocorrida ou de quando seria previsto o nascimento; disforia persistente e uma resposta inadequada face a situações de crise subsequentes.

O segundo aspecto referido por estes autores é a culpa. Esta culpa é muitas vezes exacerbada pela ambivalência e hostilidade que a gravidez possa ter desencadeado, deste modo, a ambivalência pode fazer com que a mulher sinta que desejou a morte do filho. A maioria das mulheres têm a plena noção de que o feto depende integralmente delas, bem como, o seu estilo de vida e bem-estar vai condicionar a saúde do bebé. Quando ocorre uma perda do feto, esta responsabilidade transforma-se numa intensa culpabilidade, independentemente das circunstâncias em que a perda ocorreu.

Outro aspecto citado por Frost e Condon (1996), relaciona-se com a perda de uma parte do *self*. Numa gravidez precoce, antes de a mulher ser capaz de sentir os movimentos fetais, o bebé é experienciado como uma parte da mãe. Assim, face a uma perda, a mulher pode sentir-se vazia e/ou como se uma parte dela tivesse desaparecido.

A IEG pode ter, igualmente, um impacto na identidade na mulher e consequências a nível psiquiátrico. Pode ser encarada como uma falha na capacidade de procriar, pondo em causa o que a mulher e a sua cultura vêem como sendo “o feminino” e desencadear sintomatologia depressiva, ansiedade, stress pós traumático.

Num estudo, no qual, foram comparadas mulheres grávidas primíparas com mulheres grávidas com história de IEG, observou-se que a ansiedade era superior no grupo das mulheres que tinham sofrido IEG (Armstrong e Hutti, 1998).

2.4. GRAVIDEZ APÓS UMA INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ

O projecto de engravidar, o desejo de ficar grávida e a própria gravidez são tempos no tempo da mulher. A gravidez reflecte o seu passado, as necessidades não concretizadas da infância e da adolescência que levam ao desejo de engravidar (Brazelton e Cramer, cit. por Tenazinha *et al.* 2008).

Durante a gestação desenvolve-se uma profunda simbiose entre a mãe e o bebé. A pouco e pouco a mulher grávida vai construindo a imagem mental do bebé, coexistindo três gravidezes: o feto que se desenvolve no ventre; a organização psicológica da maternidade na sua psique e o bebé imaginário na sua mente (Stern e Stern cit. por Tenazinha *et al.* 2008).

Para Soulé (1987) o filho imaginário é fruto do conflito edipiano e do amor pelo pai. Ele é secreto e o pensamento durante este período é activo, mantendo a relação fantasmática de prazer com o pai e de vitória em relação à mãe. O filho imaginário concede à mãe um sentimento todo-poderoso, onnipotente, possuindo todas as qualidades e levando à amplificação da megalomania infantil da mãe.

Numa gravidez subsequente à morte de um filho, o bebé imaginário coincide em certa parte com o bebé perdido. A mãe apresenta desejos contraditórios de dar à luz um filho vivo ou de continuar unida a outro falecido. Na fantasmática materna, aparece então o desejo de substituir uma criança pela outra, qualquer que seja o seu sexo (Bayle, 2008).

Na ocorrência de uma IEG, os pais e a família podem sofrer durante muitos anos. Quando estes casais ficam novamente “grávidos”, continuam a lamentar a perda ao mesmo tempo que tentam desenvolver uma ligação com esta nova criança. Contudo algumas mulheres, na tentativa de se protegerem, esquivam-se do investimento emocional com o feto (Armstrong e Hutti, 1998).

Os mesmos autores consideram que a perda de uma criança é uma experiência traumática para a maioria das mulheres, deste modo, face a uma nova gravidez os níveis de ansiedade podem aumentar.

Davis, Stewart e Harmon (cit por Armstrong e Hutti, 1998) determinaram que as mulheres sentiam-se mais ansiosas numa gravidez seguinte a uma IEG do que noutra gravidez que tenha decorrido antes da perda.

Entrevistas qualitativas sugerem que a gravidez que sucede a uma IEG é acompanhada por sentimentos marcados de ansiedade, a qual está associada a uma incerteza acerca do mundo em geral e da concretização da gravidez no geral (Tsartsara e Johnson, 2006)

Cuisinier, Jansen, Graauw, Bakker e Hoogdwin (1996), investigaram o impacto de uma nova gravidez no sofrimento e na dor presentes após uma IEG passada. Verificaram que a gravidez que se sucede é mais difícil a nível emocional e que a maioria dos pais apresenta níveis elevados de ansiedade e medo face a esta nova gravidez. Por outro lado, com o decorrer da gravidez e posteriormente com o nascimento do bebé, os mesmos autores, observaram uma redução do sofrimento associado à IEG anterior. Este sofrimento é maior nas mulheres que tiveram a IEG mais recentemente, que têm problemas de saúde prévios à perda, que tem uma história de IEG e nas que são mais velhas.

O impacto de uma nova gravidez no ajustamento emocional associado a uma IEG anterior, foi igualmente estudado por Franche e Bullow (1999). Estas autoras analisaram o sofrimento, as dificuldades de coping, o desespero, a sintomatologia depressiva, a ansiedade e o ajustamento ao coping em mulheres gestantes e não gestantes, ambas com história de IEG. Foi verificado que as mulheres que não estavam grávidas experienciavam níveis mais elevados de desespero e maiores dificuldades em arranjar estratégias de coping para lidar com o sofrimento. Deste modo, a nova gravidez está associada a um efeito benéfico no processo de luto mas, no entanto, a intensidade do sofrimento mantém-se alta, o que sugere que o processo de luto não termina com esta nova gravidez, sendo apenas atenuado. Não existiram diferenças significativas nos níveis de sintomatologia depressiva nem na ansiedade, as mulheres de ambos os grupos apresentaram níveis de sintomatologia depressiva baixos mas, por outro lado, ambos os grupos apresentavam grandes níveis de ansiedade.

Numa tentativa de compreender a gravidez após uma experiência de IEG, Côté-Arsenault e Marshal (2000) verificaram que as mulheres que tinham sofrido uma IEG passada, viviam em contexto de: reviver o passado, tentar encontrar algum equilíbrio no presente, reconhecer a mudança da realidade e viver com poucas expectativas. Concluíram igualmente que as mulheres numa nova gravidez sentiam que tinham de investir no bebé, assegurando-se de que o bebé viria a ser saudável. Por outro lado, tinham a tendência para protegerem-se não investindo emocionalmente nesta nova gravidez, pois esta poderia ser novamente interrompida.

Outra investigação que pretendeu comparar o ajustamento emocional à gravidez após a existência de uma IEG foi o de Franche e Mikail (1999). Os autores comparam mulheres com e sem história de IEG. Concluíram que as mulheres com história de IEG apresentam sintomatologia depressiva associada à auto crítica, dependência interpessoal e ao número de perdas, bem como, a ansiedade está associada à crença de que o seu comportamento iria afectar a saúde do bebé. Nesta nova gravidez é imperativo “manter o bebé” e é caracterizada

por hipervigilância. Por outro lado, o grupo de mulheres que não tem história de perda gestacional apresenta sintomatologia depressiva associada ao ajustamento da díade mãe-bebé e a ansiedade está associada à preocupação de que os técnicos de saúde podem vir a prejudicar a saúde do bebé.

O conceito de locus de controlo interno sobre a saúde do feto pode estar particularmente saliente nas mulheres com história de IEG, pois estas, experienciam uma grande responsabilidade pela saúde do feto e estão mais ansiosas face à gravidez. O resultados desta investigação confirmam que quanto maior for o número de perdas gestacionais, maior serão os sintomas depressivos durante a gravidez (Franche e Mikail, 1999).

2.5 LUTO

O luto é um processo psico-social que visa a transferência, na esfera emocional, da vinculação em relação a um objecto perdido para memórias aprazíveis dessa mesma vinculação (Rebelo cit. por Bayle, 2008). Resume-se à perda de pessoas e objectos de amor (Saraiva e Ribeiro, 2003 cit. por Santos, Bayle e Conboy, 2008), com manifestações de perda temporária de ânimo, de interesse pelo mundo externo, tristeza, choro, vontade constante de recordar e falar sobre a perda. É um processo individual que tem muita variabilidade e depende da relação que a pessoa tem com o falecido, com a idade, sexo, religião, experiencias anteriores de luto.

Bowlby (1998 cit por Santos et al. 2008) referiu que o luto implica dor e sofrimento e tentou explicar através da ansiedade ligada à pessoa perdida. Deste modo, dividiu o processo de luto em quatro frases sucessivas, e consideradas normais. Essas fases não são bem delineadas, visto os enlutados puderem oscilar entre duas delas, mas é possível determinar uma sequência geral. A primeira fase é a de entorpecimento (primeira reacção subjacente ao recebimento da notícia). A fase de anseio e de busca da figura perdida surge após a passagem da primeira fase de choque, assim, o sujeito começa a registar a realidade da perda e a apresentar crises agudas de desânimo, espasmos de aflição e soluços lacrimosos. A terceira fase é a de desorganização e desespero, no sentido em que, será necessário que o enlutado suporte as oscilações de emoção citadas na fase anterior. A quarta e última fase foi designada pelo autor por fase de reorganização, visto que, o enlutado reconhece que é fundamental fazer uma tentativa para assumir papéis aos quais não estava habituado e adquirir novas

habilidades. A falta de esperança e depressão sentidas até então, começam a intercalar-se com sentimentos mais positivos e com uma maior motivação para novos investimentos afectivos.

Mais recentemente Cabral (2005), fez referência a Weiner que propôs igualmente uma sequência para o decorrer do processo de luto normal. A primeira fase é a de choque e negação. A pessoa normalmente não acredita no acontecimento, sentindo-se perdida, só e apática; encontram-se presentes sintomas fisiológicas como a diminuição do apetite, insónias, náuseas e sensação geral de desconforto.

A segunda é a fase de desespero e expressão da dor e é notória cerca de duas semanas após a perda. A descrença cede lugar à consciência da morte ocorrida, instalam-se sintomas depressivos e são frequentes os pensamentos e sonhos sobre a pessoa falecida, na qual é investida de qualidades idealizadas e se imagina que ela está viva.

Por fim, a terceira fase é a de resolução e reorganização. São restabelecidos os padrões alimentares e de sono; a pessoa chora com menos frequência, os sentimentos de vazio e de tristeza são dissipados, assim como as recordações recorrentes do falecido.

Segundo Pines (1989), após uma IEG, surgem sensações de perda, sofrimento, depressão prolongada, luto e perda da auto-estima. Durante a gravidez, os factores psicológicos confluem fortemente para o desenlace da mesma, podendo contribuir para a interrupção. O conflito central mais importante é a incapacidade sentida para a maternidade e a dificuldade de sair do papel de filha para o de mãe. Quando ocorre uma IEG, o sentimento é o de perda de um filho pois a mulher já sente o bebé com parte de si própria e o imaginário do bebé é muito concreto e definido.

