

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

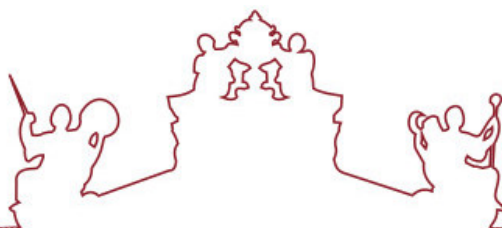
**Vivência do corpo na gravidez e a sua influência na
vinculação pré-natal.**

Helena Isabel Morte Gomes Peres

Orientador(es) | Constança Biscaia

Graça Duarte Santos

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

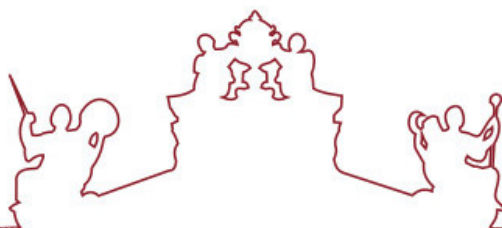
**Vivência do corpo na gravidez e a sua influência na
vinculação pré-natal.**

Helena Isabel Morte Gomes Peres

Orientador(es) | Constança Biscaia

Graça Duarte Santos

Évora 2026



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Heldemerina Samutelela Pires (Universidade de Évora)

Vogais | Graça Duarte Santos (Universidade de Évora) (Orientador)
Guida Veiga (Universidade de Évora) (Arguente)

Agradecimentos

Durante longos meses a concretização desta dissertação parecia não ser possível. Contudo, houve pessoas que nunca me deixaram desistir e me ajudaram a alcançar este tão grande feito. É a elas que dedico este trabalho e expresso a minha profunda gratidão.

Primeiramente, agradeço à minha orientadora Professora Doutora Constança Biscaia e coorientadora Professora Doutora Graça Santos, por me darem oportunidade de trabalhar este tema que tanto me diz e por todas as correções, sugestões e apoio ao longo deste processo.

Agradeço profundamente aos meus pais, Maria Jacinta Peres e Francisco Peres, que são o meu alicerce e a minha maior inspiração. Sem o vosso amor incondicional, apoio constante e fé inabalável em mim, nada disto teria sido possível. Obrigada por caminharem sempre ao meu lado, por me guiarem com sabedoria e por me darem a oportunidade e a força para construir o meu futuro.

Ao meu namorado David, que viveu de perto as minhas angústias, ansiedades e momentos de desespero. Nunca me deixou desistir, encorajou-me sempre, acreditou em mim, ajudou-me como podia e todos os dias me prova que o amor verdadeiro se revela nos gestos mais simples, na paciência incansável e na força que encontramos no outro quando achamos que já não temos mais nenhuma. Obrigada por seres o meu porto seguro.

Agradecer imensamente à Joana, que foi uma ajuda fundamental ao longo de todo o processo e sem ela teria sido muito difícil conseguir. Obrigada por toda a paciência, todos os ensinamentos, por me teres feito acreditar que era possível terminar esta etapa.

Agradecer a toda a restante família e amigos, avó Eugénia, mano Miguel, cunhadas Gabriela e Laura, sogros Dulce e Manuel, avós Isabel e José, melhor amiga Catarina, amiga Cristina e Ju, que sempre torceram por mim e desejaram esta conquista com a mesma intensidade que eu.

Às colegas de curso que se prestaram a ajudar e me incentivaram. Obrigada!

À minha colega de licenciatura e amiga para a vida, Mariana Carvalho. Mesmo estando longe, está presente em todos os momentos e é uma grande inspiração para mim.

A todas as mulheres grávidas que se disponibilizaram para responder aos questionários e fizeram com que este estudo fosse possível.

Por fim, agradeço à Universidade de Évora e a todos os professores, por me terem acolhido e por impulsionarem o meu crescimento académico e pessoal.

A Vivência do Corpo na Gravidez e a sua relação com a Vinculação Pré-natal

Resumo

Este estudo analisou diferenças entre os níveis de imagem corporal da mulher grávida (percepção da imagem corporal e consciência interoceptiva) e vinculação pré-natal, bem como diferenças nestas variáveis em função do planeamento da gravidez. A amostra foi composta por 229 mulheres grávidas com 25 ou mais anos e pelo menos 20 semanas de gestação. Foram utilizados o Questionário sobre a Imagem do Corpo (QIC), o Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva (MAIA) e a Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM). Os resultados revelaram diferenças nos níveis de vinculação pré-natal, particularmente na sua qualidade, entre grávidas com percepções mais positivas e menos positivas da imagem corporal. Verificaram-se diferenças na vinculação pré-natal global e na qualidade da vinculação em função de algumas dimensões da consciência interoceptiva. Relativamente ao planeamento da gravidez, observaram-se diferenças na imagem corporal e na qualidade da vinculação entre grávidas com gravidez planeada e não planeada.

Palavras-Chave: vivência corporal; vinculação pré-natal; imagem corporal; consciência interoceptiva; gravidez.

The Experience of the Body During Pregnancy and Its Relationship with Prenatal Bonding

Abstract

This study analyzed differences in pregnant women's body image levels (body image perception and interoceptive awareness) and prenatal attachment, as well as differences in these variables based on pregnancy planning. The sample consisted of 229 pregnant women aged 25 years or older and at least 20 weeks pregnant. The Body Image Questionnaire (BIQ), the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness Questionnaire (MAIA), and the Maternal Prenatal Attachment Scale (MPAS) were used. The results revealed differences in prenatal attachment levels, particularly in their quality, between pregnant women with more positive and less positive perceptions of body image. There were differences in overall prenatal attachment and attachment quality based on some dimensions of interoceptive awareness. Regarding pregnancy planning, differences were observed in body image and attachment quality between pregnant women with planned and unplanned pregnancies.

Keywords: body experience; maternal–fetal attachment; body image; interoceptive awareness; pregnancy.

Índice

Introdução.....	1
Parte I – Enquadramento Teórico.....	3
1.1. Gravidez.....	3
1.2. Vivência do Corpo.....	9
1.3. Vinculação Pré-Natal.....	14
Parte II – Estudo Empírico.....	17
2. Objetivos e Hipóteses.....	17
3. Método.....	18
3.1. Participantes.....	18
3.2. Instrumentos de Recolha de Dados.....	21
3.2.1. <i>Questionário de Caracterização Sociodemográfica</i>	21
3.2.2. <i>Questionário sobre a Imagem do Corpo (QIC)</i>	21
3.2.3. <i>Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva (MAIA)</i>	23
3.2.4. <i>Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM)</i>	24
3.3. Procedimentos de Recolha de Dados.....	26
3.4. Procedimentos de Análise de Dados.....	27
4. Resultados.....	28
5. Discussão.....	34
6. Limitações, estudos futuros e implicações para a prática clínica.....	42
7. Conclusão.....	45
Referências Bibliográficas.....	46
Anexos.....	55
Anexo A - Termo de Consentimento Informado.....	56
Anexo B - <i>Questionário de Caraterização Sociodemográfica</i>	57

Índice de Tabelas

Tabela 1.	Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	18
Tabela 2.	Caracterização Clínica da Amostra.....	19
Tabela 3.	Vigilância e Vivência da Gravidez.....	20
Tabela 4.	Médias, Desvios-Padrão, Medianas, Valores mínimos e máximos e Consistência Interna.....	29
Tabela 5.	Valores da Imagem do Corpo (QIC) e Consciência Interoceptiva (MAIA) na Vinculação, escala global (EVPNM).....	31
Tabela 6.	Valores da Imagem do Corpo (QIC) e Consciência Interoceptiva (MAIA) na Qualidade da Vinculação e Intensidade da Preocupação (EVPNM).....	32
Tabela 7.	Valores da Gravidez Planeada e Não Planeada na Imagem do Corpo (QIC), na Consciência Interoceptiva (MAIA) e na Vinculação Pré-Natal (EVPNM).....	34

Lista Braquigráfica

QIC - Questionário sobre a Imagem do Corpo

MAIA – Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva

EVPNM - Escala de Vinculação Pré-Natal Materna

Introdução

Ao longo da gravidez a mulher experiencia transformações físicas, emocionais e relacionais que reconfiguram a percepção de si mesma e do mundo que a envolve. O corpo torna-se num espaço em constante metamorfose, não apenas pela evidente mudança morfológica, mas também pelo modo como essas alterações são vividas, sentidas e integradas na identidade da grávida (Meireles & Costa, 2004). Este corpo grávido, atravessado por dimensões biológicas, psicológicas e sociais, constitui um meio privilegiado de ligação consigo própria, com o bebé e com os outros (Gandolfi et al., 2019).

Durante o processo gestacional, a relação da mulher com o próprio corpo adquire especial relevo. A imagem corporal e a consciência interoceptiva, entendida como a percepção das sensações internas do corpo, tornam-se elementos centrais na vivência da gravidez (Mehling et al., 2012; Suga et al., 2022). Estas experiências corporais não ocorrem de forma isolada: elas dialogam com aspetos emocionais e relacionais, influenciando a forma como a mulher se conecta com o bebé ainda por nascer. Assim, o corpo grávido torna-se mediador de uma ligação afetiva precoce, a vinculação pré-natal, que pode ser determinante para a qualidade do vínculo pós-natal (Alves, 2020; Camarneiro, 2011).

A literatura tem evidenciado que a qualidade da vinculação pré-natal se associa a múltiplos fatores, entre os quais se destacam as representações da maternidade, o suporte social, a história de vinculação da própria mulher e, mais recentemente, as experiências corporais na gravidez (Alves, 2020; Camarneiro, 2011). A percepção positiva do corpo e a capacidade de escutar os seus sinais internos parecem potenciar uma relação mais afetiva, consciente e segura com o feto (Solorzano et al., 2022). Por outro lado, vivências corporais negativas, como rejeição da imagem corporal ou desconexão sensorial, podem dificultar o estabelecimento de uma ligação emocional consistente (Solorzano et al., 2022).

Outro aspeto a considerar é o planeamento da gravidez. Estudos indicam que gravidezes não planeadas podem associar-se a maiores níveis de ansiedade, ambivalência emocional e menor vinculação ao feto (Borges, 2019; McNamara et al., 2022). Assim, o facto de a gravidez ter sido ou não planeada pode repercutir-se tanto na forma como a

mulher vive o seu corpo, como na qualidade da vinculação pré-natal (Borges, 2019; McNamara et al., 2022l.)

Neste contexto, a presente investigação tem como objetivo principal analisar a associação entre a vivência corporal da mulher grávida, em particular, a percepção da imagem corporal e a consciência interoceptiva, e a vinculação pré-natal. Adicionalmente, pretende-se explorar de que forma o planeamento da gravidez se associa tanto à, percepção da imagem corporal como ao vínculo estabelecido com o feto.

A amostra é composta por mulheres grávidas com 25 anos ou mais e com um tempo de gestação igual ou superior a 20 semanas. O estudo assume uma abordagem quantitativa, tendo sido aplicados questionários com recurso a escalas validadas que operacionalizam as variáveis em análise.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico, subdividido em três secções principais: a gravidez, onde se exploram os diferentes trimestres, as alterações físicas, psíquicas e sociais e as várias tarefas inerentes ao decorrer da gravidez; a vivência corporal na gravidez, com especial enfoque na imagem corporal e na consciência interoceptiva; e a vinculação pré-natal, enquanto processo psicológico e afetivo. A segunda parte corresponde ao estudo empírico, descrevendo os objetivos, a metodologia, os instrumentos utilizados, a análise e discussão dos resultados, bem como as limitações e implicações para investigações futuras e prática clínica.

Parte I - Enquadramento Teórico

1.1. Gravidez

A gravidez corresponde a uma das tarefas desenvolvimentais mais relevantes da idade adulta, especialmente na vida da mulher. Trata-se de um estado normal e fisiológico, que pode ocorrer após o aparecimento da menarca, nome dado à primeira menstruação. A gravidez resulta da fecundação do espermatozoide no óvulo e termina com a realização do parto (Velosa, 2018). Por norma, pode durar até às 42 semanas de gestação, sendo considerada uma gravidez pré-termo quando o parto ocorre antes das 37 semanas. A gravidez divide-se em três trimestres: o primeiro trimestre vai da 1.^a à 13.^a semana de gestação; o segundo, da 14.^a à 27.^a semana; e o terceiro, da 28.^a à 42.^a semana (Cardoso, 2021).

Desde o início da gravidez e até ao momento do parto, a mulher passa por diversas alterações a nível físico, psicológico, social, endócrino, emocional, relacional, entre outros (Araújo et al., 2012; Silva, 2012). Estas alterações requerem adaptação e reorganização, uma vez que vão impactar e transformar a relação da mulher com o seu corpo, o seu self, as suas figuras significativas e a sua comunidade (Meireles & Costa, 2004). Os sinais e sintomas que podem surgir durante a gravidez variam de mulher para mulher, sendo que tanto a sua intensidade como a sua regularidade se alteram consoante o trimestre da gestação.

Relativamente ao primeiro trimestre de gravidez, os sinais e sintomas mais comuns, embora nem todas as mulheres os experienciem, incluem fadiga, sonolência, náuseas e vômitos. No segundo trimestre, alguns destes sintomas tendem a desaparecer, nomeadamente as náuseas e os vômitos, e podem surgir outros, como obstipação, câibras, aumento mamário e abdominal, sendo também neste período que começam a ser perceptíveis os primeiros movimentos fetais (Silva, 2012). É neste trimestre que as mudanças corporais se tornam mais evidentes, podendo constituir motivo de stress e preocupação para a mulher, à medida que se vai apercebendo de que não tem controlo sobre essas alterações, causadas pelo crescimento do feto (Camarneiro, 2011; Colman & Colman, 1994). Por fim, no terceiro trimestre, pode haver um aumento dos desconfortos físicos, devido ao crescimento acentuado da barriga, à azia que por vezes surge, à dificuldade respiratória, à compressão da bexiga e às contrações que começam a ocorrer, preparando o corpo da mulher para o parto (Silva, 2012).

Por se tratar de uma fase marcada por alterações significativas na vida da mulher, em que esta terá de adaptar os seus padrões de atividade, experienciar mudanças hormonais e físicas, redefinir papéis e relações sociais, este período pode ser caracterizado por alguma complexidade e, de acordo com alguns autores, como um período de crise (Araújo et al., 2012). Colman e Colman (1994) afirmam que, por um lado, a gravidez pode ser encarada como uma oportunidade de transformação e crescimento e, por outro, como um período desafiante e atribulado (Carvalho et al., 2006). A ambivalência de pensamentos e sentimentos relativos a esta fase, bem como a forma como a mulher a vivencia, pode ser impactada por determinados aspetos que afetam a vivência da gravidez. Entre esses aspetos estão o facto de se tratar da primeira gravidez, o ambiente familiar e a estabilidade da relação conjugal, o bem-estar físico e psicológico dos progenitores, bem como ser ou não ser uma gravidez planeada.

Este último aspeto, a "Gravidez Planeada", que no presente estudo se pretende explorar de que forma se relaciona com as variáveis "Vivência do Corpo" e "Vinculação Pré-natal", pode afetar significativamente a forma como a mulher grávida experiencia a transição para a maternidade, no significado que este processo assume para si, e na forma como vive as alterações do seu corpo e a vinculação pré-natal ao feto (Meireles & Costa, 2004).

De acordo com alguns autores, como Fernandez e Cabaço (2004), ao descobrir e confirmar a gravidez, a mulher pode reagir de duas formas distintas a nível emocional. Por um lado, pode manifestar uma reação de contentamento e aceitação, especialmente se a gravidez for planeada. Por outro lado, no caso de uma gravidez não planeada, pode surgir uma reação de surpresa. Esta reação de surpresa é, geralmente, acompanhada por um padrão de resposta conhecido como "Luta-Fuga", que pode fomentar emoções positivas (e.g., alegria, entusiasmo, serenidade, entre outras), associadas à resposta de "Luta" e, como tal, a uma gravidez planeada. Por sua vez, pode também desencadear emoções negativas (e.g., desespero, medo, arrependimento, entre outras), associadas à resposta de "Fuga", sugerindo uma gravidez não planeada (Carvalho et al., 2006).