Segundo a pesquisa de Domar e Dreher (2000), as mulheres que sofrem interrupções espontâneas da gravidez são mais submissas, dependentes e com hostilidade mascarada. A perda gestacional é muito dolorosa, no entanto, é subestimada especialmente nos três primeiros meses. Costuma-se dizer que a interrupção da gravidez evitou uma malformação no bebé, o que não contribui para tranquilizar a mulher. A reacção à interrupção espontânea da gravidez varia de pessoa para pessoa, algumas mulheres desejam substituir logo a criança assim que possível, enquanto outras jamais pensam em ter filhos novamente.

Segundo Markham (2004) pode ocorrer uma reacção retardada. O choque anestesia a dor e a mulher chora tempos depois com a lembrança de algum acontecimento. A autora sugere que os sentimentos de culpa pós IEG têm origem em sentimentos de culpa anteriormente já presentes. A dor da perda é duplamente cruel pela ausência do corpo do bebé.

Para Boyce, Condon e Ellwood (2002), as dificuldades do processo de luto associado à IEG são: a ausência de uma memória concreta do feto, o sentimento de culpa e auto-crítica da

mulher (quando não há causa para a interrupção, a mulher pensa ter feito algo de perigoso que tenha causado a morte do bebé). Os riscos de perturbações psicológicas pós interrupção estão aumentados nestas mulheres, especialmente a depressão, perturbação obsessiva compulsiva e o stress pós traumático.

Ocorrem sentimentos normais de culpa, inadequação e falta de esperança em relação a gravidezes futuras, além da necessidade de culpar alguém pela morte. Surge a necessidade de haver uma justificação para a ocorrência da interrupção da gravidez, que advém de uma urgência de controlo da situação, que a mulher precisa de ter. O retorno da menstruação pode ajudar a resolução do luto, pois, trás a esperança de uma nova gravidez e assegura a mulher de que as suas funções corporais funcionam normalmente.

O papel dos pais é alimentar e proteger os filhos e nunca imaginam que vão viver mais do que eles. Deste modo, a perda de um filho pode trazer um senso de falha pessoal e culpa. Uma primeira perda pode trazer ansiedades sobre a fertilidade futura. Muitas mulheres fazem referência a um caos interno, que aumenta após a alta hospitalar e com a ausência de acompanhamento médico.

Santos *et al.* (2008) consideram que é importante que o luto seja realizado, não só para os pais, como também para o novo bebé, de modo a que ele não seja confundido com o precedente, que não seja reparador da ferida narcísica dos pais que, quando não aceitam a morte, desenvolvem um episódio depressivo com sentimentos de culpa, pensamentos de morte, perda da auto estima, dificuldades de adaptação social e familiar.

3. VINCULAÇÃO

3.1 Definição e Operacionalização do conceito

O conceito de vinculação é particularmente importante na área da saúde mental, no sentido de que a qualidade das relações que vamos estabelecendo ao longo da vida, assumem um lugar relevante na obtenção de vivências de satisfação, de felicidade e na capacidade para lidar adequadamente com a realidade. Bowlby (1990) afirma que “ (...) em numerosos grupos de pacientes psiquiátricos, a incidência de rompimento de vínculos afectivos durante a infância é significativamente elevada.”

Na medida em que a relação com o outro é uma questão de atitude, uma das primeiras distinções a fazer prende-se com a clarificação de aspectos cognitivos e comportamentais envolvidos nas relações. Canavarro (1999) salienta que os aspectos comportamentais reportam à interacção, enquanto os cognitivos, constituem a relação propriamente dita. Deste modo, as atitudes são igualmente condicionadas por uma vertente afectiva, isto é, a decisão sobre o comportamento a adoptar depende da representação mental e do afecto subjacente à questão. Assim, o modo como estabelecemos relações está intimamente dependente das experiências anteriores e, também, do que nos é passado pela cultura em que nos desenvolvemos.

A distinção entre relações e ligações afectivas é feita por Ainsworth (1994): as ligações concernem essencialmente á vivencia individual, embora se estabeleçam na relação com os outros; as relações implicam a interacção entre duas ou mais pessoas. Canavarro (1999) resume as características das ligações afectivas: o desejo de manter a proximidade do parceiro; a percepção da reunião como agradável; as separações inexplicáveis serem causadoras de stress, e a perda ser sentida como dolorosa.

Bowlby (1990) define vinculação como: o comportamento de vinculação é qualquer um que a criança adopta com o objectivo de criar ou manter a proximidade com a figura de vinculação. Para este autor a vinculação na criança subentende “ que ela está fortemente disposta a buscar proximidade e o contacto com uma figura específica, principalmente quando está assustada, cansada ou doente”. Deste modo, o que distingue a vinculação e as relações afectivas é, essencialmente, a procura e obtenção de segurança, típico da vinculação, para passível de ser inexistente nas relações afectivas.

O conceito de vinculação surge no final da década de 50, por Bowlby, quando procurava aprofundar os conhecimentos sobre a natureza da relação mãe-bebé, para lá da conceptualização psicanalítica das relações objectais e do *imprinting* das concepções etológicas. Este autor afirma que a disponibilidade da figura de vinculação é um ingrediente indispensável para produzir sentimentos de segurança na criança. A qualidade da ligação mãe-bebé é influenciada por outros factores, além da mencionada atitude materna de disponibilidade e sensibilidade às necessidades do bebé.

As características da vinculação foram sumariadas por Weiss (cit. por Canavarro, 1999); procura de proximidade (a criança procura manter-se na proximidade dos pais, diminuindo a distancia em situações estranhas ou ameaçadoras); protesto na altura de separação (com o objectivo de manter proximidade das figuras de vinculação; ser activada por situações ameaçadoras (a criança procura as figuras de vinculação quando se sente

ansiosa peça percepção de uma ameaça); especificidade da figura de vinculação (depois de estabelecida a vinculação com uma pessoa em particular, a criança pode estabelecer outras relações de vinculação); impossibilidade de controlo consciente (os sentimentos de vinculação mantêm-se mesmo perante a indisponibilidade da figura de vinculação, persistindo os protestos durante algum tempo); persistência (o grau de vinculação não diminui ao longo do tempo); a separação permanente da figura de vinculação implica um trabalho de luto acompanhado de ansiedade e tristeza; independência de outras características da relação (a vinculação persiste mesmo quando a figura de vinculação é negligente ou mal tratante, nestas condições surge também a zanga e a raiva, mas a segurança continua a ser procurada nessa relação).

Os trabalhos de Ainsworth (cit. por Montagner, 1993) procuraram aprofundar os conhecimentos sobre a vinculação. A autora criou um dispositivo experimental, denominado “situação face a estranho”, com o objectivo de estudar a reacção de crianças, como um ano de idade, à ausência momentânea da figura de vinculação e presença simultânea de uma pessoa desconhecida. De acordo com a atitude das crianças, foi possível criar três categorias de comportamentos distintas: grupo A – inseguro-evitante (a criança apresenta comportamentos de evitamento face à mãe, nomeadamente nos episódios de reunião, não revela tendência para resistir activamente à saída da mãe, nem às suas tentativas de interacção, e a pessoa estranha é tratada de forma semelhante à mãe); grupo B – seguro (a criança procura activamente a proximidade e interacção com a mãe, principalmente nos episódios de reunião, e esforça-se por mantê-lo; não resiste à interacção com a mãe e pode ou não protestar na ausência da mãe; eventualmente pode ser ligeiramente confortado pelo estranho); grupo C – inseguro resistente ou ambivalente (coexistência de comportamentos de procura activa do progenitor e, comportamentos de resistência activa ao contacto e interacção com a mãe, principalmente no último episódio de reunião; revela pouco evitamento, mas manifesta irritação ou passividade na situação de reunião. Somente as crianças do grupo B parecem estar vinculadas ao progenitor de uma forma segura. A autora verificou que para a determinação destes padrões de vinculação concorrem dois factores discriminantes: a ansiedade e o evitamento. As crianças com baixa ansiedade e baixo evitamento pertencem à vinculação segura, as crianças com vinculação insegura-evitante revelam elevado evitamento e baixa ansiedade, e as crianças com ligação ambivalente apresentam índices elevados de evitamento e ansiedade.

3.2 Vinculação Precoce

Bowlby ocupou-se essencialmente dos comportamentos de vinculação da criança após o nascimento, no entanto, com o surgimento de outros trabalhos, a noção de vinculação expandiu-se até aos momentos anteriores ao nascimento da criança.

A autora Bibring (1959), alertou para a importância da relação mãe-bebé durante a gravidez, não só para permitir a sua prossecução mas, principalmente, para proteger a relação mãe-filho, após o nascimento.

Cordeiro (1986) salienta a importância do decorrer da gestação, no período pós-natal: “se a adaptação às mudanças da gravidez não estiver concluída até ao parto pode haver dificuldades na relação com o recém-nascido”.

Rota (1995) afirma que, a relação entre pais e filhos é influenciada pela qualidade de vida afectiva do casal no período anterior à gravidez e dos motivos que estiveram na sua origem. Há inúmeras razões para ter filhos, mas nem sempre o desejo de gerar, criar, amar outro ser, está entre elas. Frequentemente os filhos servem desejos infantis dos seus pais, sendo o resultado de um planeamento familiar ineficaz, ou o produto de uma convenção social que pressupõe a existência de descendência quando se forma um casal.

Sá (1997) considera que a vinculação nos seres humanos ocorre ao longo de todo o seu desenvolvimento, distinguindo algumas etapas: vinculação pré-natal (durante a gravidez), vinculação perinatal (parto e pós-parto precoce) e vinculação pós-natal. A primeira, particularmente importante durante a gestação, será um produto do que Soulé (1987) designou de representações do bebé fantasmático e do bebé imaginário. O bebé fantasmático resulta do modo como os pais integram o seu próprio processo educativo e a relação com os seus progenitores, ou seja, da sua experiência como filhos. O bebé imaginário é tecido na imaginação dos pais, a partir dos seus desejos.

Para Sá (1997), a ligação dos pais ao bebé estrutura-se durante toda a gestação, principalmente, nos momentos em que aumenta a consciência da presença do bebé no ventre da mãe, isto é, quando descobrem que a mulher está grávida, no momento em que escutam o batimento cardíaco, quando vêem a primeira ecografia e quando são percebidos os primeiros movimentos do bebé. A vinculação perinatal é influenciada pelo trabalho de parto e o confronto com o bebé real. Quando mais gratificante e menos traumático é o parto, mas facilita a ligação mãe-bebé. A vinculação pós-natal estabelece-se durante o puerpério e

relaciona-se com a capacidade da mãe suprir as necessidades do seu filho e do feedback deste ser gratificante para ela.

Sá (1993) salienta os elementos que podem indicar dificuldades no estabelecimento da vinculação pré natal. O autor afirma que é possível diagnosticar e intervir a partir do 5º mês de gestação nas dificuldades de vinculação ao bebé. Uma mulher grávida pode ter alguns aspectos psicológicos que a tornem sobretudo mãe funcional (alimenta, cuida mas não é capaz de intuir as necessidades do bebé). Nestes casos, uma mulher grávida pode ser, em parte, “psicologicamente estéril”. Este autor agrupa as dificuldades em cada um dos trimestres da gestação: “ no primeiro trimestre da gravidez, por queixas relacionadas com o desejo de gravidez, ou centradas em conflitos conjugais e familiares que a gravidez trouxe; em preocupações centradas no partom e em queixas somáticas persistentes e irremovíveis. No segundo trimestre, pela ausência continuada de manifestações empáticas e de quaisquer representações simbólicas relacionadas com o bebé, e em queixas unicamente centradas no seu narcisismo materno. No ultimo trimestre, através da ausência de comportamentos de preparação para o nascimento, ou por actos que deneguem a presença do bebé no corpo da mãe”. Deste modo, se o processo de maternalidade é desadequado, as condições para estabelecer uma relação saudável com o feto estão normalmente postas em causa.

O processo de vinculação pré-natal é responsabilidade dos pais e da capacidade que têm para se relacionar com um ser ainda não nascido, mas já presente. A teoria da vinculação pressupõe uma interacção entre o bebé e a mãe. Brazelton (1992) assegura que há interacção entre mãe-bebé ao longo da gravidez, com adaptações mútuas aos estímulos produzidos por cada um. “ O feto tem ritmos próprios, e os ritmos da mãe e do feto vão sendo entrelaçados juntos numa sincronia em que cada um vai conhecendo o outro”.

Deutch (cit. por Brandon, 2005) refere-se à vinculação pré-natal como sendo um processo no qual a energia libidinal da grávida é direccionada para o feto. Neste sentido, o feto torna-se cada vez mais humano com o avançar da gravidez. A mãe ama-o como sendo uma extensão do self e como um objecto independente.

Muller (cit. por Brandon, 2005) afirma que a vinculação pré-natal é uma relação única que se desenvolve entre a mulher e o feto. Estes sentimentos são independentes dos sentimentos que a mulher tem sobre ela como mulher grávida ou a sua percepção de ser mãe.

Condon (1993) salienta que a vinculação pré-natal é a relação na qual a mãe procura “conhecer, estar com, evitar a separação ou perda, proteger, identificar e gratificar as

necessidades do feto”. Acrescenta ainda, que é um laço emocional que se desenvolve ao longo da gravidez, que envolve a mãe e o feto.

Mais recentemente Doan e Zimerman (cit. por Brandon, 2005) referem que a vinculação pré-natal é um conceito abstracto, que representa a relação afiliativa entre a mãe e o feto e que é potencialmente presente antes da gravidez. Está relacionada com as capacidades cognitivas e emocionais para conceptualizar outro ser humano, que se desenvolve num sistema ecológico.

Pepper e Knapp (cit. por Robinson, Baker e Nackerud, 1999)) expuseram nove eventos que contribuem para a formação da vinculação ao bebé: 1) gravidez planeada; 2) confirmação da gravidez; 3) aceitação da gravidez; 4) movimentos fetais; 5) aceitação do feto como um indivíduo separado e individualizado; 6) parto; 7) ver o bebé; 8) tocar no bebé; 9) cuidar do bebé.

Investigações recentes sugerem que a vinculação pré-natal é um indicador da competência da mãe para cuidar do bebé (cit. por Vedova, Dabrassi e Imbasciati, 2008) e está relacionado com a sua sensibilidade para a posterior interacção com o recém-nascido (Pajulo et al. cit. por Vedova *et al*, 2008). Uma baixa vinculação pré-natal está relacionada com dificuldades em lidar consigo própria e conseqüentemente com o recém-nascido, o que pode levar a uma gravidez de risco ou a complicações no parto (Lindgren cit. por Vedova *et al*. 2008).

A importância da vinculação para a saúde e bem-estar da pessoa é elevada, na medida em que. A confiança na disponibilidade da figura de vinculação diminui o medo e a ansiedade, Esta confiança básica desenvolve-se durante a infância e estrutura expectativas positivas que acompanham a pessoa ao longo da sua vida, afectando as relações que estabelece (Bowlby, 1993).

3.3 Vinculação Pré-Natal e Interrupção Espontânea da Gravidez

As diversas reacções à perda da uma gravidez podem ser influenciadas pelo grau de investimento na gravidez e pela ligação (vinculação) que a mãe sente pelo feto. Ao contrário do que se possa pensar, as reacções à perda não são necessariamente influenciadas pelo tempo de gestação (Robinson, *et al*. 1999). Estes autores diferenciam a vinculação e investimento. Sendo que, a vinculação está relacionada com os sentimentos desenvolvidos

pelo bebé, enquanto o investimento na gravidez está associado a um processo mais activo de envolvimento com o feto.

A perda de um adulto é encarada como uma perda do passado, enquanto, a perda de um bebé é sentida com a perda do futuro. Este bebé torna-se parte de identidade dos pais, e parte desta identidade é perdida.

Turco (cit. por Robinson *et al.* 1999) salienta que a perda de um bebé resulta em sofrimento e na reemergência de um *self* que é inadequado para lidar com as circunstâncias, acompanhado pela emergência de um forte sentimento de culpa. Este mesmo autor, refere que este sofrimento que resulta da IEG, quando não é resolvido e é levado para uma nova gravidez pode vir a condicionar a vinculação ao outro bebé.

Os avanços recentes da medicina têm tido um impacto na vinculação pré-natal e IEG (Kolker e Burke cit. por Robison et al. 1999). O uso frequente de ecografias, amniocentese e outras técnicas de diagnóstico pré-natal têm vindo a influenciar a vinculação *in utero*, pois providencia aos pais uma oportunidade de visualizar o bebé, criar uma imagem e atribuir-lhe características. Deste modo, as técnicas de diagnóstico pré-natal contribuem para um aumento da ligação e dos sentimentos ao bebé.

Moulder (1994) fez um trabalho que consistia na compreensão da IEG usando os modelos de vinculação e perda. Este autor sugere que os factores importantes para a explicação das reacções das mulheres à IEG estão relacionados com a extensão da ligação ao bebé e ao grau de investimento na gravidez. Contudo, e como já foi anteriormente referido, as reacções à perda da gravidez não são necessariamente determinadas pela idade gestacional. Moulder (1994) assume que a vinculação e o investimento na gravidez são processos separados mas que estão ligados entre si e desenvolvem-se em alturas diferentes, dependentemente da mulher.

As teorias da vinculação baseiam-se no conceito de que a vinculação é um processo individual que ocorre não só depois do nascimento, como também, na experiência pré-natal. Investigações com a de Moulder (1994) providenciam uma base de que a teoria da vinculação não só pode ser usada para compreender a IEG, como ainda, contribuir para a sua integração (Robinson *et al.* 1999).

De acordo com Armstrong e Hutti (1998) a vinculação pré-natal (numa gravidez seguinte) é menor nas mulheres com história de IEG e que estas expressam diferenças nas atitudes para com o bebé, umas mostravam grande preocupação e envolvimento com o bebé, enquanto outras mantinham-se distantes e pouco envolvidas.

Segundo Theut, Moss, Zaslow, Rabinovich, Levin, e Bartko, (1992) os níveis de sofrimento no decorrer de uma gravidez que sucede uma IEG estão significativamente mais elevados, no entanto, após o nascimento do bebé esses mesmos níveis decrescem.

Em conclusão, parecem existir evidências de que as mulheres que têm história de IEG possuem uma vinculação pré-natal mais baixa na gravidez seguinte, que pode vir a afectar o decorrer da gravidez, bem como, a futura relação da mãe com o recém-nascido.

Este estudo tem por objectivo proporcionar uma melhor compreensão da vinculação pré-natal, nestas mulheres, bem como, perceber como é que estas vão investir nesta nova gravidez e quais os sentimentos a ela associados.

Deste modo, é pertinente a investigação nesta área para, posteriormente, poder intervir junto destas mulheres, atenuando o seu sofrimento e na tentativa de melhorar a vinculação a este novo bebé.

II – METODOLOGIA

II.4.1. Definição do problema e das hipóteses

Problema: Será que as mulheres com episódios de interrupção espontânea da gravidez apresentam valores médios mais baixos de Vinculação Pré-Natal numa gravidez seguinte?

Hipótese Fundamental: A Vinculação Pré-Natal, numa nova gravidez, será menor nas mulheres com história de interrupção espontânea da gravidez, quando comparada com as mulheres que não têm história de interrupção espontânea da gravidez.

Hipótese Experimental (H) e Hipótese Nula (H0):

H1: Na amostra de mulheres grávidas com história de interrupção espontânea da gravidez, a média dos valores da vinculação pré-natal são mais baixos do que na amostra de mulheres grávidas sem história de interrupção espontânea da gravidez.

H0 (1): Não existem diferenças significativas entre as médias dos indicadores de vinculação pré-natal apresentadas pelas mulheres grávidas com história de interrupção espontânea a gravidez, e as médias apresentadas pelas mulheres grávidas sem história de interrupção espontânea da gravidez.

II.4.2. Definição e operacionalização das variáveis

II.4.2.1. Variável Independente e Variáveis Dependentes

Neste trabalho usamos apenas uma variável independente: presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez. Foram apenas consideradas aquelas interrupções registadas nas histórias clínicas das senhoras, sem se ter em consideração os episódios em que as mulheres suspeitavam ter tido uma gestação interrompida logo nas primeiras três ou quatro semanas.

As variáveis dependentes desta investigação são três e correspondem às subescalas do instrumento Questionário da Vinculação Pré-Natal: 1 – Qualidade da Vinculação Pré-Natal; 2 – Intensidade da Vinculação Pré-Natal; 3 – Vinculação Pré-Natal Total.

II. 4.3 Amostras

Nesta investigação participaram cento e catorze mulheres grávidas, utentes das consultas de obstetrícia em várias instituições de saúde da área metropolitana de Lisboa. Solicitou-se a participação das utentes, sendo-lhes entregue uma Folha de Informação onde constava o objectivo e os procedimentos da investigação a ser realizada, a par do esclarecimento de dúvidas proporcionado pela investigadora. Os critérios de inclusão foram os seguintes: mulheres grávidas com e sem história de interrupção espontânea da gravidez; entre os 20 e os 40 anos de idade e sem nenhuma patologia associada. Para as mulheres com história de perda gestacional, tentou-se seleccionar aquelas cujas IEG tivessem ocorrido entre as 7 e as 24 semanas, ou seja, entre o fim do primeiro trimestre e o início do segundo.

Para testar a hipótese foram recolhidas duas amostras distintas. A primeira foi constituída por 63 gestantes sem história de interrupção espontânea da gravidez e a segunda por 52 gestantes com história de interrupção espontânea da gravidez.

De seguida, vai-se proceder à descrição sócio-demográfica das mulheres grávidas que participaram neste estudo:

II.4.3.1. Amostra 1

As grávidas da amostra 1 apresentam idades compreendidas entre 20 e 41 anos com uma média de 30.48 (DP = 4.623). Relativamente ao estado civil das grávidas, verificou-se que 42 são casadas (36.5%), 18 são solteiras em união de facto (15.7%) e apenas três são solteiras (2.6%). O nível de escolaridade das mulheres apresenta uma média de 14,32 (DP = 3.625).