Segundo a literatura (Lederman & Weis, 2009; McConnell & Daston, 1961), uma gravidez planeada por ambos os progenitores, tem efeitos positivos na forma como a mulher lida com as diversas mudanças que ocorrem, nomeadamente as alterações físicas e a ligação que irá estabelecer com o feto. O planeamento da gravidez está associado a sentimentos de prazer durante o processo gravídico, bem como a uma maior tolerância perante os desconfortos e alterações físicas (e.g., aumento do peso, dos seios,

aparecimento de estrias e outras marcas corporais). Está ainda relacionado com um maior apego ao feto durante o período pré-natal, fomentando as interações da mulher com a barriga e promovendo o sentimento de que o bebé vem para completar a sua vida (Lederman & Weis, 2009).

Ainda no âmbito da gravidez ser considerada um tempo de crise, como anteriormente referido, esta está associada à necessidade de reorganização que, quando concretizada, ou seja, quando as diversas tarefas desenvolvimentais correspondentes são integradas e realizadas, possibilita o acesso a níveis de funcionamento superiores, uma vez que estruturas intrapsíquicas e relacionais mais complexas se organizam (Erickson, 1980; Vizinha, 2020).

Nesse sentido, de forma a facilitar a adaptação da mulher às diversas alterações que este período de gravidez exige, e a permitir o seu envolvimento neste processo, é importante que um conjunto de tarefas psicológicas específicas seja resolvido. Estas tarefas têm um carácter sequencial e, à medida que são superadas, permitem que a grávida as integre e consiga transitar para a tarefa seguinte de forma bem-sucedida. No entanto, quando uma das tarefas não é devidamente resolvida, ao avançar para a etapa seguinte, a mulher grávida fica mais vulnerável a desajustes emocionais, físicos, sociais, entre outros (Borges, 2019; Kaplan et al., 1997).

Autores como Colman & Colman (1994) enunciam detalhadamente um conjunto de sete tarefas fulcrais que a mulher grávida deve realizar ao longo do seu período gestacional. Estas tarefas permitem uma redefinição de papéis, uma melhor preparação para a maternidade, bem como uma integração maturacional (Carvalho et al., 2006). São elas: Tarefa 1 – “Aceitar a Gravidez”; Tarefa 2 – “Aceitar a Realidade do Feto”; Tarefa 3 – “Reavaliar e Reestruturar a Relação com os Pais”; Tarefa 4 – “Reavaliar e Reestruturar a Relação com o Cônjuge/Companheiro(a)”; Tarefa 5 – “Aceitar o Bebé como Pessoa Separada”; Tarefa 6 – “Reavaliar e Reestruturar a Própria Identidade”; Tarefa 7 – “Reavaliar e Reestruturar a Relação com o(s) Outro(s) Filho(s)” (Carvalho et al., 2006; Vizinha, 2020).

A Tarefa 1, “Aceitar a Gravidez”, é caracterizada por alguma ambivalência entre o desejo de viver a gravidez e o receio de todas as transformações envolvidas. Nesta tarefa, a mulher deve aceitar que está grávida e que irá passar por diversas mudanças. Deve reconhecer que os seus hábitos de vida irão sofrer alterações e preparar-se a si própria, bem como à sua família, para a chegada do bebé (Carvalho et al., 2006; Justo, 1990).

Trata-se também de um período em que a mulher pode questionar-se e refletir sobre as transformações físicas pelas quais irá passar e sobre a aparência que o seu corpo poderá adquirir ao longo da gravidez. Podem igualmente surgir as primeiras preocupações e angústias relacionadas com o desenvolvimento da gravidez e com o parto, com crenças relativamente ao bebé (e.g., receio de malformações) e com as futuras responsabilidades (e.g., como a educação da criança ou a possível perda de liberdade). Perante esta ambivalência, é natural que ocorram alterações emocionais mais frequentes do que o habitual, podendo surgir oscilações de humor que geram angústia e confusão, tanto na mulher grávida como nas pessoas que integram o seu núcleo mais próximo (Carvalho et al., 2006; Colman & Colman, 1994).

A Tarefa 2, “Aceitar a Realidade do Feto”, caracteriza-se pela crescente perceção que a mulher grávida vai tendo do bebé como um ser com autonomia. Esta perceção resulta dos movimentos fetais, que se tornam mais intensos e frequentes, das modificações da imagem corporal ou da visualização do bebé nas ecografias (Carvalho et al., 2006). O reconhecimento do bebé como entidade autónoma permite que a grávida se vá desfazendo da ideia inicial de que o bebé é uma parte de si, começando a construir uma identificação materno-fetal (Vizinha, 2020). Nesse sentido, é a partir deste momento que a grávida começa a interagir com o bebé, através de conversas, carícias na barriga ou canções (Carvalho et al., 2006). A partir daqui a mulher também começa a fantasiar sobre o seu bebé, atribuindo-lhe personalidade e imaginando as suas características físicas.

Na Tarefa 3, “Reavaliar e Reestruturar a Relação com os Pais”, a mulher grávida realiza uma reavaliação da sua relação com os seus pais, sobretudo com a mãe, que se torna o seu principal modelo de comportamento materno (Colman & Colman, 1994; Vizinha, 2020). A partir dessa reavaliação, a grávida procura exemplos sobre como se deve preparar e comportar durante a gravidez e perante a chegada do bebé. Os comportamentos que considera adequados e funcionais serão adotados, enquanto os que percebe como disfuncionais ou desadequados tenderão a ser rejeitados ou reformulados (Carvalho et al., 2006).

Quanto à Tarefa 4, “Reavaliar e Reestruturar a Relação com o Cônjuge/Companheiro(a)”, esta consiste na adaptação às novas questões que surgem no seio do casal. Verificam-se alterações ao nível da sexualidade, das rotinas diárias e da dimensão afetiva. O casal confronta-se com dúvidas relativamente à sua capacidade de cuidar um do outro e do bebé que está para chegar. Podem emergir sentimentos de abandono ou rejeição, assim como preocupações sobre se constituirão uma rede de apoio

sólida, tanto enquanto casal como para o bebê. Trata-se de um período delicado, no qual o casal pode fortalecer a sua ligação ou, por outro lado, afastar-se (Carvalho et al., 2006).

A Tarefa 5, “Aceitar o Bebê como Pessoa Separada”, envolve alguma ambivalência entre o desejo de que o parto chegue rapidamente, para que a grávida possa finalmente conhecer o seu filho, e, por outro lado, a vontade de que a gravidez se prolongue, adiando assim o momento do parto (Carvalho et al., 2006; Mendes, 2002; Smith, 1999). Com a aproximação do final da gravidez, a grávida concentra maioritariamente a sua preocupação e atenção no trabalho de parto e no bebê, que terá de aceitar como uma pessoa separada, com necessidades próprias, podendo desligar-se gradualmente da experiência da gravidez. Esta tarefa acompanha o último trimestre, durante o qual ocorrem várias modificações fisiológicas, como ganho de peso e volume, aumento da frequência das contrações e maior cansaço.

Representações cognitivas e receios relativos à dor do parto, a possíveis complicações, tanto para a mulher como para o bebê, ou à dificuldade de adaptação ao recém-nascido, entre outras, podem surgir nesta fase final da gravidez e provocar ansiedade e inquietação (Bayle, 2005; Carvalho et al., 2006). O principal objetivo e desafio desta tarefa é que a grávida compreenda que, embora o bebê seja totalmente dependente de si, necessita de autonomia para se desenvolver. Assim, a mulher deve ir flexibilizando a forma como se liga ao bebê (Carvalho et al., 2006).

No que diz respeito à Tarefa 6, “Reavaliar e Reestruturar a Própria Identidade”, esta exige que os pais integrem o novo papel na sua identidade individual (Carvalho et al., 2006; Colman & Colman, 1994). Após o parto e ao chegar a casa com o bebê, a mulher deve fazer um balanço dos ganhos e perdas que a gravidez e a maternidade introduziram na sua vida, reorganizar e reestabelecer objetivos pessoais e aceitar as modificações decorrentes da nova etapa. Nesta fase, a maioria das mulheres dedica a maior parte do tempo à relação mãe-bebê e às tarefas tradicionais do lar, deixando, por vezes, de lado a relação com o cônjuge/companheiro(a), família ou amigos (Carvalho et al., 2006; Relvas & Lourenço, 2001). Se a mulher não estiver minimamente preparada para todas as alterações que o pós-parto e a maternidade acarretam, tiver dificuldade em lidar com essas mudanças e não sentir que realiza as tarefas da maternidade de forma positiva, pode estar sujeita à manifestação de perturbações psicológicas, como a depressão pós-parto (Carvalho et al., 2006; Figueiredo, 1997).

A última tarefa, a Tarefa 7, “Reavaliar e Reestruturar a Relação com o(s) Outro(s) Filho(s)”, dirige-se a mulheres que já têm um ou mais filhos vivos. Ao contrário da

primeira gestação, em que os receios se concentram maioritariamente no desenrolar da gravidez, nas alterações decorrentes da mesma, no bem-estar do bebé e na capacidade de adaptação à maternidade, nas gravidezes posteriores um dos receios que pode surgir com maior frequência é se a mulher terá capacidade física e psicológica para cuidar, amar e educar mais do que um filho em simultâneo e da mesma forma. Podem também surgir sentimentos de culpa associados à divisão da atenção e o receio da reação do primeiro filho à chegada do novo bebé (Carvalho et al., 2006; Vizinha, 2020). Espera-se que, ao longo do tempo, estas preocupações desapareçam, ficando resolvidas e integradas nas estruturas intrapsíquicas da mulher (Vizinha, 2020).

A resolução destas tarefas e a forma como a grávida, assim como o seu núcleo familiar, se adaptam às diversas mudanças que ocorrem durante o período da gravidez dependem, em parte, das representações que cada pessoa tem deste processo e das alterações subjacentes ao mesmo (Vizinha, 2020).

No estudo vigente, as tarefas que se destacam dizem respeito à aceitação da gravidez, mais propriamente à aceitação das mudanças físicas que vão ocorrendo e à aceitação da realidade do feto. O corpo, que começa a transformar-se inicialmente através de sintomas já descritos, e posteriormente com o desenvolvimento da barriga, ajuda a promover a aceitação da gravidez e da identidade materna, bem como fomenta o envolvimento emocional com o bebé. É através do crescimento da barriga e dos movimentos fetais que a mulher começa a relacionar-se com o bebé e a fantasiar as suas características (Meireles & Costa, 2004).

Segundo os resultados do estudo de Meireles e Costa (2004), que analisa a correlação entre a Vivência do Corpo Grávido e a Relação Mãe-Bebé, existe uma associação entre os processos psicológicos de identidade materna e de relação com o bebé, e a vivência e identificação com o corpo grávido. Sugere-se que uma maior identificação e uma relação mais positiva com o corpo grávido permite um melhor e maior envolvimento na relação com o bebé. É também sugerido que uma melhor aceitação e adaptação à gravidez contribui para uma vivência do corpo grávido e das suas transformações mais positivas. Ao experienciar de forma positiva e satisfatória as alterações corporais, a mulher identifica-se mais facilmente com o seu novo papel e identidade materna, iniciando a construção da relação com o bebé ainda no útero (Meireles & Costa, 2004).

A distinção entre gravidez planeada e gravidez aceite é relevante na análise da experiência da gravidez. Enquanto a gravidez planeada se refere à intenção consciente de

engravadar, a gravidez aceite diz respeito à forma como a mulher acolhe emocionalmente a gestação, independentemente de esta ter sido intencional (Borges et al., 2011; Meireles & Costa, 2004).

O planeamento da gravidez revela-se um fator determinante na forma como a mulher experiencia as mudanças físicas e emocionais inerentes à gestação. Estudos, como os de Borges (2019) e McNamara et al. (2022), indicam que mulheres que planearam a gravidez tendem a apresentar uma maior aceitação das transformações corporais, demonstrando atitudes mais positivas em relação ao seu corpo. Esta atitude favorece, por sua vez, uma vivência física e psicológica mais equilibrada da gravidez. Paralelamente, o planeamento está associado a níveis mais elevados de vinculação pré-natal, permitindo o desenvolvimento precoce de uma ligação afetiva com o bebé, o que contribui para uma maior preparação emocional para a maternidade (Borges, 2019; McNamara et al., 2022). Assim, o ato de planear engravidar não só potencia uma adaptação mais saudável às mudanças corporais, como também promove um vínculo materno-fetal mais forte e estruturado (Borges, 2019).

Desta forma, no presente estudo, destaca-se a variável gravidez planeada, considerando-se, com base na literatura, que é mais comum uma gravidez inicialmente não planeada tornar-se desejada ao longo do tempo do que uma gravidez planeada vir a ser indesejada após a sua descoberta (Borges, 2019). Assim, o planeamento da gravidez surge como um indicador relevante na compreensão da forma como a gestação é vivenciada desde os seus primeiros momentos (Borges, 2019).

1.2. Vivência do Corpo

O período da gravidez é um momento ímpar na vida de uma mulher. Apesar de ocorrer durante um curto período de tempo (cerca de 40 semanas), a gravidez acarreta inúmeras e rápidas mudanças a vários níveis, tais como social, físico e psicológico (Silva et al., 2023).

No que diz respeito ao corpo, as mudanças vão acontecendo gradualmente e tornam-se mais evidentes à medida que os trimestres da gravidez avançam. No primeiro trimestre, as alterações corporais são mais discretas, podendo incluir maior sonolência, aumento do apetite, presença de enjoos, alterações cutâneas, entre outras. No segundo trimestre, começam a surgir alterações físicas mais visíveis, como o crescimento da barriga, do peito, das ancas e o aumento do peso. Também durante este período aparecem

as primeiras sensações de movimento do bebê no útero. Contudo, é no terceiro trimestre que ocorrem as alterações mais significativas no corpo da mulher. Nesta fase, a imagem corporal apresenta-se totalmente diferente e, em termos de funcionalidade, o corpo encontra-se mais comprometido. No final da gravidez, a mulher apresenta um acentuado crescimento da barriga e do peito, o inchaço de várias partes do corpo acentua-se e contribui para o aumento de peso. Há ainda maior desconforto físico, dificuldade na locomoção, na realização de exercício físico e em tarefas básicas do dia a dia, como apanhar objetos do chão ou calçar os sapatos. Todos estes aspetos podem impactar a autoimagem e autoestima da mulher grávida, afetando o seu bem-estar psicológico e a relação com o feto (Gandolfi et al., 2019).

Na literatura, parece não existir consenso acerca da relação entre as mudanças físicas advindas da gravidez e a forma como a mulher vivencia o seu corpo. Para a maioria dos indivíduos, as alterações físicas decorrentes da gravidez são vistas como algo comum, que faz parte de um processo que permite o desenvolvimento e a geração de uma nova vida, conferindo à mulher uma sensação de orgulho e concretização (Ferreira, 2009). Por outro lado, perante os padrões femininos ainda muito presentes na sociedade, como a ideia de que um corpo magro e definido é sinónimo de perfeição e saúde, algumas mulheres grávidas podem atribuir sentimentos negativos e autocritica à sua imagem corporal, o que pode afetar a sua autoestima e bem-estar psicológico (Benevides et al., 2021).