No que diz respeito ao estado civil: 3 mulheres são solteiras (4.8%); 18 vivem em união de facto (29%) e 41 são casadas (66.1%). Em relação ao agregado familiar 41 vivem só com o marido (66.1%), 18 vivem com marido e filhos (29%) e apenas 3 vivem com a família de origem (4.8%). No que se relaciona com a etnia, todas as 62 mulheres são de etnia branca (100%), bem como, são todas de nacionalidade Portuguesa (100%). Em relação ao nível sócio económico a maioria das mulheres (32.3%) encontram-se no nível médio superior, 19 estão situadas no nível Superior (30.6%), 13 no nível médio (21%) e apenas 4 estão no nível

médio inferior (6.5%). Neste grupo 45 mulheres afirmam ter planeado a gravidez (72%) e 17 mulheres referem que a gravidez não foi planeada (27.4%).

No que diz respeito às características relacionadas com a gravidez, 45 mulheres desta amostra afirmaram terem planeado a gravidez (72%) contrariamente às 17 mulheres para quem a gravidez foi inesperada (27,4%). Nesta amostra existem 44 mulheres que são primigestas (71%) e 18 que não são (29%).

II.4.3.2 Amostra 2

As mulheres da amostra 2 apresentam idades compreendidas entre os 23 e os 44 anos com uma média de 31,85 (DP = 4.654). Relativamente ao estado civil verificou-se que 35 são casadas (30,4%), 15 são solteiras em união de facto (13%) e apenas duas são solteiras (1,7%). O nível de escolaridade das mulheres desta amostra apresenta uma média de 15,67 (DP=15,67).

no que diz respeito ao estado civil 2 mulheres são solteiras (3,8%), 15 vivem em união de facto e a maioria, 35 são casadas (67,3%). Em relação à raça, 51 das mulheres são de raça branca (98,1%) e apenas 1 é de raça negra (1,9%). Um dado interessante que surgiu nesta análise foi o da nacionalidade. Enquanto no outro grupo a nacionalidade foi 100% Portuguesa, neste grupo verificou-se uma maior variabilidade das nacionalidades das mulheres: 46 são de nacionalidade Portuguesa (88,5%), 2 mulheres são de nacionalidade Espanhola (3,8%), outras duas de nacionalidade Franco-Portuguesa (3,8%), 1 de nacionalidade Inglesa (1,9%) e outra mulher é de nacionalidade Brasileira (1,9%). No que diz respeito ao agregado familiar, 32 das mulheres vivem com o marido (61.5%), 18 vive com o marido e filhos (34.6%) e apenas 2 mulheres vivem sozinhas, sem companheiro (3.8%). Em relação ao Nível sócio-económico, 21 mulheres situam-se no nível Médio Superior (40.4%), 19 estão enquadradas no nível Superior (36.5%), 7 encontram-se no nível Médio (13.5%) e 1 no nível Médio Inferior (1.9%). Em relação à gravidez ter sido planeada 44 mulheres responderam que sim (84.6%), e por outro lado, 8 mulheres responderam não ter planeado a gravidez (15.4%).

No que diz respeito às características relativas à gravidez, 44 mulheres afirmaram terem planeado a gravidez (84.6%) contrariamente às oito mulheres para quem a gravidez foi inesperada (15.4%). Nesta amostra o número de interrupções espontâneas varia entre uma e

seis, sendo que a maior incidência é entre uma e três. Deste modo, 25 mulheres tiveram uma interrupção espontânea da gravidez (48.1%), 11 mulheres tiveram duas (23.1%) e 12 mulheres tiveram três (23.1%). A idade em que estas mulheres tiveram a primeira interrupção da gravidez varia entre os 21 e os 39 anos, no entanto, 30 destas mulheres tiveram a primeira interrupção espontânea da gravidez entre os 26 e os 31 anos. No que diz respeito ao número de gravidezes anteriores a maioria das mulheres teve entre uma e três interrupções, sendo que 17 mulheres tiveram uma interrupção (32.7%), 15 tiveram duas interrupções (28.8%) e 10 tiveram 3 interrupções (19.2%). Em relação ao número de filhos nascidos 33 das mulheres desta amostra não tem filhos (63.5%), 16 mulheres têm um filho (30.8%) e 3 mulheres tem dois filhos já nascidos.

II.4.4. Instrumentos

O material utilizado no decurso desta investigação foi o seguinte:

- Questionário Sócio-demográfico, com o qual se pretendeu obter informação social e demográfica relativas à mulheres, nomeadamente: idade, estado civil, nível de escolaridade, agregado familiar, profissão, etnia, nacionalidade e naturalidade. Este instrumento permitiu, igualmente, a recolha de dados relativos à gravidez, à história obstétrica, tempo de gestação e paridade.

- Questionário de Vinculação Pré-Natal (QVPN) de Condon (1993), adaptado para a população Portuguesa por Camarneiro e Justo (2007). De acordo com o modelo teórico de Condon (1993), as duas formas da escala focam sentimentos, atitudes e comportamentos dirigidos ao feto. Os itens das escalas foram inicialmente desenvolvidos a partir de entrevistas com casais expectantes australianos, a que se seguiu a construção de questionários preliminares que foram testados em vários grupos de progenitores. Incluem-se amostras de cada trimestre da gravidez e de pais e mães quer casados (ou em união de facto) com o outro progenitor, quer separados. Da análise dos itens e estudos de fidelidade resultou a forma Materna do QVPN com 19 itens e a forma paterna com 16 itens. A análise factorial sugeriu duas subescalas em ambas as versões, as quais, segundo Condon, representam duas dimensões distintas da vinculação pré-natal. A primeira – “Qualidade da Vinculação” – representa a qualidade das experiencias afectivas e inclui sentimentos positivos de

proximidade, ternura, prazer na interacção, tensão perante a fantasia de perda do bebé e conceptualização do feto como uma “pessoa pequena”. A segunda – “Intensidade da Vinculação” (ou tempo passado no modo de vinculação), representa a força e a intensidade da preocupação com o feto, isto é, o grau em que o feto ocupa um lugar central na vida emocional dos progenitores. Inclui a quantidade de tempo passado a pensar sobre, falar sobre, sonhar sobre ou palpar o feto, bem como a intensidade dos sentimentos que acompanham estas experiências.

Nas duas versões, cada item é o início de uma afirmação com cinco opções de resposta para completar a frase. Alguns itens têm pontuação crescente de 1 a 5, mas a maioria tem a pontuação inversa de 5 a 1. Os totais de cada subescala são obtidos através da soma dos respectivos itens. Genericamente, notas mais altas indicam um estilo de vinculação mais positivo. O preenchimento desta escala demora aproximadamente cinco minutos a responder, e são apropriadas para progenitores com e sem filhos prévios.

-Programa Estatístico SPSS, versão 17.

II.4.5. Procedimento

O conjunto de sujeitos desta investigação é constituído por 114 mulheres, divididas em 2 amostras distintas, de acordo com as variáveis independentes consideradas. A maioria das mulheres foi contactada em serviços de saúde, quando aguardavam consultas médicas da área de obstetrícia. A amostra 1 é constituída por mulheres sem história prévia de IEG e a amostra 2 é composta por mulheres com história de IEG.

As amostras foram recolhidas em instituições de saúde da área de Lisboa, num período de 4 meses, de Junho a Setembro de 2009.

Para a recolha da amostra 1 (sem história de IEG) recorreu-se a aulas de preparação para o parto da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, das quais fazem parte mulheres que estavam a ser seguidas nas Consultas de Saúde Materna dos Centros de Saúde que abrangem a área da Maternidade. A abordagem a estas mulheres foi feita enquanto estas esperavam pelo início da aula, na sala de espera, e o preenchimento do questionário era realizado num gabinete individual. Recorreu-se também à Consulta de Saúde Materna que decorre todos os

dias da semana no Centro de Saúde da Marvila, na qual as mulheres eram abordadas enquanto aguardavam pela consulta de obstetrícia. Recorreu-se igualmente a *blogs* da Internet em que participam mulheres grávidas.

Para a recolha da amostra 2 (com história de IEG) foi elaborado um projecto de investigação, que por sua vez, foi entregue ao Conselho de Administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e à Comissão de Ética para a Saúde da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, com o objectivo de solicitar autorização para a recolha da amostra nessa instituição de saúde. A abordagem às mulheres foi feita na consulta de GEMF (Grupo de Estudo de Morte Fetal), sendo-lhes entregues os questionários e a Folha de Informação, depois da apresentação da investigadora e dos objectivos do estudo. A entrega da Folha de Informação foi acompanhada pelo Consentimento Informado no qual constam as assinaturas das participantes e da investigadora. Este documento foi assinado por cada puérpera e pela investigadora, e constituiu duas cópias: uma para cada participante e outra para a investigadora. A maioria dos questionários foi efectuada pelas próprias mulheres, tendo existido algumas puérperas que solicitaram a ajuda da investigadora para os preencher.

V - RESULTADOS

Para saber se a distribuição das variáveis se ajustavam à distribuição normal procedeu-se à realização do Teste de Kolmogorov-Smirnov, incidindo nas seguintes variáveis: idade da grávida, anos de escolaridade, nº de gravidezes anteriores, nº de filhos nascidos, o tempo de gestação actual, as 2 subescalas do QVPN e a escala total do QVPN. Recorreu-se à leitura dos QQPlots para as variáveis: ano de escolaridade, número de gravidezes anterior e número de filhos nascidos, pois o teste de Kolmogorov-Smirnov não confirmou a existência de uma distribuição normal. Após a leitura, verificou-se que estas variáveis estão ajustadas à distribuição normal.

O teste de Levene foi efectuado para verificar a homocedasticidade, isto é, para verificar a homogeneidade das variâncias entre as duas amostras, incidindo em todas as variáveis dependentes: as 2 subescalas do QVPN e a escala total do QVPN. Conclui-se que as variâncias não são homogéneas, à excepção da subescala 2, referente à Intensidade da Vinculação (intensidade da preocupação com o feto) ($p=0.748$)

Estudou-se a existência de diferenças, para cada amostra, com o objectivo de verificar se existiam diferenças significativas, incidindo nas seguintes variáveis: estado civil, raça, nacionalidade, agregado familiar, nível sócio económico e gravidez planeada ou não. Verificou-se que não existem diferenças nestas variáveis para cada amostra, portanto, são amostras que podem ser comparadas.

Para as outras variáveis (intervalares), nomeadamente a idade da grávida, os anos de escolaridade, o número de gravidezes anteriores, o número de filhos nascidos e o tempo de gravidez actual, foi calculada a média e o desvio padrão para cada amostra. Verificou-se, através do teste T-Student, que não existem diferenças significativas para cada amostra.

As subescalas do QVPN foram sujeitas ao estudo da Consistência Interna:

Subescala 1 – Qualidade da Vinculação. Esta escala é constituída por 12 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 7, 9, 11, 12, 13, 18). Após a retirada dos itens 1 e 12, tem-se a seguinte consistência interna – *Alpha Cronbach*=0.730;

Subescala 2 – Intensidade da Vinculação. Esta escala é constituída por 8 itens (1, 10, 12, 14, 15, 16,17, 19). Após a retirada dos itens 1 e 16, obteve-se a seguinte consistência interna – *Alpha Cronbach*= 0.309; como é um valor de consistência interna baixo, põe em causa a fidelidade desta subescala.

A escala total do QVPN é originalmente constituída pelos itens que integram as subescalas já referidas. Depois de se retirarem os itens 1, 4, 12, 14 e 19, tem-se a seguinte consistência interna – *Alpha Cronbach*=0.751.

De seguida, apresenta-se o quadro com os valores das médias e dos desvios-padrão relativos às variáveis da vinculação pré-natal para as mulheres das duas amostras.

Quadro 1: Médias e desvios-padrão relativos às variáveis da vinculação pré-natal (*) para as mulheres das duas amostras (**)

	Amostra 1		Amostra 2	
	Média	DP	Média	DP
subQVPN1	46.27	3.951	45.33	6.058
subQVPN2	24.19	1.949	24.00	2.169
QVPNtotal	57.60	4.880	56.29	6.743

(*) subQVPN1 – Qualidade da Vinculação; subQVPN2 – Intensidade da Vinculação ou tempo dispendido no modo de vinculação; QVPNtotal – Vinculação Pré-Natal.

(**) Amostra 1= Mulheres sem história de IEG; Amostra 2=Mulheres com história de IEG.

Testagem de H1

As mulheres com história de perda gestacional vão apresentar uma Vinculação Pré-Natal mais baixa do que as mulheres sem história de perda gestacional.

Para se analisar a influência da variável independente deste estudo (Presença de história de IEG) nas variáveis dependentes (Qualidade da vinculação, Intensidade da vinculação e a Vinculação Pré-Natal), procedeu-se à realização do teste estatístico T-Student. Verificou-se que o efeito da variável independente no conjunto das variáveis dependentes não é significativo.

No quadro 2, apresentam-se os valores do teste do efeito da variável independente nas variáveis dependentes.

Quadro 2: Teste do efeito da perda gestacional na Vinculação Pré-Natal (*) entre as mulheres das amostras 1 e 2 (**) realizados no âmbito de uma T-Student.

Variável dependente	DF	T	P
subQVPN1	112	0.968	0.336
subQVPN2	112	0.502	0.617
subQVPNtotal	112	1.166	0.247

(*) subQVPN1 – Qualidade da vinculação; subQVPN2 – Intensidade da Preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação; subQVPNtotal – Vinculação Pré-Natal

(**) Amostra 1= Mulheres sem história de perda gestacional; Amostra 2= Mulheres com história de perda gestacional

Neste quadro, não se verificam valores significativos para a influência da IEG na Vinculação Pré-Natal; portanto H1 é refutada.

Apesar de não terem sido encontrados valores significativos em nenhuma das subescalas, foram feitas outras comparações com outras variáveis, de modo, a investigar a sua relação com as diferentes subescalas.

Em primeiro lugar, foi realizada uma comparação entre as mulheres que tiveram três ou mais IEG com as restantes, incluindo a amostra 1 (mulheres sem histórias de IEG). Para tal,

foi realizado um Teste T-Student e através dos dados obtidos verificou-se que existem diferenças significativas para a escala total.

De seguida, apresenta-se o quadro com os valores das médias e dos desvios-padrão relativos às variáveis da vinculação pré-natal.

Quadro 3: Médias e desvios-padrão relativos às variáveis da vinculação pré-natal (*)

	Três ou mais IEG		Menos de três IEG	
	Média	DP	Média	DP
subQVPN1	43.81	6.156	46.17	4.767
subQVPN2	23.31	2.387	24.23	1.968
QVPNtotal	54.00	6.723	57.49	5.538

(*) subQVPN1 – Qualidade da Vinculação; subQVPN2 – Intensidade da Vinculação ou tempo dispendido no modo de vinculação; QVPNtotal – Vinculação Pré-Natal.

No quadro 4, apresentam-se os valores do efeito da variável independente nas variáveis independentes.

Quadro 4: Teste do efeito de três ou mais IEG na Vinculação Pré-Natal (*), no âmbito de um T-Student.

Variável dependente	DF	T	P
subQVPN1	112	-1.760	0.81
subQVPN2	112	-1.686	0.95
subQVPNtotal	112	-2.266	0.025

(*) subQVPN1 – Qualidade da vinculação; subQVPN2 – Intensidade da Preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação; subQVPNtotal – Vinculação Pré-Natal

Como se pode verificar existe um valor significativo para a Escala Total da Vinculação Pré-Natal ($p=0.025$).

Outra variável que pareceu ser interessante comparar com as variáveis dependentes, foi o tempo (em meses) que as mulheres da amostra 2 (com história de IEG) levaram a engravidar, após a última IEG. Diferenciou-se a amostra 2 entre mais de doze meses e menos de doze meses, que corresponde ao período de luto que deveria ser realizado após a perda de um bebé.

Para se analisar este efeito procedeu-se à realização do teste estatístico T-Student. Através dos dados multivariados, pôde verificar-se que existem diferenças significativas em duas das variáveis dependentes (Qualidade da Vinculação e na escala total da Vinculação Pré-Natal).

De seguida, apresenta-se o quadro com os valores das médias e dos desvios-padrão relativos às variáveis da vinculação pré-natal.

Quadro 5: Médias e desvios-padrão relativos às variáveis da vinculação pré-natal (*)

	Mais de doze meses (um ano)		Menos de doze meses (um ano)	
	Média	DP	Média	DP
subQVPN1	47.26	4.825	40.07	6.082
subQVPN2	24.05	2.092	23.86	2.445
QVPNtotal	58.21	5.478	51.07	7.269

(*) subQVPN1 – Qualidade da Vinculação; subQVPN2 – Intensidade da Vinculação ou tempo dispendido no modo de vinculação; QVPNtotal – Vinculação Pré-Natal.

No quadro 6, apresentam-se os valores do efeito da variável independente nas variáveis independentes.

Quadro 6: Teste do efeito do tempo que a mulher leva a engravidar após a última IEG na Vinculação Pré-Natal (*), no âmbito de um T-Student.

Variável dependente	DF	T	<i>p</i>
subQVPN1	50	4.440	0.00
subQVPN2	50	0.286	0.776
subQVPNtotal	50	3.809	0.00

(*) subQVPN1 – Qualidade da vinculação; subQVPN2 – Intensidade da Preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação; subQVPNtotal – Vinculação Pré-Natal

Como se pode verificar através da análise destes quadros, existem diferenças significativas entre o tempo que as mulheres levam a engravidar após uma IEG e as variáveis dependentes: Qualidade da Vinculação ($p=0.000$) e a Escala Total da Vinculação Pré-Natal ($p=0.000$).

Outra relação que pareceu ser interessante verificar, diz respeito ao número de filhos nascidos (nas mulheres com história de IEG) vir a influenciar a Vinculação Pré-Natal a uma nova gravidez. Diferenciou-se a amostra 2 entre as mulheres que têm pelo menos um filho e as que ainda não têm filhos.

Para se analisar este efeito procedeu-se à realização do teste estatístico T-Student. Através dos dados multivariados, pôde verificar-se que existem diferenças significativas numa das variáveis dependentes (Intensidade da Vinculação).

De seguida, apresenta-se o quadro com os valores das médias e dos desvios-padrão relativos às variáveis da vinculação pré-natal.

Quadro 7: Médias e desvios-padrão relativos às variáveis da vinculação pré-natal (*)

	Pelo menos um filho nascido		Sem filhos	
	Média	DP	Média	DP
subQVPN1	44.26	6.224	45.94	5.958
subQVPN2	23.26	1.834	24.48	2.224
QVPNtotal	55.05	6.745	57.00	6.741

(*) subQVPN1 – Qualidade da Vinculação; subQVPN2 – Intensidade da Vinculação ou tempo dispendido no modo de vinculação; QVPNtotal – Vinculação Pré-Natal

No quadro 8, apresentam-se os valores do efeito da variável independente nas variáveis independentes.

Quadro 8: Teste do efeito de ter filhos nascidos na Vinculação Pré-Natal (*), no âmbito de um T-Student.

Variável dependente	DF	T	<i>p</i>
subQVPN1	50	-0.960	0.342
subQVPN2	50	-2.203	0.032
subQVPNtotal	50	-1.003	0.321

(*) subQVPN1 – Qualidade da vinculação Pré-Natal; subQVPN2 – Intensidade da Preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação; subQVPNtotal – Vinculação Pré-Natal

Como se pode verificar através da análise destes quadros, existem diferenças significativas entre ter filhos nascidos e a variável dependente da Intensidade da Vinculação Pré-Natal ($p = 0.032$).

No quadro 9, apresentam-se os Coeficientes de Correlação de Pearson para as variáveis da Vinculação Pré-Natal e algumas das variáveis sócio-demográficas.

As correlações significativas existentes são marcadas por um ou dois asteriscos, consoante o nível de significância.

Quadro 9: Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis da Vinculação Pré-Natal e as variáveis sócio-demográficas.

		Idade	Escolaridade	Nº grav anteriores	Nº filhos nascidos	Nº IEG	Tempo última IEG	Idade 1ª IEG	subQVPN 1	subQVPN 2	QVPNTotal
Idade	r	1	.192*	.443**	.459**	.283**	.212*	.253**	-.297**	-.194*	-.270**
	P		.040	.000	.000	.002	.024	.007	.001	.039	.004
	N	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114
Escolaridade	r	.192*	1	.100	.074	.083	-.024	.235*	-.069	-.80	-.086
	p	.040		.290	.436	.379	.803	.012	.463	.395	.364
	N	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114
Nº grav anteriores	r	.443**	.100	1	.512**	.904**	.468**	.678**	-.174	-.129	-.191*
	p	.000	.290		.000	.000	.000	.000	.064	.172	.041
	N	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114
Nº filhos nascidos	r	.459**	.074	.512**	1	.100	.147	.039	-.083	-.063	-.045
	p	.000	.436	.000		.289	.118	.682	.381	-.505	.634
	N	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114
Nº IEG	r	.283**	.083	.904**	.100	1	.467**	.766**	-.163	-.122	-.202*
	p	.002	.379	.000	.289		.000	.000	.083	.197	.032
	N	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114
Tempo último IEG	r	.212*	-.024	.468**	.147	.467**	1	.548**	.013	-.072	.006
	p	.024	.803	.000	.118	.000		.000	.889	.446	.947
	N	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114
Idade 1ª IEG	r	.253**	.235*	.678**	.039	.766**	.548**	1	-.136	-.070	-.146
	p	.007	.012	.000	.682	.000	.000		.148	.457	.122
	N	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114
subQVPN1	r	-.297**	-.069	-.174	-.083	-.163	.013	-.136	1	.456**	.950**
	P	.001	.463	.064	.381	.083	.889	.148		.000	.000
	N	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114
subQVPN2	R	-.194*	-.080	-.129	-.063	-.122	-.72	-.70	.456**	1	.635**
	P	.039	.395	.172	.505	.197	.446	.457	.000		.000
	Ñ	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114
QVPNtotal	r	-.270**	-.086	-.191*	-.045	-.202*	.006	-.146	.950**	.635**	1
	p	.004	.364	.041	.634	.032	.947	.122	.000	.000	
	N	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114

*A correlação é significativa ao nível de significância 0.05

*A correlação é significativa ao nível de significância 0.01

Neste quadro, verificam-se correlações positivas entre: a idade e a escolaridade; a idade e o número de gravidezes anteriores; a idade e o número de filhos nascidos; a idade e o número de IEG; a idade e o tempo desde a última IEG; a idade e a idade da primeira IEG; a escolaridade e a idade na primeira IEG; o número de gravidezes anteriores e o número de filhos nascidos; o número de gravidezes anteriores e o número de IEG; o número de gravidezes anteriores e a idade das mulheres na primeira IEG; o número de IEG e o tempo desde a última IEG; o número de IEG e a idade da mulher na primeira IEG; o tempo desde a última IEG e a idade da mulher na primeira IEG; a subescala da Intensidade da Vinculação Pré-Natal e a subescala da Qualidade da Vinculação Pré-Natal: a subescala da Qualidade da Vinculação Pré-Natal com a Vinculação Pré-Natal Total e por último a escala da Intensidade da Vinculação Pré-Natal com a Vinculação Pré-Natal Total.