Relativamente à autoimagem corporal, esta caracteriza-se pela representação mental do próprio indivíduo e é construída ao longo da vida através de experiências emocionais, pessoais ou sociais. Não se trata de um conceito estável, mas sim de um construto que vai sofrendo alterações consoante as diversas fases da vida (Peixeiro et al., 2022). De acordo com a literatura de Peixeiro et al. (2022), os autores salientam que, na vida adulta, a autoimagem pode ser afetada pela crítica e pelo olhar dos outros. Uma das fases da vida adulta que pode contribuir significativamente para alterações na imagem corporal é a gravidez. Quanto à autoestima, esta diz respeito ao juízo de valor que o indivíduo faz de si mesmo, envolvendo não apenas a perceção das suas capacidades e características, mas também o grau de aceitação e respeito por si próprio. Trata-se de um constructo multidimensional, influenciado por experiências passadas, relações interpessoais, padrões culturais e mecanismos internos de comparação das suas capacidades e características (Maçola et al., 2010). A autoestima está intimamente ligada

à autoimagem corporal, uma vez que a percepção que o indivíduo tem do seu corpo, ou seja, a forma como avalia a sua aparência física contribui significativamente para o juízo global que faz de si mesmo. A autoimagem corporal é um dos domínios específicos da autoestima, afetando particularmente a componente afetiva da autovalorização (Cash & Pruzinsky, 2002). Quando a percepção da imagem corporal é negativa, pode comprometer a autoestima geral, conduzindo a sentimentos de inadequação, vergonha ou desvalorização pessoal. Inversamente, uma percepção da imagem corporal positiva tende a fortalecer a autoestima, promovendo maior bem-estar emocional e segurança nas interações sociais. Assim, a forma como o corpo é sentido, interpretado e avaliado não é apenas um reflexo da aparência objetiva, mas resulta da interação entre fatores psicológicos, sociais e culturais (Benevides et al., 2021).

No período da gravidez, tanto a autoimagem como a autoestima podem ficar, em parte, afetadas. As mudanças que ocorrem no corpo durante esse período afastam-no dos padrões de beleza mais enfatizados pela sociedade, podendo causar frustração, insatisfação, sentimentos e pensamentos negativos sobre o próprio corpo (Benevides et al., 2021), afetando o bem-estar da mulher grávida e até o seu conceito de competência parental (Silva et al., 2023). Aliadas às mudanças estéticas, podem surgir preocupações com as alterações funcionais, que resultam numa maior dificuldade para realizar tarefas do dia a dia e, conseqüentemente, numa maior dependência de terceiros, na sensação de não atratividade sexual e em expectativas irreais acerca do corpo pré-parto e pós-parto (Bien et al., 2023; Silva et al., 2023).

Outro fator que, segundo a literatura, parece contribuir para uma melhor ou pior imagem corporal na gravidez é o planeamento da gravidez. De acordo com os estudos de Maçola et al. (2010), mulheres que engravidaram inesperadamente têm maior probabilidade de se sentirem insatisfeitas com a sua imagem corporal e, conseqüentemente, maior probabilidade de baixa autoestima durante o período gestacional. Uma pior imagem corporal em gravidezes não planeadas pode justificar-se pela frustração sentida pela mulher ao perceber que, não tem controlo sobre as mudanças que ocorrem no seu corpo, por não se sentir atrativa perante o companheiro ou cônjuge, ou pelo sentimento de culpa que pode surgir por não ter evitado a gravidez (Maçola et al., 2010).

Por outro lado, também segundo os estudos de Maçola et al. (2010), mulheres que planearam a sua gravidez apresentam maior probabilidade de se sentirem satisfeitas e

realizadas com a sua imagem e mudanças corporais, assim como níveis de autoestima mais positivos. Em gravidezes planeadas, há maior probabilidade de as mudanças corporais serem compreendidas através de sentimentos de gratidão, realização pessoal e até de poder (Maçola et al., 2010).

Como já referido anteriormente, a forma como a mulher encara as mudanças do corpo afeta diretamente a sua autoestima, a sua imagem corporal, assim como a maneira como vivenciará cada etapa da gravidez. Para além destes fatores, o vínculo com o feto também pode ser afetado, dependendo se a mulher apresenta uma autoestima e autoimagem corporal mais positivas ou mais negativas (Meireles & Costa, 2019).

Ao longo da gravidez, e das várias tarefas cruciais para o seu saudável desenvolvimento, a criação do vínculo entre a mãe e o bebé é fundamental. Uma variável que pode influenciar a formação desse vínculo é a vivência do corpo. É por meio do corpo e das suas mudanças estéticas e fisiológicas que a mulher vai interiorizando a gravidez e começa a criar uma relação com o seu bebé (Meireles & Costa, 2019).

De acordo com a literatura, mulheres grávidas que têm uma experiência corporal mais positiva, ou seja, que aceitam as mudanças no corpo, apresentam uma maior autoestima e autoimagem. Essas mulheres parecem investir mais na relação com o bebé, demonstrando mais atenção aos seus movimentos na barriga e dedicando mais tempo a interagir com o feto (Tosun et al., 2023). Tosun et al. (2023) destacam ainda que, em mulheres que experienciam o corpo de forma mais positiva, os movimentos fetais são mais estáveis e o feto responde com maior frequência aos estímulos maternos.

No que diz respeito a mulheres que experienciam o corpo de forma mais negativa, apresentando baixa autoestima e uma autoimagem corporal menos favorável, a literatura aponta que os níveis de vinculação ao feto tendem a ser mais baixos, havendo um menor investimento nas interações com o bebé. Essas mulheres têm maior probabilidade de perceber o feto como algo intrusivo, que limita a sua capacidade física, afeta a sua atratividade e contribui para uma imagem corporal indesejada (Stafford et al., 2024). Tosun et al. (2023) relataram também que, em mulheres com experiências corporais negativas, os batimentos cardíacos do feto tendem a ser mais acelerados e os movimentos fetais mais frequentes, embora este aumento dos movimentos tenha sido observado apenas no segundo trimestre.

Um conceito importante que parece relacionar-se diretamente com a experiência corporal na gravidez é a consciência interoceptiva.

Começando pelo conceito de interocepção, este diz respeito às sensações fisiológicas internas do corpo (Suga et al., 2022). Os órgãos internos (e.g., bexiga, estômago, pulmões etc.) são reconhecidos como fontes interoceptivas, uma vez que dão sinais ao sistema nervoso central do estado geral do corpo no presente (Solorzano et al., 2022). A interocepção varia entre os indivíduos, pois pode ser afetada por estados ou experiências emocionais, pelo estado mental do indivíduo e até pelo estado emocional dos outros à sua volta (Suga et al., 2022). Quanto à consciência interoceptiva, esta caracteriza-se pela tendência subjetiva de focar a própria atenção e de detetar objetivamente os sinais e sensações internas do corpo (Solorzano et al., 2022). Os sinais interoceptivos referem-se a sensações internas que transmitem informações sobre o estado fisiológico do corpo, como a fome, a sede, a necessidade de esvaziar a bexiga, entre outros (Craig, 2002; Stafford et al., 2024).

Durante o período da gravidez, as alterações estéticas do corpo destacam-se com maior notoriedade, encobrendo muitas vezes as grandes mudanças internas que também exigem adaptação. Na gravidez, as mulheres podem experienciar alterações fisiológicas como o aumento da fome, devido à maior necessidade energética, da sede, devido à necessidade de maior hidratação, maior cansaço, alterações no batimento cardíaco, na respiração e maior exposição à dor associada à gravidez. Para além dos sinais interoceptivos referidos, também os movimentos fetais são um importante sinal interoceptivo que pode afetar diretamente muitos outros, como a maior necessidade de urinar e a presença de azia ou refluxo gástrico, pela maior compressão dos órgãos (Crossland et al., 2022).

Na literatura, parecem ser poucos os estudos que procuram estudar a relação entre a imagem corporal e a consciência interoceptiva na gravidez, bem como a relação dessas variáveis (imagem corporal e consciência interoceptiva) com a vinculação pré-natal ao feto. Ao realizar a minha pesquisa bibliográfica, apenas consegui constatar, através dos estudos de Solorzano et al. (2022), que em comparação com o pós-parto, mulheres que estão no início ou no final da gravidez relatam maior consciência das sensações internas do seu corpo, maior atenção e deteção dos sinais interoceptivos, bem como maior facilidade em lidar com a dor e desconforto (Solorzano et al., 2022).

Quanto à vinculação pré-natal, apenas constatei, segundo os estudos de Suga et al. (2022), que as sensações dos movimentos fetais contribuem para o maior envolvimento e interação entre a mãe e o bebê, bem como ajudam a salvaguardar a saúde do bebê, consoante a identificação de alterações na intensidade e frequência dos movimentos fetais, principalmente no final da gravidez (Suga et al., 2022).

Nesse sentido, e de acordo com a escassa investigação sobre consciência interoceptiva na gravidez e, a possível relação que poderá ter com a imagem corporal e a vinculação pré-natal, saliento a pertinência deste estudo com o objetivo de poder contribuir para o enriquecimento da literatura.

1.3. Vinculação Pré-Natal

A vinculação, entendida como uma das principais teorias explicativas do apego e da parentalidade, caracteriza-se pela formação de uma ligação biológica, psicológica e comportamental entre uma criança e um cuidador, persistindo na vida adulta (Alves, 2020).

O conceito de vinculação surgiu em 1958, sendo descrito por John Bowlby como uma interação recíproca entre os progenitores e o bebê, a partir do nascimento, em que se articulam dois papéis distintos. O bebê procura a satisfação das suas necessidades e a segurança/proteção de que precisa, e os progenitores devem dar resposta às necessidades do bebê, prestando os cuidados essenciais ao seu bem-estar (Jorge, 2021).

Contudo, embora a teoria inicial da vinculação apresentada por Bowlby se dirija à interação bebê-cuidador após o nascimento, diversos autores afirmam que, na maioria das vezes, os cuidados e a preocupação com o bebê começam no período da gestação (Alves, 2020).

Ao longo da gravidez e na transição para a maternidade, o casal passa por diversas tarefas cruciais e adaptativas. Uma dessas tarefas prende-se com a ligação dos progenitores ao feto, desencadeando o que se chama vinculação pré-natal (Da Silva, 2012).

O precursor na definição do conceito de vinculação pré-natal, e que veio salientar a existência de uma ligação entre a mãe e o feto durante a gravidez, foi Cranley (1981). Após as suas investigações, Cranley (1981) afirma que as mulheres grávidas desenvolvem, no decorrer da gravidez, um vínculo ao feto e que adotam comportamentos e interações específicas para com o bebê antes de nascer (Alves, 2020). Posteriormente, o autor Muller (1993), ao considerar que Cranley atribui muita importância aos fatores

comportamentais e destaca pouco as questões de afiliação, veio acrescentar que a vinculação pré-natal é um processo que decorre progressivamente e que se vai fortalecendo ao longo do tempo de gestação, ficando mais intenso no terceiro trimestre de gravidez (Borges, 2019).

Não obstante a contribuição destes autores, também Condon (1993) transpôs o seu modelo de vinculação, concebido para indivíduos adultos, para a vinculação pré-natal.

Condon (1993) postula a vinculação pré-natal como uma componente emocional que se cria entre a mãe e o bebé durante a gravidez. Destaca que, no construto de vinculação pré-natal, devem ser notados dois itens fundamentais: a “Qualidade” da ligação materno-fetal e a “Intensidade” da preocupação demonstrada pela mãe (Borges, 2019; Camarneiro & Justo, 2010). A “Qualidade” diz respeito à proximidade/distância, irritabilidade/amabilidade e a sentimentos positivos/negativos. A “Intensidade” refere-se à desejabilidade em conhecer o feto, em interagir e proteger o mesmo (Teixeira, 2014). Estes itens são importantes para a relação e experiência emocional, e evidenciam o comportamento da mãe em relação ao feto (Borges, 2019; Camarneiro & Justo, 2010). Neste sentido, Condon (1993) criou um novo instrumento de avaliação: a MAEAS (Escala de Apego Emocional Pré-natal Materno) e a AEAS (Escala de Apego Emocional Pré-natal), considerando, nesta última escala, também a vinculação do pai ao feto. As escalas vigentes têm como objetivo medir a vinculação pré-natal consoante os dois itens já referidos anteriormente: “qualidade” e “intensidade”. Estas escalas foram adaptadas e traduzidas para a população portuguesa por Gomez e Leal (2007), Camarneiro e Justo (2009) e Figueiredo et al. (2010) (Teixeira, 2014).

Condon (1993) elaborou um modelo hierárquico em que descreve diversas atitudes que são indicadoras de comportamentos de vinculação ao feto. Algumas dessas atitudes passam por criar uma imagem mental de como será o bebé e quais serão as suas características físicas e psicológicas, atribuir um nome ao feto, adotar comportamentos saudáveis que possam assegurar o bem-estar do bebé e da grávida (e.g., evitar bebidas alcoólicas, deixar de fumar, praticar exercício físico adequado, entre outras) ou interagir com o feto (e.g., falar com o bebé, acariciar a barriga, entre outras) (Teixeira, 2014).

O desenvolvimento da vinculação pré-natal tem, na sua origem, uma grande componente biológica. No entanto, este desenvolvimento e evolução podem ser interpretados como um sistema ecológico (Alves, 2020; Bronfenbrenner, 1986), que engloba diversos fatores intrínsecos à organização psicológica da mulher e que são relevantes e determinantes na vinculação da mãe ao bebé (Alves, 2020).

Segundo Camarneiro (2011), são fatores importantes a idade gestacional e materna, o planeamento da gravidez, a satisfação conjugal, o estado emocional da grávida e/ou a presença de psicopatologias, o estatuto socioeconómico, o nível de escolaridade ou até o historial obstétrico (Alves, 2020; Camarneiro, 2011; Camarneiro & Justo, 2017).

No que diz respeito ao planeamento da gravidez e, de acordo com a literatura, esta é uma variável de grande relevância para a criação e desenvolvimento da vinculação pré-natal entre a mãe e o feto. Os estudos de Meireles e Costa (2004) e de Bouchard et al. (2006) relatam que mulheres grávidas que planeiam a gravidez têm maior interação e sentido de proteção para com o feto, aumentando a qualidade e a intensidade da experiência de vinculação pré-natal (Borges, 2019). Também a perceção dos movimentos fetais é considerada fundamental para a formação do vínculo com o bebé (Da Silva, 2012).

Não obstante o planeamento da gravidez, também a aceitação do corpo e a forma como a mulher encara as mudanças físicas e funcionais do seu corpo têm impacto na formação do vínculo com o bebé (Borges, 2019).

Com o avançar da gravidez, as mudanças físicas ficam cada vez mais evidentes. A barriga cresce significativamente, dando origem a mais expressões de afeto (e.g., acariciar a barriga, falar para a barriga) e a maior interação entre a mãe e o bebé, já que é também no final da gravidez que os movimentos fetais são percecionados com maior intensidade. Também as alterações na capacidade para realizar certas tarefas (e.g., cortar as unhas dos pés, apanhar objetos do chão, entre outras), as alterações do sono, o cansaço ou o desconforto físico ressaltam que o bebé está formado e é um ser independente, que está prestes a separar-se da mãe. Todos estes fatores contribuem para a consolidação da vinculação pré-natal, que vem sendo desenvolvida a partir do momento em que a mulher descobre a gravidez (Cavaleiro, 2012).

De acordo com os estudos de Meireles e Costa (2004), a Vinculação Pré-natal pode ser bastante afetada pela forma como a mulher lida e encara o seu corpo e todas as mudanças subjacentes. É através do seu próprio corpo que a grávida estabelece contacto com o bebé (Cavaleiro, 2012). Nesse sentido, se a grávida lidar com as alterações físicas de forma ansiosa e negativa, poderá desinvestir em atitudes que fomentem a interação com o feto (e.g., poderá evitar olhar para o seu corpo ou acariciá-lo). Pelo contrário, ao vivenciar as transformações físicas com orgulho e satisfação, a grávida tende a investir na relação com o feto, preocupando-se em falar para ele, em responder aos movimentos fetais e em idealizar como será o bebé (Cavaleiro, 2012).

A Vinculação Pré-natal é, assim, consequência do desenvolvimento e fortalecimento dos sentimentos que a mulher vai desenvolvendo pelo feto ao longo da gravidez, sendo afetada por diversos fatores e pela forma como a mulher consegue concluir as tarefas e desafios inerentes à gravidez (Moulder, 1994). Tanto os aspetos do foro físico, como os aspetos do foro psíquico e social com que a grávida se vai deparando ao longo dos trimestres de gravidez, vão contribuir para a maior ou menor adoção de comportamentos motivadores da qualidade e intensidade do vínculo pré-natal. É, por este motivo, que devemos olhar para a vinculação pré-natal como um construto complexo e holístico que carece de dedicação e atenção, já que contribui para a criação de uma relação baseada na segurança e confiança desde a gestação, para a redução de comportamentos de risco que possam causar complicações durante a gravidez, e para o bem-estar emocional da mãe e da família (Alves, 2020).

Parte II - Estudo Empírico

2. Objetivos e Hipóteses

O objetivo geral do estudo vigente consiste em verificar se existem diferenças entre a vivência corporal da mulher grávida (avaliada através da variável imagem corporal e da variável consciência interoceptiva, considerando algumas das suas dimensões), e a vinculação pré-natal materna. Para além do objetivo geral, os objetivos específicos do estudo, que dão origem às diversas hipóteses de investigação, encontram-se descritos abaixo.

Constitui objetivo específico deste estudo, comparar os níveis de imagem corporal, consciência interoceptiva (considerando as suas diferentes dimensões) e vinculação pré-natal entre grupos de participantes com características distintas nestas variáveis. Pretende-se, ainda, analisar se existem diferenças nos níveis de imagem corporal, consciência interoceptiva (em algumas das suas dimensões) e vinculação pré-natal em função do planeamento da gravidez, comparando grávidas com gravidez planeada e não planeada.

De acordo com os objetivos do estudo, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1: Existem diferenças nos níveis de vinculação pré-natal entre grávidas com percepções mais positivas da imagem corporal e grávidas com percepções menos positivas da imagem corporal.

Hipótese 2: Existem diferenças nos níveis de vinculação pré-natal entre grávidas com níveis mais elevados de consciência interoceptiva e grávidas com níveis mais reduzidos de consciência interoceptiva, considerando as diferentes dimensões da consciência interoceptiva.

Hipótese 3: Existem diferenças nos níveis de imagem corporal entre grávidas com gravidez planeada e grávidas com gravidez não planeada.

Hipótese 4: Existem diferenças nos níveis de vinculação pré-natal entre grávidas com gravidez planeada e grávidas com gravidez não planeada.

3. Método

3.1. Participantes

A amostra foi constituída por mulheres grávidas ($N = 229$), que se disponibilizaram de forma voluntária a participar no estudo. As participantes tinham idade cronológica igual ou superior a 25 anos, e idade gestacional igual ou superior a 20 semanas de gestação.

Com base no apresentado na Tabela 1, que sintetiza as características sociodemográficas das participantes, a amostra caracterizou-se por mulheres grávidas com idade cronológica entre 25 e 43 anos ($M = 31,90$; $DP = 3,70$), maioritariamente de nacionalidade portuguesa (97,0%), em regime de união de facto ou casadas (88,2%), com habilitações literárias ao nível de bacharelato/licenciatura (45,8%), empregadas (92,6%) e a viver com o marido/companheiro (68,7%).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Variáveis Sociodemográficas	<i>n</i>	%
Idade		
25 - 27	26	11.4
28 - 30	64	27.9
31 - 33	73	31.9
34 - 36	36	15.7
37 - 39	24	10.5
40 - 43	6	2.6

Nacionalidade		
Portuguesa	222	97.0
Brasileira	5	2.2
Espanhola	1	0.4
Italiana	1	0.4
Estado Civil		
Solteira	26	11.4
União de Facto/Casada	202	88.2
Separada/Divorciada	1	0.4
Viúva	0	0.0
Nível de Escolaridade		
Analfabeto	0	0.0
Ensino Básico (9ºano)	1	0.4
Ensino Secundário (12ºano)	41	18.0
Bacharelato/Licenciatura	105	45.8
Mestrado/Doutoramento	82	35.8
Situação Profissional		
Empregada	212	92.6
Desempregada	12	5.2
Estudante	2	0.9
Outra	3	1.3
Agregado Familiar		
Vive sozinha	0	0.0
Vive com o marido/companheiro	160	68.7
Vive com o marido/companheiro e filhos	68	29.2
Vive sozinha com os filhos	0	0.0
Vive com os pais	4	1.7
Vive com amigos(as)/colegas	1	0.4

De acordo com o apresentado na Tabela 2, que diz respeito às variáveis clínicas das participantes do estudo, a amostra caracterizou-se por mulheres grávidas com idade gestacional compreendida entre as 20 e as 40 semanas de gestação ($M = 29,9$; $DP = 6,2$). Para a maioria da amostra, a gravidez foi planeada (81,7%) e não houve gravidezes anteriores à atual (59,0%). Também para a maioria da amostra, a gravidez atual aconteceu de forma natural, sem recurso a tratamentos de infertilidade, abortos ou outras dificuldades para engravidar (66,7%).

Tabela 2

Caracterização Clínica da Amostra

Variáveis Clínicas	N	%
Semanas de Gravidez		
20 - 25	66	28.8
26 - 31	67	29.2
32 - 37	59	25.8
38 - 40	37	16.2

Gravidez		
Planeada	187	81.7
Não planeada, mas aceite por ambos os pais	42	18.3
Não planeada e não aceite por ambos os pais	0	0.0
Não planeada e não aceite por um dos pais	0	0.0
Número de gravidezes anteriores		
0	135	59.0
1	62	27.1
2	22	9.6
3	5	2.2
4	3	1.3
5	2	0.8
Antecedentes da gravidez atual		
Gravidez normal	164	66.7
Recurso a tratamentos de infertilidade	17	6.9
Dificuldades em engravidar	29	11.8
Abortos espontâneos	28	11.4
Outros	8	3.2

Já a Tabela 3 diz respeito às informações acerca do acompanhamento, da vigilância e dos aspetos potenciadores de maior ansiedade na gravidez. Relativamente ao acompanhamento da gravidez, a maioria da amostra foi acompanhada pelo médico de família ($n = 152$; 38,4%), a nível do Sistema Nacional de Saúde, ou pelo médico obstetra, a nível particular ($n = 181$; 45,7%), sendo que várias mulheres reportaram ter mais do que um tipo de apoio. No que toca às pessoas que deram apoio às participantes, a maioria referiu ter apoio do marido/companheiro ($n = 223$; 31,4%) e da mãe ($n = 160$; 22,5%). Relativamente aos aspetos e preocupações mais potenciadores de ansiedade na gravidez, a maioria das participantes referiu ser a saúde do bebé ($n = 191$; 55,2%) e o parto ($n = 112$; 32,4%).

Tabela 3

Vigilância e Vivência da Gravidez

Vigilância e Vivência da Gravidez	N	%
Está a ser acompanhada por		
Médico de Família	152	38.4
Obstetra do Hospital	58	14.6
Obstetra Particular	181	45.7
Outro	5	1.3
Pessoas que a têm apoiado		
Marido/Companheiro	223	31.4

Mãe	160	22.5
Pai	83	11.7
Amigos/as	113	15.9
Médico que vigia a gravidez	105	14.7
Outro	27	3.8
Aspetos da Gravidez que lhe causam mais ansiedade		
Parto	112	32.4
Saúde do Bebê	191	55.2
Aspeto físico atual	18	5.2
Outros	25	7.2

De salientar que, na Tabela 1, a questão “Agregado familiar” comportava mais do que uma opção de resposta, podendo as participantes selecionar mais do que uma alternativa. O mesmo se verifica na Tabela 2, na questão relativa aos “Antecedentes da gravidez atual?”, e na Tabela 3, nas questões “Está a ser acompanhada por?”, “Pessoas que a têm apoiado?” e “Aspetos da gravidez que lhe causam mais ansiedade?”.

3.2. Instrumentos de Recolha de Dados

3.2.1. *Questionário de Caracterização Sociodemográfica*

O questionário de caracterização sociodemográfica (ver Anexo B) foi desenvolvido especificamente para esta investigação e integrou um conjunto de questões sociodemográficas e clínicas com o objetivo de descrever e caracterizar a amostra. As informações sociodemográficas recolhidas referem-se à idade, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e composição do agregado familiar. No que diz respeito às informações obstétricas, estas permitiram recolher dados sobre as semanas de gestação, a planeamento da gravidez, o número de gravidezes anteriores e os antecedentes da gravidez atual (e.g., abortos espontâneos, tratamentos de fertilidade). Adicionalmente, foram recolhidas informações acerca do tipo de acompanhamento médico das participantes (e.g., médico de família, obstetra particular), da sua rede de apoio e dos aspetos da gravidez considerados mais ansiogénicos (e.g., saúde do bebé, aspeto físico, parto).

3.2.2. *Questionário sobre a Imagem do Corpo (QIC)*

O Questionário sobre a Imagem do Corpo (Body Image Questionnaire – BIQ) foi desenvolvido por Bruchon-Schweitzer (1982) e permite avaliar a imagem corporal. De acordo com a autora, este conceito refere-se às perceções, sentimentos e atitudes expressas em relação ao próprio corpo (Bruchon-Schweitzer, 1982, 1987). A criação do

respetivo questionário surgiu da inexistência de uma escala global que permitisse avaliar, em adolescentes e adultos, as percepções e os sentimentos relativos ao corpo (Bruchon-Schweitzer, 1982).

Para a criação do questionário vigente, a autora recorreu a entrevistas e/ou questionários abertos, resultando numa recolha de dados qualitativos acerca do corpo. Dessa recolha resultou uma lista com mais de 300 termos relacionados com o tema em questão. Os termos mais frequentemente enunciados pelos participantes foram retidos, originando uma lista de 21 termos, que corresponderam, por sua vez, aos pares de antónimos do questionário inicial. Posteriormente, foram realizados procedimentos de análise fatorial a partir dos 21 itens, tendo sido colapsados dois pares. Deste modo, os estudos preliminares foram realizados com 19 pares de antónimos (Santos, 1999, 2006).

O questionário aplicado neste estudo corresponde à versão de 21 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, em que 1 está associado ao elemento negativo do par (e.g., “tem pouca saúde”) e 5 ao elemento positivo (e.g., “tem muita saúde”). Contudo, para os resultados deste estudo, foram apenas considerados os 19 itens utilizados nos estudos preliminares. O score global, obtido pela soma dos valores dos itens, pode variar entre 19 e 95 pontos, sendo que pontuações mais elevadas refletem maior imagem corporal (Ferreira et al., 2002). O valor intermédio da escala global é de 57 pontos.

Os itens estão organizados segundo quatro fatores que explicam o conceito de imagem corporal: Fator I – Fechamento/Acessibilidade: diz respeito à forma como o indivíduo percebe e estabelece os limites entre o corpo e o mundo externo, bem como à recetividade às experiências sensoriais (itens: 11, 12, 15 e 2, 8, 10, 17, 18 invertidos). A pontuação possível varia entre 8 e 40, com valor intermédio de 24 pontos; Fator II – Insatisfação/Satisfação: compreende percepções desagradáveis e agradáveis, respetivamente, que influenciam o investimento ou desinvestimento no corpo e podem impactar a autoestima (itens: 9, 13, 16 e 3, 5, 14, 18, 19 invertidos). A pontuação possível varia entre 8 e 40, com valor intermédio de 24 pontos; Fator III – Passividade/Atividade: contrapõe os fatores energéticos do corpo (itens: 1, 4, 6, 13 e 9, 16 invertidos). A pontuação possível varia entre 6 e 30, com valor intermédio de 18 pontos; Fator IV – Tenso/Sereno: corresponde à descontração e serenidade ligadas à (in)possibilidade de descarga de tensões e frustrações (itens: 7, 10 e 12 invertido). A pontuação possível varia entre 3 e 15, com valor intermédio de 9 pontos (Bruchon-Schweitzer, 1982, 1987;

Ramalhete, 2011).

Koleck et al. (2002) realizaram um estudo adicional para avaliar a validade do QIC, focando-se especificamente no índice geral da imagem corporal, obtida através do score resultante da soma dos 19 itens. Os autores encontraram um alfa de Cronbach de .83 para os 19 itens, com base numa amostra composta por pacientes com cancro, pacientes com dores nas costas, estudantes de ciências tecnológicas e sociais, e estudantes de desporto.

O questionário vigente foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Santos (1999) (Santos, 2006), com base na versão original de *Le Questionnaire d'image du corps*, da autoria de Bruchon-Schweitzer (1982).

Relativamente à validação e aferição do QIC na população portuguesa, Santos (1999, 2006) realizou dois estudos preliminares que permitiram apurar os seguintes níveis de consistência interna: o Fator I – Fechamento/Acessibilidade demonstrou uma consistência interna aceitável ($\alpha = .67$) (George & Mallery, 2020); já os Fatores II e III – Insatisfação/Satisfação e Passividade/Atividade, apresentaram níveis baixos de consistência interna ($\alpha = .46$ e $.39$, respetivamente) (George & Mallery, 2020); por fim, o Fator IV – Tenso/Sereno obteve também uma consistência considerada satisfatória ($\alpha = .69$) (George & Mallery, 2020).

3.2.3. *Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva (MAIA)*

O MAIA é um instrumento criado por Mehling et al. (2012) que surgiu da necessidade de integrar, num único instrumento de avaliação, as influências de processos emocionais e cognitivos na interoceptividade, de forma a avaliar a consciência interoceptiva nas suas diversas dimensões (Machorrinho et al., 2019; Mehling et al., 2012). A tradução e adaptação para a população portuguesa foram realizadas por meio do estudo de Machorrinho (2017), que contou com uma amostra de estudantes universitários, à semelhança de estudos anteriores realizados em outros países para a tradução e adaptação do MAIA (Machorrinho, 2017; Machorrinho et al., 2019).

Este instrumento é composto por 32 itens e utiliza uma escala de resposta do tipo Likert com seis níveis, em que 0 corresponde a “nunca” e 5 a “sempre”. A pontuação total final pode variar entre 0 e 190, sendo que valores mais elevados indicam maiores níveis

de consciência interoceptiva, tendo em conta as suas diversas dimensões (Machorrinho et al., 2019).

O MAIA está dividido em sete subescalas: 1) Notar, que diz respeito à atenção dada às alterações corporais mais ou menos intensas e momentâneas; 2) Não se distrair, que inclui a predisposição para se distrair ou não da sensação de desconforto, sendo que pontuações maiores podem indicar uma menor utilização da distração como mecanismo de defesa em relação a sensações corporais desagradáveis; 3) Não se preocupar, que se refere à capacidade de manter o equilíbrio emocional em situações de desconforto físico; 4) Regulação Atencional, que verifica a capacidade de manter a atenção e o controlo dos processos corporais; 5) Consciência Emocional, que afere o reconhecimento de relações entre alterações fisiológicas e determinadas emoções (e.g., raiva, medo); 6) Auto-Regulação, que avalia a capacidade de regular o stress, concentrando-se nas sensações do corpo; e 7) Confiar, que se refere ao entendimento da vivência do corpo como um lugar seguro (Machorrinho et al., 2019).

Relativamente às propriedades psicométricas do MAIA, a versão original de Mehling et al. (2012) apresentou os seguintes valores de consistência interna para as sete subescalas: 1) Notar, $\alpha = .69$; 2) Não se distrair, $\alpha = .66$; 3) Não se preocupar, $\alpha = .67$; 4) Regulação Atencional, $\alpha = .87$; 5) Consciência Emocional, $\alpha = .82$; 6) Auto-Regulação, $\alpha = .83$; e 7) Confiar, $\alpha = .79$ (Machorrinho, 2017). Quanto à versão traduzida e adaptada para a população portuguesa, Machorrinho (2017) obteve os seguintes coeficientes alfa: $\alpha = .61$ para Notar; $\alpha = .81$ para Não se distrair; $\alpha = .74$ para Não se preocupar; $\alpha = .86$ para Regulação Atencional; $\alpha = .80$ para Consciência Emocional; $\alpha = .87$ para Auto-Regulação; e $\alpha = .81$ para Confiar (Machorrinho, 2017).

No que toca à pontuação possível, a subescala Notar varia entre 3 e 18 pontos, com um valor intermédio de 10,5 pontos; a subescala Não se Distrair varia entre 4 e 24 pontos, com um valor intermédio de 14 pontos; a subescala Não se Preocupar varia entre 4 e 24 pontos, com um valor intermédio de 14 pontos; a subescala Regulação Atencional varia entre 7 e 42 pontos, com um valor intermédio de 24,5 pontos; a subescala Consciência Emocional varia entre 5 e 30 pontos, com um valor intermédio de 17,5 pontos; a subescala Auto-Regulação varia entre 7 e 42 pontos, com um valor intermédio de 24,5 pontos; e a subescala Confiar varia entre 3 e 18 pontos, com um valor intermédio de 10,5 pontos.