Por outro lado, verificam-se correlações negativas entre: a subescala da Qualidade da Vinculação Pré-Natal e a idade; a subescala da Intensidade da Vinculação Pré-Natal e a idade da grávida; a idade da grávida e a Vinculação Pré-Natal Total; o número de gravidezes anteriores com a subescala da Vinculação Pré-Natal Total; o número de IEG e a Vinculação Pré-Natal Total.

VI – DISCUSSÃO

Esta investigação propôs a testagem de uma hipótese de modo a estudar o efeito da variável independente – presença ou ausência de história de IEG – nas variáveis dependentes (Qualidade da Vinculação Pré-Natal; Intensidade da Vinculação Pré-Natal e a Vinculação Pré-Natal Total). De acordo com os resultados, a variável presença de história de IEG não influenciou significativamente a dimensão vinculação.

Como se pode verificar no quadro 1, as mulheres da amostra 1 (sem história de IEG) apresentam uma média de 46.27 pontos na subescala referente Qualidade da Vinculação Pré-Natal, enquanto as mulheres da amostra 2 (com história de IEG) apresentam uma média de 45.33 na mesma subescala; e apresentam uma média de 24.19 pontos na subescala da Intensidade da Vinculação Pré-Natal, enquanto as mulheres da amostra 2 (com história de IEG) apresentam uma média de 24.00 na mesma subescala; para a escala de Vinculação Pré-Natal Total as mulheres da amostra 1 (sem história de IEG) apresentam uma média de 57.60, enquanto as mulheres da amostra 2 (com história de IEG) apresentam uma média de 56.29.

Assim, não existem diferenças significativas entre as duas amostras no que diz respeito às subescalas da Vinculação Pré-Natal. No entanto, verifica-se que as mulheres com história de IEG estabelecem uma vinculação pré-natal semelhante às mulheres sem história de IEG. Contudo, analisando as médias, parece que, apesar das diferenças entre as amostras não serem significativas, as mulheres da amostra 2 (com história de IEG) apresentam médias um pouco mais baixas do que as mulheres da amostra 1 (sem história de IEG), o que significa que apesar de não haver diferenças significativas existe uma tendência para as mulheres da amostra 2 (com história de IEG) apresentarem valores mais baixos da vinculação pré-natal.

Estes resultados não confirmam estudos referidos no Capítulo I, em que se verificaram diferenças significativas entre mulheres com história de IEG e a Vinculação Pré-Natal. Contudo, outros autores como Armstrong (cit. por Tsartsara e Johnson, 2006) e Tsartasara e Johnson (2006) obtiveram resultados semelhantes aos desta investigação. Não verificaram diferenças significativas para a Vinculação Pré-Natal nas mulheres com história de perda IEG, mas por outro lado, verificaram que estas mulheres apresentam níveis de ansiedade mais elevados nos dois primeiros trimestres da gravidez que sucede uma IEG.

Outra explicação para estes resultados está relacionada com a nova gravidez. Segundo Theut et al. (1992) com a nova gravidez, verifica-se um decréscimo do sofrimento relacionado com a perda anterior, um atenuamento da agitação (relacionada com o não ser capaz de engravidar novamente), uma aceitação da perda, diminuição da culpa e da

depressividade. A diminuição de todos estes factores psicológicos pode contribuir para uma Vinculação Pré-Natal segura e de boa qualidade.

Em acréscimo, muitas das mulheres desta amostra, com história de IEG, já estavam numa fase da gravidez mais avançada do que as gravidezes anteriores que resultaram em IEG, o que pode contribuir para uma maior segurança e relaxamento permitindo um maior e melhor investimento na gravidez.

É importante salientar que muitas mulheres são resilientes e são capazes de adaptar-se, aceitar a perda e seguir em frente. Para tal é necessário que haja um conhecimento da perda por parte da mulher e pelos que a rodeiam, bem como, um reconhecimento da sua capacidade para ultrapassar a perda e posteriormente ter outros filhos.

Fez-se igualmente uma análise que visava comparar as mulheres com três ou mais IEG com as mulheres que tiveram menos de três ou nenhuma. Para esta testagem, efectuou-se o teste T-Student e através da análise do output pode-se verificar que existem diferenças significativas, para a variável dependente Vinculação Pré-Natal Total, entre estes dois grupos (Quadro 3). As mulheres com mais de três IEG apresentam uma média de 54.00 na Escala de Vinculação Pré-Natal Total, enquanto as restantes mulheres apresentam uma média de 57.49. Deste modo, pode-se verificar que a presença de três ou mais IEG interferem com o estabelecimento da Vinculação Pré-Natal numa gravidez seguinte.

Estas mulheres têm uma história obstétrica marcada por sofrimento, dor e ansiedade. Quando voltam a engravidar, continuam a sofrer pelas perdas anteriores e, simultaneamente, tentam desenvolver uma ligação com o feto. Algumas delas, na tentativa de se proteger de uma dor futura, retraem-se a nível do investimento emocional com o novo bebé (Armstrong e Hutti, 1998). O evitamento emocional, o medo de investir e de serem capazes de ligar-se ao bebé, a ansiedade que advém das experiências traumáticas que foram as gravidezes anteriores, a ambivalência face a esta gravidez (o querer este bebé e ao mesmo tempo não querer, no sentido de protecção), a culpabilidade sentida pelas perdas anteriores vai ter impacto na Vinculação Pré-Natal e na futura relação mãe-bebé, após o nascimento.

Os resultados de estudos qualitativos indicam que a vivência de uma gravidez após IEG tem um maior índice de ansiedade bem como, medo de uma nova perda, hipervigilância, evitamento emocional como medida de protecção, adiamento dos preparativos para a chegada de um novo bebé e uma marcada preocupação com a saúde do feto (Hense, cit. por Côte-Arsenault e Robin Marshal 2000). Todas estas características dificultam a vivência de uma nova gravidez e trazem recordações traumáticas que complicam a relação entre a mãe e o bebé e impedem o estabelecimento de uma Vinculação Pré-Natal segura e de boa qualidade.

Foi feita outra análise comparativa entre as mulheres que esperaram mais de doze meses após a última IEG para voltar a engravidar e as que engravidaram em menos de doze meses. Para efectuar esta comparação procedeu-se à realização de um teste T-Student e, através dessa análise, pode-se constatar a existência de diferenças significativas para duas das variáveis dependentes: a Qualidade da Vinculação Pré-Natal ($p = 0.000$) e a Escala Total da Vinculação Pré-Natal ($p = 0.000$). As mulheres que engravidaram em menos de doze meses desde a última IEG obtiveram uma média de 40.07 na subescala da Qualidade da Vinculação Pré-Natal, enquanto as mulheres que engravidaram após doze meses da última IEG obtiveram uma média de 47.26 na mesma subescala. Na Escala Total de Vinculação Pré-Natal as mulheres que engravidaram em menos de doze meses obtiveram uma média de 51.07, enquanto as mulheres que engravidaram após doze meses obtiveram uma média de 58.21 para a mesma escala.

Como já foi referido no Capítulo I, após uma IEG, permanecem sensações de perda, sofrimento, depressividade, luto, perda da auto-estima e culpabilidade. O sentimento é o de perda de um filho, pois a mulher já sente o bebé com parte de si própria e o imaginário do bebé é muito concreto e definido. A reacção à interrupção espontânea da gravidez varia de pessoa para pessoa. Algumas mulheres desejam substituir logo a criança assim que possível, enquanto outras jamais pensa em ter filhos novamente.

Assim, é importante que o luto seja realizado, não só para os pais, como também para o novo bebé, de modo a que ele não seja confundido com o precedente, que não seja reparador da ferida narcísica dos pais que, quando não aceitam a morte, desenvolvem um episódio depressivo com sentimentos de culpa, pensamentos de morte, perda da auto estima, dificuldades de adaptação social e familiar (Santos *et al.*, 2008).

Parece, que a gravidez que ocorre pouco tempo depois da IEG surge como uma reparação que pretende a atenuar a culpabilidade e o sofrimento e como um preenchimento de um vazio, que a mulher sente que não pode ser preenchido outra forma. Todos os sentimentos e sofrimento associados à perda do bebé estão ainda muito presentes e por resolver. Quando são levados para outra gravidez pode vir a condicionar a vinculação a outro bebé (Turco cit. por Robinson *et al.*, 1999).

Nos resultados obtidos, pode verificar-se que as mulheres que engravidam pouco tempo depois obtêm valores significativamente mais baixos para duas subescalas. Constata-se que a qualidade da vinculação pré-natal é inferior, podendo traduzir uma maior ambivalência face a esta nova gravidez, pouco envolvimento ou envolvimento com pouca preocupação. Como é referido no Capítulo I as mulheres que engravidam após uma IEG sentem que tem de investir

na gravidez fazendo os possíveis para garantir a saúde do bebê e ao mesmo tempo tentam proteger-se não investindo totalmente para o caso de uma ocorrer novamente uma perda. Este evitamento e a falta de investimento na gravidez podem justificar os valores da subescala da Qualidade da Vinculação e a escala total da Vinculação Pré-Natal.

Outra análise que foi realizada diz respeito à comparação entre as mulheres da amostra 2 (com história de IEG) que têm pelo menos um filho nascido com aquelas que ainda não tem filhos nascidos. Para esta testagem recorreu-se à realização de um teste T-Student e através da análise dos dados verificou-se que existe diferenças significativas para a subescala da Intensidade da Vinculação Pré-Natal ($p = 0.032$). Deste modo, as mulheres que já têm filhos apresentam uma média para a Intensidade da Vinculação Pré-Natal de 23.16, enquanto as mulheres que ainda não têm filhos apresentam uma média de 24.48 para a mesma subescala.

A subescala da Intensidade da Vinculação Pré-Natal diz respeito à intensidade da preocupação com o feto, ou seja, representa o grau em que o feto ocupa um lugar central na vida emocional da mulher. As mulheres que ainda não têm filhos nascidos, apresentam valores superiores para esta subescala, o que pode significar uma maior apreensão e preocupação com o feto, bem como muito tempo passado a pensar e a sonhar com o bebê tendo este um papel central na vida da mulher.