3.2.4. Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM)

A Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM) – Antenatal Emotion Attachment Scale (AEAS) foi desenvolvida por Condon (1993) e tem como objetivo aferir a vinculação materna em relação ao feto (Fonseca, 2012; Henriques, 2017).

A EVPNM foi traduzida e adaptada por vários autores portugueses, resultando em versões distintas da escala (Camarneiro & Justo, 2010; Figueiredo et al., 2010; Gomez & Leal, 2007). Todos os autores consideraram as duas formas da escala — materna e paterna. Para a presente investigação, foi utilizada apenas a escala materna da versão de Camarneiro e Justo (2010).

A EVPNM é composta por 19 itens distribuídos em duas subescalas. Estas referem-se às dimensões de Qualidade da Vinculação Materna e Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade e Preocupação (TDMVIP). O conteúdo dos itens consiste em afirmações que aludem aos sentimentos, atitudes e comportamentos da mãe em relação ao feto.

A subescala de Qualidade da Vinculação Materna (QVM) caracteriza a qualidade das experiências afetivas, incluindo sentimentos de proximidade, ternura e prazer em relação ao feto (e.g., “Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido: muito positivos /.../ muito negativos.”). A validação para a população portuguesa, realizada por Camarneiro e Justo (2010), apresenta algumas alterações em relação à versão original, incluindo a remoção de alguns itens.

A subescala QVM é composta pelos itens 2, 3, 6, 7, 9, 11, 12 e 13 (Alves, 2020; Camarneiro & Justo, 2010). A pontuação possível varia entre 8 e 40 pontos, com um valor intermédio de 24 pontos.

Quanto à subescala Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade da Preocupação (TDMVIP), esta reflete a preocupação com o feto, o tempo dedicado a pensar, sonhar ou falar sobre ele, bem como os sentimentos que acompanham essas experiências (e.g., “Nas últimas duas semanas, dei por mim a falar para o meu bebé quando estou sozinha: nem por isso /.../ quase sempre quando estou sozinha.”).

Os itens que compõem esta subescala são 1, 4, 5, 8, 10, 17 e 18 (Alves, 2020; Camarneiro & Justo, 2010). A pontuação possível varia entre 7 e 35 pontos, com um valor intermédio de 21 pontos.

Este instrumento utiliza uma escala de resposta do tipo Likert com cinco opções, que variam entre 1 (baixa vinculação) e 5 (alta vinculação). É importante referir que os itens 1, 3, 5, 6, 9, 12 e 18 devem ser invertidos antes de proceder à sua cotação (Alves, 2020; Camarneiro & Justo, 2010). A pontuação possível da escala global varia entre 17 e 85 pontos, com um valor intermédio de 51 pontos.

Relativamente às propriedades psicométricas da EVPNM, na versão original de Condon (1993), o coeficiente alfa de Cronbach para a subescala materna foi de $\alpha = .82$. No estudo de tradução e adaptação da escala realizado por Camarneiro e Justo (2010), com grávidas no segundo trimestre de gestação, obteve-se um alfa de Cronbach de $\alpha = .74$ para a subescala materna, indicando boa consistência interna. A subescala de Qualidade de Vinculação Materna (QVM) apresentou um alfa de Cronbach de $\alpha = .73$, enquanto a subescala Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade e Preocupação (TDMVIP) apresentou um alfa de Cronbach de $\alpha = .60$ (Alves, 2020; Camarneiro & Justo, 2010).

3.3. Procedimentos de Recolha de Dados

Inicialmente, de acordo com o projeto desta investigação, a recolha de dados ocorreria de forma presencial em clínicas com consultas de obstetrícia e também através de plataformas online (e.g., Facebook e Instagram). Para a recolha presencial nas clínicas, foi enviado, pela investigadora deste estudo, um pedido de autorização via e-mail. O assunto do e-mail indicava o pedido de autorização para a recolha de dados, enquanto o corpo da mensagem continha uma breve apresentação da investigadora, o âmbito e título da investigação, os seus objetivos e os critérios de inclusão para participação no estudo. Foram enviados e-mails para as seguintes clínicas: Fetus Vitae, Otomed Clínica Médica, Instituto Médico de Évora, Clínica Crescendo – Centro Materno-Infantil do Alentejo, Clinálamo – Clínica Médica dos Álamos Lda., Instituto Clínico de Évora, Clínica SAMS Évora, Clínica do Rossio, Lda., Affidea Évora e Papás, Bebés e C^a.

Nenhuma das clínicas respondeu ao e-mail de pedido de autorização para a recolha de dados e, consequentemente, nenhuma se mostrou disponível para o efeito. Dessa forma, a recolha de dados prosseguiu apenas por via online.

Para a recolha, foi utilizado um questionário eletrónico desenvolvido e disponibilizado através da plataforma Google Forms. Este questionário é constituído pelo conjunto de escalas detalhadas anteriormente, na secção dos Instrumentos.

A divulgação e o convite para participação no estudo foram efetuados através de redes sociais (e.g., Facebook e Instagram) e de redes de contacto pessoais.

O tipo de amostragem aplicado neste estudo designa-se por amostragem não probabilística. Com o intuito de alcançar uma amostra o mais alargada possível, foi ainda solicitado às participantes, enfermeiras parteiras, médicos/as obstetras e criadores/as de conteúdos digitais com páginas nas redes sociais Facebook e Instagram, que compartilhassem o questionário com pessoas das suas redes de contacto, que preenchessem os requisitos e tivessem interesse em colaborar, recorrendo assim à técnica da “bola de neve”.

Os critérios de inclusão para a participação no estudo são: ter idade cronológica igual ou superior a 25 anos e idade gestacional igual ou superior a 20 semanas.

Para responder ao questionário, as participantes deveriam aceder a um link que as remetia para a plataforma Google Forms. Ao aceder ao questionário, era primeiramente apresentado o consentimento informado (ver Anexo A), com uma breve contextualização do estudo, dos seus objetivos e da relevância da sua participação. Também estavam especificadas algumas informações, nomeadamente os critérios de inclusão para participar no estudo, que a participação era voluntária e não envolvia qualquer custo nem recompensa financeira, que a informação prestada era confidencial e anónima, e que tinham a liberdade de desistir a qualquer momento, sem que tal tivesse implicações negativas para a própria. Estava ainda mencionado o nome das escalas que as participantes iriam ser convidadas a responder, que o inquérito tinha uma duração total estimada de 10 minutos, assim como o endereço eletrónico da investigadora para quaisquer esclarecimentos adicionais e/ou curiosidades.

Uma vez dado o seu consentimento, as participantes iniciavam o preenchimento do inquérito, no qual eram convidadas a responder a um questionário sociodemográfico e obstétrico (ver Anexo B), assim como a três escalas devidamente validadas para a medição das variáveis de interesse deste estudo: QIC – Questionário sobre a Imagem do Corpo (Bruchon-Schweitzer, 1982, 1987), MAIA – Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva (Mehling et al., 2012) e EVPNM – Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (Condon, 1993), respetivamente. No final do inquérito, expressou-se agradecimento pela colaboração e disponibilidade das participantes.

A recolha de dados ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2023.

3.4. Procedimentos de Análise de Dados

A análise estatística contemplou a utilização de técnicas uni e multivariadas, descritivas e inferenciais. Foi criada uma base de dados com recurso ao software estatístico IBM SPSS Statistics, versão 28, na qual foram inseridas as respostas das participantes para posterior análise.

Inicialmente, foram realizadas estatísticas descritivas com o objetivo de obter os valores da média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo de todas as escalas. Foi ainda calculado o valor intermédio de cada escala, de forma a permitir a comparação com a média obtida e, assim, determinar se esta se apresentava elevada ou baixa. Adicionalmente, foi analisado o coeficiente alfa de Cronbach com vista a confirmar a consistência interna das escalas utilizadas.

Posteriormente, foi testado o pressuposto da normalidade, através do teste de Kolmogorov-Smirnov, uma vez que a amostra é composta por mais de 50 participantes. Verificou-se que a maioria das variáveis de interesse apresenta desvios em relação à normalidade ($p < .05$), com exceção da escala global de Imagem Corporal, medida através da pontuação total da QIC, que se revelou compatível com uma distribuição normal.

A fim de testar as hipóteses de investigação do presente estudo, foram criados dois grupos com base no ponto intermédio das variáveis. Esta divisão permite inferir se os valores das variáveis indicam níveis mais elevados ou mais reduzidos de associação.

Nesse sentido, para a realização da análise estatística e teste das hipóteses, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney, uma vez que a maioria das variáveis não apresenta uma distribuição normal. Este é um teste não paramétrico, equivalente ao teste t de Student, utilizado quando se analisam dados ordinais ou variáveis independentes que violam o pressuposto de normalidade. O teste U de Mann-Whitney permite verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre dois grupos (MacFarland & Yates, 2016).

Posteriormente, e uma vez que a escala global da variável imagem do corpo foi a única a apresentar uma distribuição normal, recorreu-se ao teste t de Student para verificar o efeito da variável "gravidez planeada" na Imagem Corporal global, medida pelo QIC (Tabela 7) (Marôco, 2018).

4. Resultados

Na Tabela 4, apresentam-se as estatísticas descritivas das escalas utilizadas (i.e.,

médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos, e consistência interna). Verifica-se que, em média, as mulheres da presente amostra demonstram uma imagem do corpo (QIC) mais positiva ($M = 70.3$; $DP = 9.5$). No que respeita à Consciência Interoceptiva, as participantes evidenciam valores globalmente elevados nas diferentes subescalas do MAIA, exceto ao nível da capacidade de se distraírem de sensações negativas ($M = 1.9$; $DP = 2.0$). Verifica-se, ainda, heterogeneidade na preocupação com o desconforto físico, com metade das participantes a reportar níveis mais elevados de preocupação e a outra metade níveis mais baixos ($Med = 2.5$; mín-máx: 0.0–4.6).

Quanto à Vinculação Pré-natal, de acordo com a escala global da EVPNM, podemos aferir que a média das mulheres da amostra apresenta uma vinculação positiva com o feto ($M = 68,8$; $DP = 6,4$). Em relação às subescalas, destaca-se a Qualidade da Vinculação, reportada como sendo bastante positiva ($M = 36,1$; $DP = 2,9$), enquanto que a Intensidade da Preocupação se apresenta mais moderada, uma vez que está próxima do valor 18, o ponto intermédio da escala ($M = 19,1$; $DP = 4,0$). No que diz respeito à consistência interna, representada pelo alfa de Cronbach, esta revelou-se elevada para a maioria das escalas, com exceção do Fator 3 ($\alpha = .44$) e do Fator 4 ($\alpha = .60$) da escala QIC, bem como da subescala “Intensidade da Preocupação” da EVPNM ($\alpha = .60$), que evidenciaram uma consistência interna baixa.

Tabela 4

Médias, Desvios-Padrão, Medianas, Valores mínimos e máximos e Consistência Interna

Variáveis	<i>M (DP)</i>	<i>Med (min-máx)</i>	α
QIC – Imagem do Corpo	70.3 (9.5)	71.0 (43.0-90.0)	.85
Factor 1	29.6 (5.2)	29.0 (15.0-40.0)	.82
Factor 2	31.2 (4.8)	31.0 (15.0-40.0)	.80
Factor 3	21.0 (2.8)	21.0 (13.0-30.0)	.44
Factor 4	10.7 (2.1)	11.0 (5.0-15.0)	.60
MAIA			
Notar	3.7 (0.8)	4.0 (1.0-5.0)	.65
Não se Distrair	1.9 (1.0)	2.0 (0.0-5.0)	.88
Não se Preocupar	2.4 (0.9)	2.5 (0.0-4.6)	.78
Regulação Atencional	2.9 (0.8)	3.0 (0.0-5.0)	.88

Consciência Emocional	3.9 (0.8)	4.0 (0.4-5.0)	.85
Auto-Regulação	2.8 (0.9)	2.9 (0.6-5.0)	.90
Confiar	3.6 (0.9)	3.7 (1.0-5.0)	.87
EVPNM Escala Global	68.8 (6.4)	69.0 (47.0-83.0)	.74
Qualidade da Vinculação	36.1 (2.9)	37.0 (20.0-40.0)	.73
Intensidade da Preocupação	24.0 (4.1)	24.0 (12.0-34.0)	.60

Nota. QIC - Questionário sobre a Imagem do Corpo, Fator 1- Fechamento/Acessibilidade, Fator 2- Insatisfação/Satisfação, Fator 3- Passividade/Atividade, Fator 4- Tenso/Sereno; MAIA – Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva; EVPNM - Escala de Vinculação Pré-Natal Materna.

Após a verificação das estatísticas descritivas relativas às principais variáveis do estudo, procedeu-se à análise das hipóteses formuladas. Para tal, foram utilizados os testes *U* de Mann-Whitney e *t* de Student, consoante as variáveis apresentassem ou não uma distribuição normal.

Na Tabela 5 apresentam-se as diferenças nos níveis de vinculação pré-natal em função da imagem do corpo e da consciência interoceptiva. Para efeitos de comparação, as variáveis Imagem do Corpo e Consciência Interoceptiva foram divididas em dois grupos, designados por "Baixo" e "Elevado", de acordo com a presença de níveis mais reduzidos ou mais elevados, respetivamente. Esta divisão foi efetuada com base no ponto intermédio, conforme descrito anteriormente na secção 3.4.

A análise da Tabela 5 evidencia diferenças estatisticamente significativas nos níveis de vinculação pré-natal global (EVPNM) ($U = 1146,50$; $p = .016$) entre mulheres com perceções mais positivas e mulheres com perceções mais negativas da imagem corporal (QIC). As mulheres com perceções mais positivas da imagem corporal apresentam níveis mais elevados de vinculação pré-natal global (média dos postos = 116,0), comparativamente às mulheres com perceções mais negativas da imagem corporal (média dos postos = 76,4). De igual modo, os fatores do QIC revelam diferenças estatisticamente significativas na vinculação pré-natal global entre os grupos, com exceção do Fator 3 – Passividade/Atividade, no qual não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com níveis mais elevados e mais reduzidos nesta dimensão ($U = 1757,50$; $p = .065$).

Relativamente à Consciência Interoceptiva (MAIA), os resultados apresentados na Tabela 5 indicam que, para a maioria das subescalas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de vinculação pré-natal global entre mulheres

com níveis mais elevados e mais reduzidos de consciência interoceptiva. Contudo, nas subescalas Consciência Emocional e Autorregulação verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($U = 384,00$, $p = .023$; e $U = 4830,50$, $p = .013$, respetivamente), sendo que as mulheres com níveis mais elevados nestas subescalas apresentaram níveis mais elevados de vinculação pré-natal global, comparativamente às mulheres com níveis mais reduzidos.

Tabela 5

Valores da Imagem do Corpo (QIC) e Consciência Interoceptiva (MAIA) na Vinculação, escala global (EVPNM)

Variáveis	Média dos Ranks		Teste U de Mann-Whitney	
	Baixo	Elevado	<i>U</i>	<i>p</i>
QIC – Imagem do Corpo	76.4	116.0	1146.50	.016
Factor 1	83.5	111.3	1585.00	.048
Factor 2	70.8	115.3	885.50	.013
Factor 3	83.3	106.8	1757.50	.065
Factor 4	82.4	104.3	2254.50	.042
MAIA				
Notar	122.1	114.6	1311.50	.690
Não se Distrair	100.6	112.2	3554.00	.225
Não se Preocupar	99.1	93.5	4317.50	.488
Regulação Atencional	109.3	117.3	4956.00	.407
Consciência Emocional	58.9	116.8	384.00	.023
Auto-Regulação	100.4	123.1	4830.50	.013
Confiar	95.4	117.3	1989.50	.125

Nota. QIC - Questionário sobre a Imagem do Corpo, Fator 1- Fechamento/Acessibilidade, Fator 2- Insatisfação/Satisfação, Fator 3- Passividade/Atividade, Fator 4- Tenso/Sereno; MAIA – Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva; EVPNM - Escala de Vinculação Pré-Natal Materna.

Relativamente às diferenças nos níveis de qualidade da vinculação e intensidade da preocupação (EVPNM) em função da imagem do corpo (QIC), a Tabela 6 evidencia diferenças estatisticamente significativas entre mulheres grávidas com perceções mais positivas e mulheres com perceções mais negativas da imagem corporal na qualidade da

vinculação ($U = 886,50$; $p < .001$).

Mulheres grávidas com imagem do corpo mais positiva, apresentam também valores mais elevados de qualidade da vinculação ($M Ranks = 117,2$), em comparação com aquelas com imagem do corpo mais negativa ($M Ranks = 61,2$). Por outro lado, relativamente à Intensidade da Preocupação, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ($U = 1502,00$, $p = .301$). Este padrão mantém-se para todos os quatro fatores do QIC.

Quanto à associação da Consciência Interoceptiva (MAIA) na Qualidade da Vinculação, verificaram-se diferenças significativas apenas nas subescalas Auto-Regulação ($U = 4657,50$, $p = .004$) e Confiar ($U = 1527,00$, $p = .002$). Mulheres com valores mais elevados nessas subescalas apresentaram também uma qualidade de vinculação superior ($M Ranks = 124,3$ e $119,6$, respetivamente) quando comparadas com mulheres com valores mais baixos ($M Ranks = 98,3$ e $76,1$, respetivamente). Na subescala Intensidade da Preocupação, foram identificadas diferenças significativas apenas na Consciência Emocional ($U = 324,50$, $p = .009$), sendo que mulheres com valores mais altos nessa subescala apresentam uma intensidade de preocupação mais elevada ($M Ranks = 117,0$) em comparação com aquelas que revelam valores mais baixos ($M Ranks = 50,4$).

Tabela 6

Valores da Imagem do Corpo (QIC) e Consciência Interoceptiva (MAIA) na Qualidade da Vinculação e Intensidade da Preocupação (EVPNM)

Variáveis	Qualidade da Vinculação				Intensidade da Preocupação			
	Média dos Ranks		Teste U de Mann-Whitney		Média dos Ranks		Teste U de Mann-Whitney	
	Baixa	Elevado	U	p	Baixa	Elevado	U	p
QIC - Imagem do Corpo	61.2	117.2	886.50	<.001	97.4	114.3	1502.00	.301
Factor 1	74.6	112.4	1388.00	.007	96.8	109.8	1877.05	.355
Factor 2	60.9	115.9	747.00	.002	92.6	113.8	1191.00	.233
Factor 3	70.7	108.6	1442.00	.003	100.8	104.4	2196.00	.778
Factor 4	71.3	106.7	1864.50	<.001	96.6	101.3	2749.50	.656

MAIA

Notar	118.9	114.8	1352.50	.823	116.9	114.9	137 9.50	.916
Não se Distrair	99.2	116.1	3348.00	.075	101.8	108.4	374 7.50	.489
Não se Preocupar	94.4	98.9	4365.50	.567	102.4	89.7	397 9.50	.115
Regulação Atencional	106.9	118.2	4803.50	.241	110.5	116.8	503 5.50	.514
Consciência Emocional	103.4	115.4	695.50	.634	50.4	117.0	324. 50	.009
Auto-Regulação	98.3	124.3	4657.50	.004	105.3	120.4	522 7.50	.095
Confiar	76.1	119.6	1527.00	.002	111.9	115.4	238 5.50	.808

Nota. QIC - Questionário sobre a Imagem do Corpo, Fator 1- Fechamento/Acessibilidade, Fator 2- Insatisfação/Satisfação, Fator 3- Passividade/Atividade, Fator 4- Tenso/Sereno; MAIA – Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva; EVPNM - Escala de Vinculação Pré-Natal Materna.

Na Tabela 7, foi aplicado o teste *t* de Student para comparar o grupo de participantes com gravidez planeada e o grupo que não planeou a gravidez.

Relativamente à imagem do corpo (QIC), observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($d= 0,34$; $t(227) = 2,02$; $p= .045$), indicando que as mulheres que planearam a gravidez apresentam imagem corporal mais positiva ($M= 70,9$; $DP= 9,2$) em comparação com as mulheres que não planearam a gravidez ($M= 67,7$; $DP= 10,3$).

No que diz respeito à Consciência Interoceptiva (MAIA), é possível verificar que não houve diferenças entre mulheres que planearam a gravidez e mulheres que não planearam engravidar em qualquer uma das escalas da consciência interoceptiva.

A nível da Vinculação global (EVPNM), é possível verificar que existem diferenças entre mulheres cuja gravidez foi ou não foi planeada ($U= 2841.50$, $p= .005$), no sentido em que mulheres que planearam a gravidez apresentam valores mais elevados de Vinculação global ($M ranks= 120.8$) do que mulheres que não planearam engravidar ($M ranks= 89.2$). O mesmo padrão verificou-se quanto à Qualidade da Vinculação ($U= 2434.50$, $p < .001$), mas não quanto à Intensidade da Preocupação ($U= 3454.00$, $p= .222$), uma vez que não houve diferenças entre os grupos nesta última.

Tabela 7

Valores da Gravidez Planeada e Não Planeada na Imagem do Corpo (QIC), na Consciência Interoceptiva (MAIA) e na Vinculação Pré-Natal (EVPNM)

Variáveis	Média dos Ranks		Teste U de Mann-Whitney	
	Planeada	Não Planeada	<i>U</i>	<i>p</i>
QIC - Imagem do corpo*	70.9*	67.7*	2.02*	.045*
Factor 1	118.3	100.5	3317.50	.116
Factor 2	118.3	100.4	3313.00	.113
Factor 3	117.7	102.9	3421.50	.190
Factor 4	118.4	99.8	3287.00	.095
MAIA				
Notar	115.1	114.4	3901.00	.946
Não se Distrair	116.8	106.8	3582.50	.372
Não se Preocupar	113.1	123.3	3579.50	.368
Regulação Atencional	115.9	110.9	3753.00	.653
Consciência Emocional	114.9	115.6	3901.50	.947
Auto-Regulação	115.3	113.8	3876.00	.895
Confiar	117.1	105.8	3540.00	.312
EVPNM	120.8	89.2	2841.50	.005
Qualidade da Vinculação	122.9	79.5	2434.50	<.001
Intensidade da Preocupação	117.5	103.7	3454.00	.222

*teste *t* de Student

Nota. QIC - Questionário sobre a Imagem do Corpo, Fator 1- Fechamento/Acessibilidade, Fator 2- Insatisfação/Satisfação, Fator 3- Passividade/Atividade, Fator 4- Tenso/Sereno; MAIA – Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva; EVPNM - Escala de Vinculação Pré-Natal Materna.

5. Discussão

O objetivo da presente investigação foi analisar as diferenças entre os níveis de vivência corporal da mulher grávida e de vinculação pré-natal materna. Mais especificamente, o estudo procurou comparar os níveis de vinculação pré-natal entre

grávidas com percepções mais positivas e mais negativas da imagem corporal, bem como entre grávidas com níveis mais elevados e mais reduzidos de consciência interoceptiva, considerando as suas diferentes dimensões. Pretendeu-se, ainda, verificar se existiam diferenças nos níveis de imagem corporal, consciência interoceptiva (e respetivas dimensões) e vinculação pré-natal em função do planeamento da gravidez.

Os resultados deste estudo corroboram a primeira hipótese, evidenciando diferenças nos níveis de vinculação pré-natal entre mulheres grávidas com percepções mais positivas e mulheres com percepções mais negativas da imagem corporal. As mulheres com uma percepção mais positiva da imagem corporal apresentaram níveis mais elevados de vinculação pré-natal global. A vinculação pré-natal é constituída por duas dimensões: a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação. Os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na qualidade da vinculação, sendo as mulheres com uma percepção mais positiva da imagem corporal aquelas que apresentaram níveis mais elevados nesta dimensão. Em contrapartida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na dimensão intensidade da preocupação.

Os resultados deste estudo apoiam a literatura ao indicar que uma imagem corporal mais positiva contribui positivamente para a qualidade da vinculação, possivelmente porque está associada a um maior bem-estar emocional e a uma aceitação mais harmoniosa das mudanças decorrentes da gravidez (e.g., Clark et al., 2009; Hodgkinson et al., 2014; Kirk & Preston, 2019; Munns & Preston, 2024).

As transformações físicas inerentes à gravidez podem facilitar a adaptação e aceitação da nova fase e da presença do feto (Kirk & Preston, 2019). Diversos estudos já encontraram evidência da relação entre a aceitação das alterações corporais, o bem-estar emocional, a imagem do corpo e a vinculação pré-natal. Por exemplo, Clark et al. (2009) e Kirk e Preston (2019) demonstram que, quando a mulher aceita as alterações corporais da gravidez, tende a desenvolver uma percepção mais positiva do seu corpo. Hodgkinson et al. (2014) verificaram também que uma imagem corporal mais positiva está associada a estados emocionais mais equilibrados e a atitudes mais positivas em relação ao próprio corpo, fatores que, por sua vez, favorecem o desenvolvimento de um vínculo pré-natal mais forte. Estes resultados são também corroborados por investigações como as de Munns e Preston (2024), que analisaram o impacto da imagem do corpo e da interocepção da mulher grávida em variáveis pré-natais, como a vinculação pré-natal.

Estes autores, que recorreram à escala BUMPs (Body Understanding Measure for

Pregnancy) para avaliar a imagem do corpo, bem como ao questionário MAIA e à escala de vinculação pré-natal materna (EVPNM) na versão original de Condon (1993), obtiveram resultados semelhantes aos do estudo vigente. Constataram existir relação entre aspetos da experiência corporal, como a imagem e a interoção do corpo, e a vinculação pré-natal, no sentido em que uma imagem corporal mais positiva está associada a níveis mais elevados de vinculação pré-natal global (Munns & Preston, 2024). Contudo, estes autores (Munns & Preston, 2024) apenas estudaram a vinculação pré-natal global e não analisaram a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação separadamente.

Assim, quando a mulher tem uma perceção mais positiva do seu corpo, pode sentir-se mais confiante na sua experiência de gravidez e, conseqüentemente, mais disponível para estabelecer um vínculo afetivo de qualidade com o feto, facilitando a experiência de vinculação pré-natal.

Ao contrário do observado na dimensão qualidade da vinculação, os resultados deste estudo indicaram que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com perceções mais positivas e mulheres com perceções mais negativas da imagem corporal relativamente à intensidade da preocupação. Este resultado poderá dever-se ao facto de a satisfação com a imagem corporal estar mais relacionada com o bem-estar emocional e com a aceitação das mudanças inerentes à gravidez, enquanto a preocupação com o feto poderá depender de fatores externos ao contexto individual, como a carga de trabalho, as responsabilidades familiares, o suporte social percebido durante a gravidez, a disponibilidade de tempo e o nível de stress associado às responsabilidades diárias, entre outros (Göbel et al., 2019). Assim, mesmo entre mulheres com uma perceção corporal mais positiva, a intensidade da preocupação poderá ser influenciada por circunstâncias externas.

Os estudos de Kirk e Preston (2019) e de Mahus et al. (2014), que analisaram a relação entre a experiência corporal durante a gravidez e o desenvolvimento do vínculo pré-natal, apresentaram resultados contraditórios em relação ao estudo vigente. Verificaram que uma imagem corporal mais negativa revela diferenças significativas na intensidade da preocupação, associada à vinculação pré-natal. Esses resultados sugerem que, mulheres mais insatisfeitas com a sua imagem corporal tendem a dedicar mais tempo à reflexão sobre as mudanças físicas e, conseqüentemente, esse foco acrescido pode levá-las a pensar com maior regularidade no feto. Contudo, os autores destacam que uma maior intensidade na vinculação não implica, necessariamente, que o vínculo seja mais positivo

ou negativo, não afetando a qualidade da vinculação (Kirk & Preston, 2019; Malus et al., 2014).

Relativamente à segunda hipótese do estudo vigente, que postula que existem diferenças nos níveis de vinculação pré-natal entre grávidas com níveis mais elevados de consciência interoceptiva e grávidas com níveis mais reduzidos de consciência interoceptiva, considerando as diferentes dimensões da consciência interoceptiva, os resultados corroboram-na parcialmente. Os resultados demonstraram que apenas nas dimensões da consciência emocional e da autorregulação se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de vinculação pré-natal global entre grávidas com níveis mais elevados e grávidas com níveis mais reduzidos de consciência interoceptiva. Possivelmente, este resultado deve-se ao facto de que, reconhecer e autorregular o que sente, permite à grávida gerir as suas emoções de forma mais equilibrada e, assim, estar mais disponível para o vínculo com o bebé. Estudos anteriores também encontraram resultados semelhantes. Por exemplo, no estudo de Kirk e Preston (2019), sobre o desenvolvimento e validação da escala BUMPs (i.e., escala destinada a avaliar a imagem do corpo durante a gravidez), foi possível afirmar que uma maior atenção aos sinais internos do corpo e às emoções sentidas pela mulher grávida permite que esta tenha mais confiança no seu corpo, se consiga autorregular e, consequentemente, tenha uma imagem corporal mais positiva. Os autores constataram ainda que mulheres que demonstram maior confiança no seu corpo e que estão mais atentas e conscientes das suas emoções e sensações físicas estão mais disponíveis e envolvidas na criação do vínculo com o feto, talvez por existir uma associação entre as suas novas necessidades emocionais e físicas e as necessidades do feto (Kirk & Preston, 2019).

Desta forma, os autores concluíram que a consciência emocional permite à mulher grávida reconhecer e interpretar as suas emoções, facilitando a criação do vínculo com o feto. Já a autorregulação, desempenha um papel essencial na gestão do stress e das mudanças inerentes à gravidez, promovendo maior bem-estar emocional e, consequentemente, uma vinculação pré-natal mais positiva (Kirk & Preston, 2019).

A hipótese é também parcialmente corroborada ao verificar-se que, dentro das dimensões da consciência interoceptiva, apenas a autorregulação e o confiar apresentaram valores significativos relativamente à qualidade da vinculação. Estes resultados sugerem que a capacidade de gerir emoções e de confiar nas próprias perceções corporais pode contribuir para um vínculo mais forte com o feto. De acordo com os estudos de Kirk e Preston (2019) e Munns e Preston (2024), mulheres com imagem corporal mais positiva

na gravidez tendem a revelar menor sensibilidade interoceptiva, refletindo-se numa redução da confiança nos sinais do próprio corpo e numa menor capacidade de reconhecer e interpretar as sensações corporais (Kirk & Preston, 2019; Munns & Preston, 2024). Este facto reforça a importância da dimensão confiar e da dimensão autorregulação, que apresentaram valores significativos na qualidade da vinculação, sugerindo que a perceção corporal positiva e a capacidade de gerir emocionalmente as mudanças da gravidez desempenham um papel fundamental no fortalecimento do vínculo materno-fetal.

A vinculação pré-natal global pode estar associada, de forma positiva ou negativa, a diversos fatores relacionados com a consciência interoceptiva, sendo a qualidade da vinculação o principal aspeto dentro da vinculação global a ser afetado. Já a intensidade da preocupação não demonstrou associações significativas com a maioria das dimensões da consciência interoceptiva, à exceção da consciência emocional, que apresentou uma correlação positiva. Isto sugere que a forma como a mulher reconhece e interpreta as suas emoções pode estar relacionada com o grau de preocupação dedicado ao feto durante a gravidez. Assim, a hipótese foi parcialmente corroborada, uma vez que apenas a dimensão da consciência emocional evidenciou diferenças estatisticamente significativas na intensidade da preocupação entre grávidas com níveis mais elevados e grávidas com níveis mais reduzidos nesta dimensão da consciência interoceptiva.