As mulheres que foram capazes de levar uma gravidez até ao fim, viram o desejo de serem mães cumprido, ou seja, sabem que, apesar de terem dificuldades em levar a gravidez até ao fim, são capazes de atingir a maternidade. Por outro lado, aquelas mulheres que sofrem de IEG e continuam a não ver o seu desejo de “ser mãe” realizado, sentem uma grande culpabilidade e sofrimento associado a estas perdas que tanto se repetem. Assim, quando estão grávidas ficam excessivamente apreensivas e preocupadas com a saúde do feto. O medo de uma nova perda e a ansiedade, leva a uma ambivalência face à gravidez que oscila entre a preocupação extrema (centração no feto) e entre a tentativa de não se envolver e investir na gravidez. Contudo, o desejo de ser mãe é tão intenso, assim como a culpabilidade associada às IEG anteriores, que a preocupação com o bebê sobrepõe-se e é associada a sentimentos intensos.

No entanto, é importante ter em conta que a baixa consistência interna da subescala da Intensidade da Vinculação (Alpha Cronbach = 0.309), poderá enviesar os resultados das análises estatísticas, pelo que as interpretações das análises referentes a esta subescala terão de ser realizadas com reserva.

No teste de Correlação de Pearson, verificam-se vários valores significativos que requerem a sua análise interpretativa. Existem correlações positivas entre o número de gravidezes anteriores e o tempo que a mulher leva a engravidar após a última IEG ($r = .468^{**}; p = .000$); entre o número de IEG e o tempo que a mulher leva a engravidar após a última IEG ($r = .467^{**}; p = .000$); desse modo conclui-se que quanto maior for o número de gravidezes anteriores e de IEG maior será tempo que a mulher levará a engravidar, o que pode traduzir o medo de voltar a engravidar e de, novamente, sofrer uma perda reavivando todos os sentimentos de tristeza e culpabilidade.

Existe uma correlação positiva entre a idade da mulher na primeira IEG, o número de IEG ($r = .766^{**}; p = .000$) e o tempo que a mulher leva a engravidar após a última IEG ($r = .548^{**}; p = .000$), ou seja, com o avançar da idade o número de IEG aumentam assim como o tempo que a mulher leva a engravidar após a última IEG. Existem correlações positivas entre a subescala da Qualidade da Vinculação Pré-Natal e a subescala da Intensidade da Vinculação ($r = .456^{**}; p = .000$) e entre estas duas e a escala total da Vinculação Pré-Natal - ($r = .950^{**}; p = .000$) e ($r = .635^{**}; p = .000$), respectivamente. Desse modo, conclui-se que quanto maior for o valor na escala total de Vinculação Pré-Natal maior serão os valores das outras subescalas e vice-versa.

Por outro lado, verifica-se uma correlação negativa entre o número de gravidezes anteriores e a escala total da Vinculação Pré-Natal ($r = -.191^{*}; p = .041$); o que significa que quanto maior for o número de gravidezes anteriores menor será a Vinculação Pré-Natal. No caso das mulheres com filhos nascidos estes valores podem ser justificados pelo pouco tempo disponibilizado, pela mulher, ao investimento da gravidez pois está ocupada com os filhos e com a vida quotidiana. Por outro lado e de acordo com o que foi referido no Capítulo I, nas mulheres com história de IEG, o bebé imaginário coincide em certa parte com o bebé perdido, fazendo com que a mãe apresente desejos contraditórios de dar à luz um filho vivo ou de continuar unida a outro falecido (Bayle, 2008). Esta ambivalência faz com que estas mulheres tenham a tendência para protegerem-se, não investindo emocionalmente na nova gravidez que pode ser novamente interrompida (Côte-Arsenault e Marshal, 2000) daí a vinculação pré-natal ser inferior.

Existem correlações negativas entre a idade, a subescala da Qualidade da Vinculação ($r = -.297^{**}; p = .001$), a subescala da Intensidade da Vinculação ($r = -.194^{*}; p = .039$) e a escala total de Vinculação Pré-Natal ($r = -.270^{**}; p = .004$). Deste modo, pode-se concluir que existe um decréscimo da Vinculação Pré-Natal com a avançar da idade das mulheres. Este valor pode ser justificado pela mesma razão anterior, visto que com o avançar a idade as

mulheres evoluem a nível profissional e pessoal (nº de filhos), logo têm menor disponibilidade para investir na gravidez.

Existe uma correlação negativa entre o número de IEG e a escala de Vinculação Total ($r = -.202^*$; $p = .032$), o que significa que quanto maior for o número de IEG menor será a Vinculação Pré-Natal. Mais uma vez este resultado confirma a ambivalência e o evitamento que estas mulheres apresentam na gravidez que sucede uma IEG. Como já foi referido anteriormente, a ausência de condições intra-psíquicas para a elaboração da gravidez configura-se em impasses, resolúveis apenas pela expressão somática, onde podemos incluir teoricamente, a IEG. Transpondo esta afirmação para os resultados obtidos observa-se que as IEG recorrentes podem ter uma expressão somática, interferindo com a elaboração da gravidez, assim como com o estabelecimento de uma vinculação pré-natal segura e de boa qualidade.

Outro dado pertinente de ser discutido é a diferença que existe entre as amostras no que diz respeito à nacionalidade das mulheres. Enquanto na amostra 1 (mulheres sem história de IEG) as mulheres são todas de nacionalidade Portuguesa, as mulheres pertencentes à amostra 2 (com história de IEG) têm uma maior variabilidade, sendo que quarenta e seis são de nacionalidade Portuguesa (88,5%), duas mulheres são de nacionalidade Espanhola (3,8%), outras duas de nacionalidade Franco-Portuguesa (3,8%), uma de nacionalidade Inglesa (1,9%) e outra mulher é de nacionalidade Brasileira (1,9%). Esta variabilidade associada à IEG pode sugerir que a falta de apoio social, stress associado à mudança e a adaptação a uma nova cultura e a um novo país podem condicionar e dificultar o desenvolvimento de uma gestação saudável. Segundo Conway (1991) o apoio da família e dos amigos tem efeitos positivos para as mulheres que tiveram uma experiência de IEG. Oakley e col. (cit. por Conway, 1991) investigaram no mesmo sentido e concluíram que o que as mulheres consideravam ser um auxílio para o processo de luto dizia, primeiramente, respeito ao apoio por parte do marido (25%), apoio por parte dos amigos (13%) e o apoio da família (11%). Deste modo, pode ser assumido que a falta de apoio por parte da família e dos amigos pode contribuir para uma maior dificuldade em ultrapassar a perda e, conseqüentemente, uma maior dificuldade em lidar com uma nova gravidez. O stress e as dificuldades de adaptação, o desamparo e o facto de estar a lidar a mudança, já são, por si, questões difíceis que criam algumas dificuldades, mas quando estão igualmente presentes sentimentos de perda e culpabilidade que advém de uma IEG, torna a vivência da gravidez mais difícil.

VII – CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objectivo principal estudar o impacto da IEG na Vinculação Pré-Natal numa gravidez seguinte. Neste ponto apresentar-se-ão as conclusões, sintetizando-se os principais resultados obtidos. Serão ainda salientadas algumas limitações da investigação e apontadas sugestões para estudos futuros.

Retira-se como principal conclusão que a vinculação pré-natal não difere para as mulheres com história de IEG, ou seja, os valores da vinculação pré-natal são muito semelhantes para as duas amostras.

Apesar da não constatação de diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com e sem IEG, foram denotados aspectos interessantes que vão de encontro à hipótese. Foram encontradas diferenças significativas entre as mulheres com, mais de três IEG; para aquelas que engravidaram num curto espaço de tempo (após a última IEG) e para aquelas que ainda não tem filho nascidos e a vinculação pré-natal, nas quais esta é inferior.

No entanto deverão ser apontadas algumas limitações deste estudo que poderão ter contribuído para os resultados. Primeiramente, deveria ter havido um maior controlo na recolha da amostra 1 (sem IEG), de modo, a ter conhecimento de outras variáveis que pudessem influenciar as respostas, por exemplo: presença de sintomatologia depressiva ou ansiedade associada a outra problemática que não a gravidez, problemas conjugais ou familiares ou outras preocupações que pudessem por em causa um bom estabelecimento da Vinculação Pré-Natal. Em segundo lugar, poderia ter sido feito um maior controlo do nível socioeconómico das mulheres das duas amostras, de modo, a obter uma representação mais significativa de cada classe. Em terceiro lugar a parte empírica desta investigação foi realizada utilizando uma amostra de mulheres grávidas de apenas dois estabelecimentos de saúde localizados na área da Grande Lisboa, não podendo ser considerada representativa da generalidade da população Portuguesa. Apesar da dimensão aceitável da amostra, considera-se que teria sido uma mais valia conseguir uma amostra, não só de maiores dimensões, mas também com uma maior diversidade geográfica e cultural de indivíduos.

Estudos futuros poderão avaliar mais a fundo a temática aqui investigada, utilizando uma amostra de maiores dimensões. Seria muito interessante incluir a visão paterna associada a esta problemática, avaliando vinculação pré-natal do pai a um novo bebé após uma história de interrupção espontânea da gravidez.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ainsworth, M. (1994). Attachments and other affectional bond across the life cycle. In C.M. Parkes, J., Stevenson-Hinde, & P. Maris, (Eds.), *Attachment across life cycles*. London: Tavistock/Routledge.

Armstrong, D. & Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursin*, 27, 183-189.

Bayle, F. (2008) O luto Pertinatal. In F. Bayle, & S. Martinet (Eds.), *Perturbações da Parentalidade* (pp 121-135). Lisboa: Climepsi Editores.

Bibring, G. (1959). Some considerations of psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, XIV, pp. 113-121.

Bibring, G.; Dwyer, T.; Huntington, D.S.; Valenstein, A.F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship – I. Some propositions and comments. *The Psychoanalytic Study of the child*, XVI, pp. 9-24.

Bowlby, J. (1990). *Apego e Perda, Voll: Apego*. São Paulo, Martins Fontes.

Bowlby, J. (1990). *Formação e rompimento dos laços afectivos*. (2ªed.) São Paulo, Martins Fontes.

Bowlby, J. (1985). *Apego e Perda, Vol. II: Separação, angústia e raiva*. São Paulo, Martins Fontes.

Boyce, P.; Condon, J.T. & Ellwood, D.A. (2000). Pregnancy loss: A major life event affecting emotional health and well-being. *Medical Journals Association*, 176.

Brandon, A.R. (2006). *Maternal and Fetal representations, Dimensions of Personality and Prenatal Attachment in woman hospitalized with high risk pregnancy*. (no prelo) Faculty of the Graduate School of Biomedical Sciences, University of Texas.

Brazelton, T.B. (1992). *Tornar-se família*. Lisboa: Terramar.