Tal como mencionado anteriormente, com base no estudo de Kirk e Preston (2019), a consciência emocional permite que a mulher grávida reconheça os sinais internos do corpo e as novas necessidades fisiológicas (e.g., maior apetite, sede, necessidade acrescida de descanso), bem como identifique e compreenda as emoções que podem surgir com maior intensidade neste período da vida (e.g., stress, ansiedade, medo). Ao desenvolver uma maior consciência emocional, a grávida torna-se mais atenta ao que sente e adquire maior capacidade de autorregulação, promovendo o seu bem-estar e protegendo o feto em desenvolvimento. Contudo, este maior reconhecimento emocional pode também intensificar a perceção de potenciais riscos, levando a um aumento da vigilância e da preocupação com a segurança do bebé. Assim, ao estar mais consciente das suas emoções e dos desafios inerentes à gravidez, a grávida pode experienciar uma maior intensidade da preocupação, impulsionada pelo desejo de garantir o bem-estar do feto (Kirk & Preston, 2019).

Relativamente à terceira e à quarta hipótese do estudo vigente, estas focam-se no planeamento da gravidez. A terceira hipótese sugere que existem diferenças nos níveis de imagem corporal entre grávidas com gravidez planeada e grávidas com gravidez não

planeada. Por sua vez, a quarta hipótese propõe que existem diferenças nos níveis de vinculação pré-natal entre grávidas com gravidez planeada e grávidas com gravidez não planeada

No que diz respeito à terceira hipótese do estudo, os resultados obtidos corroboram esta hipótese, na medida em que se verificaram diferenças para a imagem corporal global, possivelmente porque, ao planejar a gravidez, a mulher antecipa e prepara-se para as mudanças físicas a que vai ser submetida, podendo sentir mais controlo sobre todo o período da gravidez. Contudo, embora se tenham verificado diferenças nos níveis de imagem corporal entre grávidas com gravidez planeada e grávidas com gravidez não planeada, é importante considerar que o grupo de gravidezes não planeadas era relativamente pequeno e que todas as gravidezes não planeadas foram aceites. Esta configuração limita o contraste entre os grupos e pode ter reduzido o poder estatístico para detetar diferenças mais subtis na imagem corporal. Assim, os resultados devem ser interpretados com prudência, reconhecendo que a homogeneidade da amostra pode ter condicionado a magnitude das diferenças observadas, sem comprometer, no entanto, a validade estatística dos testes aplicados.

A relação entre gravidez planeada e imagem do corpo pode ser explicada por diversos fatores psicológicos, emocionais e sociais. Os estudos de Shreffler et al. (2021) investigaram a relação entre a intencionalidade da gravidez, a vinculação materno-fetal durante a gestação e a vinculação materno-infantil após o nascimento, e os seus resultados revelaram que mulheres cuja gravidez foi planeada tendem a apresentar uma maior preparação emocional e uma atitude mais positiva face às mudanças físicas e psicológicas inerentes à gravidez (Shreffler et al., 2021). O sentimento de controlo sobre a situação pode reduzir a ansiedade e facilitar a aceitação das transformações corporais, promovendo uma melhor adaptação ao processo (Shreffler et al., 2021).

Também McNamara et al. (2022) investigaram o papel da aceitabilidade e da intencionalidade da gravidez na saúde mental materna e na vinculação durante a gravidez, e os seus resultados demonstraram que, em casos de gravidezes não planeadas, as mulheres podem sentir pouco controlo sobre a situação e tendem a percecionar os sintomas físicos da gravidez de forma mais intensa, podendo impactar negativamente o seu bem-estar físico e emocional e, consequentemente, impactar negativamente a imagem do corpo (McNamara et al., 2022). O presente estudo diverge em parte do de McNamara et al. (2022), uma vez que os autores realçam a diferença entre a aceitabilidade e o planeamento da gravidez, também referido na literatura por outros autores (Borges et al.,

2011; Meireles & Costa, 2004). No estudo vigente, todas as participantes aceitaram a gravidez, independentemente do planeamento da mesma, não sendo, por esse motivo, o alvo deste estudo diferenciar a aceitação e o planeamento.

No entanto, outras investigações obtiveram resultados diferentes, que contrapõem os resultados obtidos no estudo vigente e noutros estudos, como o de Shreffler et al. (2021). É o caso do estudo realizado por Daniluc et al. (2024), que, ao analisar a satisfação no relacionamento e a qualidade de vida relacionada com a imagem corporal em mulheres grávidas, comparando gravidezes planeadas e não planeadas, verificou que não existem diferenças significativas entre mulheres que planearam ou não a sua gravidez na imagem corporal e nos pensamentos positivos em relação ao próprio corpo. Concluíram, assim, que o estado de planeamento da gravidez não afetou a imagem corporal (Daniluc et al., 2024).

Relativamente às diferenças entre grávidas com gravidez planeada e grávidas com gravidez não planeada ao nível da consciência interoceptiva, considerando as suas diferentes dimensões, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Este resultado não significa necessariamente que não possam existir diferenças em outras amostras, podendo antes refletir a reduzida variabilidade da amostra, dado que a maioria das participantes apresentava gravidezes planeadas e aceites. A homogeneidade dos grupos poderá ter limitado a capacidade de identificar diferenças mais subtis entre grávidas com gravidez planeada e não planeada ao nível da consciência interoceptiva. A configuração empírica da amostra pode ter condicionado a deteção de diferenças significativas neste estudo, reforçando a necessidade de interpretá-los com cautela.

Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, este resultado pode ser interpretado à luz da literatura existente. Estudos prévios sugerem que o planeamento da gravidez pode favorecer maior atenção aos sinais corporais e maior capacidade de autorregulação emocional (Kirk & Preston, 2019; Munns & Preston, 2024). No entanto, a relação entre planeamento da gravidez e consciência interoceptiva não é necessariamente linear ou direta, podendo ser modulada por fatores individuais, como experiência prévia de gravidez, personalidade e níveis de stress, bem como por fatores contextuais, como apoio social e condições económicas (Kirk & Preston, 2019; Munns & Preston, 2024). Assim, a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos neste estudo não invalida a hipótese teórica, mas indica que, em amostras relativamente homogéneas, a deteção de diferenças subtis é limitada.

Por último, a quarta hipótese do estudo vigente refere que existem diferenças nos

níveis de vinculação pré-natal entre grávidas com gravidez planeada e grávidas com gravidez não planeada. Os resultados das análises corroboram parcialmente esta hipótese, dado que apenas a vinculação global e a qualidade da vinculação, principal aspeto a ser afetado dentro da vinculação global, revelaram diferenças significativas. Mulheres que planeiam a gravidez tendem a demonstrar uma maior preparação emocional e psicológica para a maternidade, o que pode facilitar o desenvolvimento de um vínculo mais forte e de melhor qualidade com o feto (Borges, 2019). Esse planeamento pode, assim, fomentar o envolvimento ativo nos cuidados pré-natais e proporcionar uma maior sensação de segurança e confiança durante a gestação. Uma expectativa positiva em relação à maternidade contribui para a construção de uma vinculação pré-natal mais sólida, o que contrasta com as mulheres que não planearam a gravidez e que estão mais suscetíveis a experienciar maior incerteza e stress, fatores que podem afetar negativamente a qualidade do vínculo com o bebé (Borges, 2019).

Os resultados do presente estudo ganham mais relevância quando, por exemplo, estudos como o de McNamara et al. (2022) referem que mulheres cuja gravidez não foi planeada demonstram maior dificuldade em formar representações mentais positivas do feto, bem como em adotar comportamentos que sejam sinónimos de desejo em interagir e estabelecer proximidade com o bebé (e.g., interação com a barriga, atenção aos movimentos fetais) (McNamara et al., 2022). Desta forma, é possível pressupor que o planeamento prévio pode contribuir significativamente para uma experiência gestacional mais positiva, refletindo-se numa imagem corporal mais positiva e, numa vinculação mais forte com o feto.

Relativamente à intensidade da preocupação, nesta dimensão não se observaram diferenças significativas em função do planeamento da gravidez, não se tendo verificado que mulheres que planeiam a gravidez apresentem valores mais elevados de intensidade da preocupação.

A ausência de diferenças significativas na subescala da intensidade da preocupação pode não depender apenas do facto de a gravidez ter sido planeada. Existem outros fatores, como o contexto social, o apoio emocional disponível, as condições económicas e o estado de saúde da mulher, que podem afetar a intensidade da preocupação no vínculo materno-fetal (Göbel et al., 2019).

Importa salientar que a homogeneidade da amostra teve impacto nas hipóteses 3 e 4. A elevada proporção de gravidezes planeadas (81,7%) e a ausência de gravidezes não planeadas não aceites reduziram a variabilidade entre os grupos, limitando o contraste

empírico necessário para detetar diferenças subtis na imagem corporal e na vinculação pré-natal. Assim, embora os testes estatísticos utilizados sejam adequados às hipóteses e objetivos do estudo, os resultados devem ser interpretados com prudência, reconhecendo que as limitações derivam sobretudo da configuração empírica da amostra e não de inadequações metodológicas ou estatísticas.

É igualmente relevante salientar que os procedimentos estatísticos utilizados se mostraram ajustados aos objetivos e às hipóteses delineadas para o presente estudo, atendendo à natureza das variáveis consideradas e ao desenho correlacional de carácter transversal. As análises correlacionais permitiram examinar de forma direta as associações entre a vivência corporal, nomeadamente a imagem corporal, a consciência interoceptiva (nas suas diversas dimensões) e a vinculação pré-natal, enquanto os testes de comparação entre grupos possibilitaram analisar o papel do planeamento da gravidez nestas dimensões. Deste modo, o tratamento estatístico adotado revelou-se consistente com as questões de investigação formuladas.

A predominância de gravidezes planeadas e aceites, bem como a inexistência de casos de gravidez não planeada não aceite, poderá ter contribuído para uma menor variabilidade entre os grupos, dificultando a identificação de diferenças mais expressivas, especialmente ao nível da vinculação pré-natal. Assim, os resultados devem ser analisados com cautela, reconhecendo-se que a relativa homogeneidade da amostra poderá ter limitado o alcance explicativo dos efeitos observados.

6. Limitações, estudos futuros e implicações para a prática clínica

Tal como em qualquer investigação, existem algumas limitações no estudo vigente que devem ser tidas em consideração, tanto na interpretação dos resultados como em estudos futuros.

Existem algumas limitações ao nível da amostra que importa considerar. No presente estudo, recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência, o que inviabiliza a sua representatividade e limita a generalização dos resultados à população (Marôco, 2018). Adicionalmente, o número de mulheres grávidas foi relativamente reduzido, podendo ter condicionado o poder estatístico das análises efetuadas. Associada à utilização de uma amostra não probabilística, não foi igualmente possível controlar a situação financeira das participantes, uma variável potencialmente relevante e suscetível de influenciar as dimensões em análise. Acresce ainda o facto de ser uma amostra

altamente homogênea (maioria portuguesa, elevada escolaridade e grande percentagem de gravidezes planeadas (81,7%), o que poderá ter limitado a variabilidade entre os grupos comparados e a generalização dos resultados. A baixa variabilidade na variável “gravidez não planeada” (e.g. a ausência de gravidezes não aceites) reduz o poder estatístico para poder encontrar e estabelecer diferenças mais subtis, principalmente nas hipóteses 3 e 4.

Relativamente aos instrumentos utilizados, o MAIA não foi validado para ser aplicado a amostras de grávidas, e as evidências científicas sugerem que os aspetos da consciência interoceptiva se alteram durante a gravidez. Nesse sentido, as medidas interoceptivas desenvolvidas em amostras de mulheres não grávidas podem deixar de captar fatores importantes e relevantes para a gravidez (Stafford et al., 2024). Além disso, é possível que o instrumento de avaliação (i.e., MAIA) não tenha sido suficientemente sensível para captar diferenças entre os grupos, sobretudo no que diz respeito ao planeamento da gravidez, onde apenas uma dimensão da consciência interoceptiva se mostrou significativa (e.g., Confiar) (McNamara et al., 2022).

Os procedimentos estatísticos aplicados mostraram-se apropriados para testar as hipóteses e atender aos objetivos do estudo, tendo em conta a natureza das variáveis e o desenho correlacional adotado. Deste modo, as limitações observadas devem-se principalmente à pouca variabilidade entre os grupos, especialmente no que se refere às gravidezes não planeadas, e não a falhas metodológicas ou estatísticas.

Sugere-se, em estudos futuros, a utilização de amostras de maiores dimensões, a fim de permitir a comparação com os resultados obtidos neste estudo e possibilitar a obtenção de resultados mais consistentes. Investigações futuras poderão também beneficiar da inclusão de amostras mais heterogêneas no que respeita ao planeamento e à aceitação da gravidez, favorecendo uma maior variabilidade entre os grupos e permitindo um aprofundamento das diferenças observadas. A utilização de amostras mais diversificadas poderá contribuir para uma compreensão mais robusta das relações entre a vivência corporal, vinculação pré-natal e planeamento da gravidez, mantendo-se, contudo, a adequação do desenho metodológico e dos procedimentos estatísticos utilizados no presente estudo. Seria também benéfico considerar fatores como o apoio social, os níveis de stress ou variáveis relacionadas com o bem-estar emocional (e.g., autoestima, autoconhecimento, entre outros), que podem ter influenciado os resultados. Tal como esses fatores, sugere-se ainda que estudos futuros aprofundem a relação entre a consciência emocional e a intensidade da preocupação, de forma a contribuir para uma compreensão mais detalhada dessa associação.

No que toca à vinculação pré-natal e à sua relação com o bem-estar emocional da mulher, seria benéfico que estudos futuros pudessem analisar a relação de variáveis como a depressão, stress, ansiedade através de um estudo de moderação.

No que diz respeito ao planeamento e à aceitação da gravidez, uma vez que o foco deste estudo foi apenas o planeamento e que todas as mulheres inquiridas aceitaram a gravidez, seria importante que estudos futuros utilizassem amostras heterogéneas, de modo a incluir mulheres que não tenham aceite a gravidez, mesmo tendo levado a gestação até ao fim.

Embora se trate de um estudo exploratório, com limitações no que respeita à generalização dos resultados, considera-se que os dados obtidos oferecem contributos relevantes para a prática clínica em Psicologia. A investigação permitiu identificar relações significativas entre a vivência corporal, operacionalizada através da imagem do corpo e da consciência interoceptiva, o planeamento da gravidez e a vinculação pré-natal, levantando questões pertinentes sobre a forma como estas dimensões podem ser integradas na avaliação e intervenção psicológica durante a gravidez. Os resultados sugerem que o acompanhamento psicológico de grávidas deve focar-se na promoção da aceitação das mudanças corporais e no fortalecimento da regulação emocional.

A integração de intervenções durante a gravidez, como as consultas de preparação para o parto, pode incluir psicoeducação, que informa sobre o processo da gravidez e as mudanças no corpo e nas emoções, práticas de mindfulness ou intervenções Mind-Body, que visam reduzir o stress e aumentar a consciência emocional e corporal. Estas intervenções ajudam as grávidas a lidar melhor com as transformações físicas e emocionais da gravidez, favorecendo o bem-estar psicológico e a qualidade da vinculação pré-natal (Munns & Preston, 2024).

Além disso, tais conclusões indicam que o planeamento da gravidez está associado a uma imagem corporal mais positiva e à vinculação pré-natal. Este facto destaca a importância de um acompanhamento psicológico precoce, particularmente em consultas de planeamento familiar, onde o apoio psicológico pode ser fundamental para preparar as mulheres para a gravidez, ajudando-as a lidar com a gestação de forma mais positiva e a fortalecer o vínculo com o bebé (McNamara et al., 2022).

A colaboração interdisciplinar entre psicólogos, médicos e outros profissionais de saúde, nas consultas de planeamento familiar, pode ser determinante para garantir que as grávidas recebam o apoio necessário, tanto a nível físico como emocional, promovendo uma experiência gestacional mais saudável e uma vinculação mais forte com o bebé.

7. Conclusão

A gravidez representa uma das tarefas desenvolvimentais mais significativas da idade adulta, sobretudo para a mulher, implicando transformações profundas a nível físico, psicológico e emocional. A forma como a mulher vivencia estas mudanças, nomeadamente as alterações corporais, pode afetar diretamente a sua autoestima, a perceção da sua imagem corporal e a maneira como experiencia cada fase da gravidez (Silva et al., 2023). Desta forma, o período pré-natal assume um papel crucial na promoção do vínculo mãe-bebé, constituindo uma etapa determinante para o estabelecimento de uma relação afetiva segura e saudável desde os primeiros momentos da gravidez (Alves, 2020).