- Cabral, I.P. (2005). Morte e luto na gravidez e puerpério. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 61-91). Lisboa: Fim de Século.
- Canavarro, M.C. (1999) *Relações Afectivas e Saúde Mental*. (1ª ed.) Coimbra, Quarteto: Editora.
- Canavarro, M.C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Developments of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Conway, K. (1991). Miscarriage. *Psychosom. Obstet. Gynecol.* 12, pp. 121-131.
- Colman, L.L.; Colman, A.D. (1994). *Gravidez – A Experiência Psicológica*. Lisboa, Edições Colibri.
- Cordeiro, J.D. (2005). Psicologia e Psicodinâmica da gravidez. In J.D. Cordeiro, (Ed.) *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Correia, M.J. (1998). Sobre a Maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), pp.365-371.
- Côte-Arsenault, D. & Marshal, R. (2000). One Foot In – One Foot Out: Weathering the Storm of Pregnancy after Perinatal Loss. *Nursing & Health*, 23, pp 473-485.
- Domar, A.D. & Dreher, H. (2000). *Equilíbrio Mente/Corpo na Mulher*. (2ªed.) São Paulo: Editora Campus.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas da maternidade. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da Maternidade e Paternidade. In *Estudos e Ensaios em homenagem a Eurico Figueiredo. População e Sociedade*, 12. Edições Afrontamento.
- Franché, R. & Bullock, C. (1999). The impact of a subsequent pregnancy on grief and emotional adjustment following a perinatal loss. *Infant Mental Health Journal*, 20, 175-187.
- Franché, R. & Mikail S.F. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Scientific Medicine*, 48, pp 1613-1623.

- Frost, M. & Condon, J.T. (1996). The psychological sequelae of miscarriage: A critical review of literature. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, pp 54-62.
- Grimm, E. (1962). Psychological Investigation of Habitual Abortion. *Psychosomatic Medicine*, vol XXIV, 4, pp 369-378.
- Gruen, D. (1990). Postpartum depression: a debilitating yet often unassessed problem. *Health and Social Workk*, 15 (4), pp. 261-270.
- Jansen, H.J., Cuisinier, M.C., Hoodguin, K.A., & Graauw, K.P. (1996). Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American Journal of Psychiatry*, 153, pp 226-230.
- Klier, C.M., Geller, P.A., & Ritsher J.B. (2002). Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review. *Archive of Womens Mental Health*, 5, pp 129-149.
- Markham, U. (2004). *Aborto Espontâneo*. São Paulo: Agora.
- Montagner, H. (1993). *A Vinculação – A aurora da ternura*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Moulder, C. (1994). Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12, 65-67.
- Pines, D. (1989). Pregnancy, miscarriage and abortion. A psychoanalytical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 71 pp 301-307.
- Robinson M., Baker L., & Nackerud L. (1999). The Relationship of Attachment theory and perinatal loss. *Death Studies*, 23 (3), pp. 257-270.
- Rota, M. (1995). *Comunicar com a Criança – da concepção à adolescência*. Lisboa, Terramar.
- Sá, E. (1993). *Psicologia dos pais e do brincar*. Lisboa, Fim de Século.
- Sá, E., & Cunha, M.J. (1996). *Abandono e Adopção*. Coimbra, Almedina.
- Sá, E. (1997). *A Maternidade e o Bebê*. Lisboa, Fim de Século.
- Sami-Ali, Cady, S., Froli, G., Gauthier, M., Gorot, J., Mendes, A. P. & Robert, M. (2001). *Sonho e a Psicossomática*. Dinalivro.

Santos, M.S., Bayle, F., & Conboy, J. (2008). Luto, Sofrimento e Tristeza Pós-Aborto. In F. Bayle, & S. Martinet (Eds.), *Perturbações da Parentalidade* (pp. 121-135). Lisboa: Climepsi Editores.

Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T.B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé, (Eds.) *A Dinâmica do Bebê*, Porto Alegre, Artes Médicas.

Theut, S.K., Moss, H.A., Zaslow, M.J., Rabinovich, B.A., Levin, L., & Bartko, J.J. (1992). Perinatal Loss and maternal attitudes toward the subsequent child. *Infant Mental Health Journal*, 13, pp. 157-166.

Tenazinha, E., Bayle, F., & Conboy, J. (2008) A Interrupção da Gravidez. In F. Bayle, & S. Martinet (Eds.), *Perturbações da Parentalidade* (pp. 121-135). Lisboa: Climepsi Editores.

Tsartsara E. & Johnson, M.P. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feeling of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (3), pp 173-182.

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), pp 86-98.

Vlaanderen, W., & Treffers, P. (1987). Prognosis of subsequent pregnancies after recurrent spontaneous abortion in first trimester. *British Medical Journal*, 295, pp.92-93.

Anexo 1

Folha de Informação ao Participante e Consentimento Informado

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Impacto de uma Interrupção Espontânea da Gravidez na Vinculação Pré-Natal numa Gravidez seguinte

Introdução

O meu nome é Ana Sofia Rodrigues e sou aluna finalista do Mestrado Integrado em Psicologia na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. No âmbito da tese de mestrado, pretendo realizar um estudo designado “O Impacto de uma Interrupção Espontânea da Gravidez na Vinculação Pré-natal numa gravidez seguinte”.

Antes de decidir se quer ou não participar neste estudo, é importante que compreenda qual o objectivo desta investigação e o que irá envolver.

Por favor, leia atentamente a seguinte informação e não hesite em contactar-me para eventuais esclarecimentos ou mais informações.

Qual é o objectivo do estudo?

Esta investigação contribuirá para uma compreensão da vinculação pré-natal em mulheres com história de interrupções espontâneas da gravidez, no sentido de posteriormente ajudá-las a lidar com os sentimentos que advêm dessa perda e de torná-las capazes de se vincularem e envolverem numa gravidez seguinte.

Porque fui escolhida para participar neste estudo?

Este estudo irá envolver aproximadamente 100 mulheres que tenham ou não, um historial de interrupção espontânea da gravidez.

Será que tenho de participar?

A sua participação é voluntária. Pode decidir participar ou não neste estudo. Se decidir participar, ser-lhe-á entregue esta Folha de Informação ao Participante para guardar e ser-lhe-á pedido que assine o Consentimento Informado. Se decidir participar, pode desistir a qualquer altura ou a decisão de não participar não irá afectar a qualidade dos cuidados médicos que está a receber. Irá receber o mesmo tratamento e cuidados médicos independentemente de participar ou não no estudo

A sua participação no estudo não será remunerada.

O que terei de fazer se aceitar participar?

Se aceitar colaborar na minha investigação, ser-lhe-á pedido que responda a um questionário sobre os sentimentos e pensamentos associados a esta gravidez, que não deve demorar mais do que 10 minutos a preencher. Se desejar estes podem ser-lhe mostrados antes de decidir se quer participar ou não.

A minha participação no estudo será mantida confidencial?

Os dados recolhidos, que não a identificam individualmente, destinam-se a ser usados exclusivamente nesta investigação e serão tratados de forma anónima. Não terá qualquer identificação pessoal. A informação obtida não será utilizada para quaisquer outros fins.

O que irá acontecer aos resultados do estudo?

Este estudo pode ser publicado em Revistas Científicas mas sempre sem revelar o nome dos participantes.

Quem se encontra disponível para prestar mais informações?

Ana Sofia Nóbrega Rodrigues – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

Morada: Alameda da Universidade. 1649-013 Lisboa

Se decidir colaborar neste estudo deve assinar e datar as duas cópias da declaração de Consentimento Informado. Ser-lhe-á entregue uma cópia desta Folha de Informação ao Participante e do seu Consentimento Informado assinado, que deverá guardar.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Impacto de uma Interrupção Espontânea da Gravidez na Vinculação Pré-natal numa gravidez seguinte

Ao assinar esta página, confiro o seguinte

- Li e compreendi a Folha de Informação ao Participante do estudo acima referido e foi-me dada a oportunidade de pensar sobre isso e de colocar as questões;

- Todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente;

- Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação, sem que os meus cuidados médicos ou direitos legais sejam afectados.

- Consinto participar neste estudo e a divulgação dos dados como descrito anteriormente;

- Recebi uma cópia, que devo guardar, da Folha de Informação ao Participante e do Consentimento Informado deste estudo.

Nome Completo: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Anexo 2

Questionário Sócio-Demográfico

Questionário Sócio-Demográfico

Dados Pessoais

Idade: ____ Data de Nascimento: _____

Estado Civil: _____

Etnia: Branca Negra Outra _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Agregado Familiar: _____

Escolaridade (nº de anos de frequência escolar com sucesso): _____

Profissão: _____

Profissão do cônjuge: _____

História Obstétrica

Imagine esta linha como a linha do tempo (em anos) e marque com um traço perpendicular as gravidezes/abortos anteriores assinalando o ano em que ocorreu a gravidez, o tempo de gestação, o peso do bebê à nascença e o sexo (em caso de gravidez bem sucedida).

Anexo 3

Escala de Vinculação Pré-Natal – Forma Materna

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

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

Por favor, assinale apenas uma resposta para cada questão.

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

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

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

- 4) Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento. Este desejo é:
- muito fraco ou inexistente
 - bastante fraco
 - nem forte nem fraco
 - moderadamente forte
 - muito forte
- 5) Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebé em desenvolvimento no meu útero:
- quase sempre
 - com muita frequência
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nem por isso
- 6) Nas duas últimas semanas, eu penso no bebé em desenvolvimento, principalmente como:
- uma verdadeira pessoa pequenina com características especiais
 - um bebé como qualquer outro bebé
 - um ser humano
 - uma coisa viva
 - uma coisa ainda não completamente viva
- 7) Nas duas últimas semanas, senti que o bebé que está dentro do meu útero, depende de mim para o seu bem estar:
- totalmente
 - em grande parte
 - moderadamente
 - ligeiramente

nem por isso

8) Nas duas últimas semanas, dei por mim a falar para o meu bebé quando estou sozinha:

nem por isso

de vez em quando

frequentemente

com muita frequência

quase sempre quando estou sozinha

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

são sempre ternos e carinhosos

são principalmente ternos e carinhosos

são uma mistura de ternura e irritação

contêm uma certa dose de irritação

contêm muita irritação

10) A imagem que eu tenho da aparência do bebé dentro do meu útero, neste momento é:

muito clara

bastante clara

bastante vaga

muito vaga

não faço a mínima ideia

11) Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que trago no meu ventre, os meus sentimentos são:

muito tristes

moderadamente tristes

uma mistura de felicidade e tristeza

moderadamente felizes

muito felizes

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

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

13) Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido:

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

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

- de forma alguma
- uma ou duas vezes quando comia
- ocasionalmente quando comia
- bastante frequentemente quando comia
- sempre que comia

15) Quando vir o meu bebé pela primeira vez depois de nascer, espero sentir:

- um afecto intenso
- principalmente afecto
- desagrado perante um ou dois aspectos do bebé
- desagrado acerca de vários aspectos do bebé
- sobretudo desagrado

16) Quando o meu bebé nascer, eu gostaria de pegar nele:

- imediatamente
- depois de ter sido embrulhado numa manta
- depois de ter sido lavado
- umas horas mais tarde para as coisas acalmarem
- no dia seguinte

17) Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebé:

- nem por isso
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todas as noites

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:

- muitas vezes ao dia
- pelo menos uma vez por dia
- ocasionalmente
- apenas uma vez
- nem por isso

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

- muito satisfeita
- moderadamente satisfeita
- neutra (nem triste nem satisfeita, ou mistura de sentimentos)
- moderadamente triste
- muito triste