A literatura existente até à data explora superficialmente a relação entre o planeamento, a experiência corporal e a vinculação pré-natal, pelo que este estudo se torna pertinente ao contribuir para realçar a importância que uma perceção mais positiva e uma maior consciência interoceptiva do corpo têm na forma como a mulher vivencia a gravidez e se vincula ao seu bebé in útero, bem como verificar que o planeamento da gravidez também contribui para a vivência corporal da mulher grávida e para o estabelecimento de um vínculo mais forte com o feto.

Os resultados sugerem que planear a gravidez, lidar de forma mais positiva com as alterações da imagem corporal, conseguir autorregular-se e ter maior consciência das emoções e das novas necessidades fisiológicas e físicas, que surgem durante o período gestacional, acarreta benefícios no que toca à criação de um vínculo mais fortalecido com o feto e, possivelmente, no bem-estar emocional da mulher grávida ao longo da gravidez.

Tais resultados têm implicações relevantes para a prevenção e intervenção clínica junto de mulheres grávidas, sendo importante que profissionais de saúde, como psicólogos, enfermeiros e/ou obstetras, entre outros, incluam nos cuidados de planeamento familiar e nos cuidados de saúde pré-natais estratégias de intervenção que promovam o planeamento da gravidez e a aceitação das mudanças corporais inerentes à gravidez, de forma a melhorar a imagem corporal e, por consequência, fortalecer o vínculo mãe-bebé (Canlı & Demirtaş, 2022).

Referências Bibliográficas

- Alves, B. F. C. (2020). *Vinculação Pré-Natal e Vivência Psicológica da Gravidez – Implicações da pandemia COVID-19?* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/33619>
- Araújo, M, N., Salim, R, N., Gualda, R, M, D., & Da Silva, P, F, C, L. (2012). Corpo e Sexualidade na Gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(3), 553-558. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300004>
- Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In Leal, I. (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Benevides, T, F., Da Silva Lima, R, M., De Araújo Nogueira, D, M., Nogueira, C, V., Maia, C, S, C., & Carvalho, C, H, F. (2021). A representação de um corpo grávido para a autoimagem da mulher. *Saúde em Redes*, 7(03), 1-11. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n3p347-357>
- Bien, et al. (2023). Body Esteem and Self-Efficacy of Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus. *International journal of environmental research and public health*, 20(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph20032171>
- Borges, L. A. B. (2019). *Vivência Psicológica da Gravidez e Vinculação Pré-Natal materna numa Amostra de Utentes dos Cuidados de Saúde Primários* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/29983>
- Borges, V, L, A., Cavallieri, B, F., Hoga, K, A, L., Fujimori, E., & Barbosa, R, L. (2011). Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(spe2), 1679–1684. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800007>
- Bouchard, G., Boudreau, J., & Hébert, R. (2006). Transition to parenthood and conjugal life comparisons between planned and unplanned pregnancies. *Journal of Family Issues*, 27(11), 1512-1531. <https://doi.org/10.1177/0192513X06290855>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*, 22(6), 723-742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>

- Bruchon-Schweitzer, M. (1982). L'image du corps chez les lycéens; Etude structurale et comparative. *Bulletin de psychologie*, 35(355), 435-448. https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1982_num_35_355_11978
- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). L'image du corps de 10 à 40 ans: Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire Q.I.C. *Bulletin de psychologie*, 40(382), 893-908. https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1987_num_40_382_13473
- Camarneiro, A. P. & Justo, J. (2009). Vinculação materna e paterna pré-natal (relação entre a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação com o feto). *Actas do Iº Congresso Saúde e Comportamento*. Universidade do Minho: Braga.
- Camarneiro, A. P. F., & Justo, J. M. R. M. (2010). Padrões de Vinculação Pré-Natal: Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o 2º trimestre de gravidez, na região dentro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22. https://www.researchgate.net/publication/271842646_Padrees_de_Vinculacao_Pre-Natal_Contributos_para_a_adaptacao_da_Maternal_and_Paternal_Antenatal_Attachment_Scale_em_casais_durante_o_2_trimestre_de_gravidez_na_regiao_centro_de_Portugal
- Camarneiro, A., & Justo, J. (2017). Prenatal attachment and sociodemographic and clinical factors in Portuguese couples. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(3), 212-222. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1297889>
- Camarneiro, F, P, A. (2011). *Vinculação Pré-natal e Organização Psicológica do Homem e da Mulher durante a Gravidez: Relação com o tipo de parto e com a Patologia Obstétrica dos II e III trimestres de gestação* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/6526>
- Canlı, A., & Demirtaş, B. (2022). Prenatal Attachment and the Relationship With Body Self-Perception. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 51(1), e1–e12. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.09.003>
- Cardoso, C, C, M. (2021). *Vinculação Parental Durante a Gravidez: Uma Revisão Integrativa da Literatura* [Projeto de Graduação, Escola Superior de Saúde-Fundação Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/10484>

- Carvalho, S. P., Loureiro, M., Simões, R. M. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, 5(2), 39-48. https://psicologiaeeducacao.ubi.pt/Ficheiros/ArquivoHistorico/VOL5/PE%20VOL5%20N2/PE%20VOL5%20N2_index_5_.pdf
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Cavaleiro, Dos Santos. S. A. (2012). *Vinculação Materna, Ansiedade e Imagem Corporal no último Trimestre da Gravidez* [Dissertação de Mestrado, ISPA]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/3987>
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). My baby body: A qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 330-345. <https://doi.org/10.1080/02646830903190904>
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: a prospective study. *Journal of health psychology*, 14(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/1359105308097940>
- Colman, L., & Colman, A. (1994). Gravidez - a experiência psicológica. Lisboa: Colibri.
- Condon J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *The British journal of medical psychology*, 66 (Pt 2), 167-183. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x>
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat. Rev. Neurosci.* 3(8), 655-666. Doi: 10.1038/nrn894
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*. 30(5). 281-284. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>
- Crossland, A., Kirk, E., & Preston, C. (2022). Interoceptive sensibility and body satisfaction in pregnant and non-pregnant women with and without children. *Scientific Reports*, 12(1), 1-14. Doi: 10.1038/s41598-022-20181-z
- Da Silva, A. M. S. (2012). *Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/3259>

- Daniluc, R. I., Craina, M., Thakur, B. R., Prodan, M., Bratu, M. L., Daescu, A. C., Puenea, G., Niculescu, B., & Negrean, R. A. (2024). Comparing Relationship Satisfaction and Body-Image-Related Quality of Life in Pregnant Women with Planned and Unplanned Pregnancies. *Diseases (Basel, Switzerland)*, 12(6), 109. <https://doi.org/10.3390/diseases12060109>
- Erikson, E. (1980). Identity and the life cycle. Nova Iorque: W. W. Norton & Company.
- Fernandez, L.M. & Cabaço, A. S. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: Implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar*, 28, 9-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=786335>
- Ferreira, A. C. F. P. (2009). *Psicodinamismos de grávidas com gestação de alto risco por Diabetes Mellitus pré-gestacional*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo]. Repositório USP. <https://repositorio.usp.br/item/001777994>
- Ferreira, C, M., Leite, M, G, N., & Filho, G, U. (2002). Adaptação e Validação de um Instrumento de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal. *Avaliação Psicológica*, 1(2), 141-149. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v1n2/v1n2a07.pdf>
- Figueiredo, B. (1997). Questões de avaliação psicológica relativas às perturbações psicopatológicas da maternidade. In Gonçalves, M, et al. (Eds), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 477-492). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Figueiredo, I., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Escala de vinculação pré-natal. In I. Leal & J.Maroco. *Avaliação em sexualidade e parentalidade*, Porto: Livpsi, 225-242. <https://core.ac.uk/download/pdf/70649433.pdf>
- Fonseca, I., I., M. (2012). A gravidez na adolescência: vinculação pré-natal, memória de práticas parentais e suporte social. [Dissertação de Mestrado, Especialidade em Psicologia Clínica - Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/2336>
- Gandolfi, R., R., F., Gomes, P, F, M., Reticena, O, K., Santos, S, M., & Damini, V, A, M, N. (2019). Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 27(01), 126-131. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200629.pdf

- George, D., & Mallery, P. (2020). IBM SPSS Statistics 26 step by step: A simple guide and reference (17th ed.). Routledge/Taylor & Francis Group. <http://gen.lib.rus.ec/book/index.php?md5=8e96d0364409fd29168efdb7daf9718e>
- Göbel, A., Barkmann, C., Arck, P., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., Diemert, A., & Mudra, S. (2019). Couples' prenatal bonding to the fetus and the association with one's own and partner's emotional well-being and adult romantic attachment style. *Midwifery*, 79, 102549. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102549>
- Gomez, R., Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (2), 153-165. <http://hdl.handle.net/10400.12/1070>
- Henriques, N., I., P. (2017). Vinculação pré-natal e relação marital [Dissertação de mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa]. Repositório da Universidade Autónoma de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11144/3015TID>
- Hodgkinson, E., L., Smith, D., M., & Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-330>
- Jorge, P. De Oliveira. B., M. (2021). *A Influência da Vinculação Pré-Natal nas Representações Maternas acerca do Bebê durante a Gestação* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/50938>
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4 (8), 371-376. <http://hdl.handle.net/10400.12/2905>
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. Brasil: Artmed.
- Kirk, E., & Preston, C. (2019). Development and validation of the Body Understanding Measure for Pregnancy Scale (BUMPS) and its role in antenatal attachment. *Psychological assessment*, 31(9), 1092-1106. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000736>
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Cousson-Gélie, F., Gilliard, J., & Quintard, B. (2002). The body-image questionnaire: an extension. *Perceptual and motor skills*, 94(1), 189-196. <https://doi.org/10.2466/pms.2002.94.1.189>
- Lederman, R., & Weis, K. (2009). Acceptance of Pregnancy. In Lederman, R., & Weis, K. (Eds), *Psychosocial Adaptation to Pregnancy: Seven Dimensions of Maternal Role Development* (3rd ed., pp. 39-54). Springer. <https://nursing-and-health->

professions.uiw.edu/_docs/moms/psychosocial-adaptation-to-pregnancy-third-edition.pdf

- MacFarland, T., W., Yates, J., M. (2016). Mann–Whitney U Test . In: *Introduction to Nonparametric Statistics for the Biological Sciences Using R*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-30634-6_4
- Machorrinho, J. (2017). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/21794>
- Machorrinho, J., Veiga, G., Fernandes, J., Mehling, W., & Marmeleira, J. (2019). Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness: Psychometric Properties of the Portuguese Version. *Perceptual and motor skills*, 126(1), 87–105. <https://doi.org/10.1177/0031512518813231>
- Maçola, L., do Vale, N., I., & Carmona, V., E. (2010). Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(03), 570-576. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300004>
- Małus, A., Chlewicka, J., Galińska-Skok, B., Konarzewska, B., & Szulc, A. (2014). Body image and maternal–fetal attachment. *Progress in Health Sciences*, 4(2), 157–163. <https://bibliotekanauki.pl/articles/1916651.pdf>
- Marôco, J. (2018). Análise estatística com o SPSS Statistics (7.^a ed.). ReportNumber.
- McConnell, O., & Daston, P. G., (1961). Body image changes in pregnancy. *Journal of Projective Techniques*, 25, 451–456.
- McNamara, J., Risi, A., Bird, A. L., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2022). The role of pregnancy acceptability in maternal mental health and bonding during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04558-6>
- Mehling, W., E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PLOS ONE*, 7(11), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
- Meireles, A., & Costa, E, M. (2019). Body experience and the mother–child relationship in pregnancy: a cross-sectional study of pregnant Portuguese women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(05), 527-538. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1626009>

- Meireles, A., & Costa, M. E. (2004). A experiência da gravidez: O corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebé. *Psicologia*, 18(2), 75-98. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v18i2.431>
- Mendes, I. (2002). *Ligação Materno-Fetal* (1st ed). Coimbra: Quarteto Editora.
- Moulder, C. (1994). Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 12(1), 65-67. <https://doi.org/10.1080/02646839408408869>
- Muller, M., E. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199-215. <https://doi.org/10.1177/019394599301500205>
- Munns, L. B., & Preston, C. (2024). The role of bodily experiences during pregnancy on mother and infant outcomes. *Journal of Neuropsychology*, 0(0), 1-21. <https://doi.org/10.1111/jnp.12370>
- Peixeiro, A., Frias A., Pereira, J., & Barros, M. (2022). A imagem corporal e a autoestima como determinantes na aceitação das mudanças físicas na gravidez: uma revisão narrativa. In A, Frias e M, da Luz Barros (Eds), *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: promoção da saúde no período pré-natal* (pp. 75-85). Editora Científica Digital. DOI: 10.37885/220609212
- Ramalhete, C. (2011). *Imagem do corpo e problemas comportamentais em adolescentes vítimas de abuso sexual* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/4731>
- Relvas, P, A., & Lourenço, C, M. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Perspectiva sistémica. In Canavarro, C, M. (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, M. (1999). A dança e o movimento criativo no desenvolvimento de algumas dimensões da competência social: uma abordagem às terapias expressivas na intervenção em crianças com comportamentos agressivos [Tese de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana].
- Santos, M. (2006). Dançoterapia Integrativa – uma metodologia de intervenção em Comportamentos Agressivos [Tese de Doutoramento, Universidade de Évora]. <http://hdl.handle.net/10174/27236>
- Shreffler, K. M., Spierling, T. N., Jespersen, J. E., & Tiemeyer, S. (2021). Pregnancy intendedness, maternal–fetal bonding, and postnatal maternal–infant bonding. *Infant mental health journal*, 42(3), 362-373. <https://doi.org/10.1002/imhj.21919>

- Silva, A, M, S. (2012). *Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/3259>
- Silva, P, F, I., Filho Antunes, R, C., & de Oliveira, F, M. (2023). O Impacto da Autoimagem, durante o período gestacional, sobre a Autoestima: Revisão Sistemática. *Revista Contemporânea*, 3(07), 9646–9664. <https://doi.org/10.56083/RCV3N7-119>
- Smith, J. (1999). Identity development during the transition to motherhood: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (3), 281-299. <https://doi.org/10.1080/02646839908404595>
- Solorzano, S, C., Porciello, G., Violani, C., & Grano, C. (2022). Body image dissatisfaction and interoceptive sensibility significantly predict postpartum depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 311, 239-246. Doi:10.1016/j.jad.2022.05.109
- Stafford, L., Munns, L., E. Crossland, A., Kirk, E., & E.J. Preston, C. (2024). Bonding with bump: Interoceptive sensibility moderates the relationship between pregnancy body satisfaction and antenatal attachment. *Midwifery*, 131, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103940>
- Suga, A., Naruto, Y., Maulina, R, V, V., Uraguchi, M., Ozaki, Y., & Ohira, H. (2022). Mothers' interoceptive sensibility mediates affective interaction between mother and infant. *Scientific Reports*, 12(6273), 1-12. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-09988-y>
- Teixeira, M. Da Conceição. M. (2014). *Onde Estava Antes de ter Nascido? Um Estudo sobre a Vinculação Pré-Natal* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/12323>
- Tosun, H., Kaptanoğlu, A., & Ebadi, H. (2023). Assessing body experiences in pregnancy: Translation, adaptation and validity of the Body Experience during Pregnancy Scale to Turkish. *International Journal of Health Administration and Education Congress (Sanitas Magisterium)*, 9(1), 1-23. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ijhadecc/issue/74048/1223162>
- Velosa, F, R, L. (2018). *Psicologia da Gravidez e Maternidade em Mulheres Adultas e Adolescentes* [Dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa].

Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa.
<http://hdl.handle.net/11144/3845>

Vizinha, F, R, J. (2020). *Vivência psicológica de uma gravidez posterior a uma interrupção espontânea da gravidez: culpa, vergonha, luto perinatal e vinculação pré-natal* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/45760>

Anexos

Anexo A – Termo de Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

Eu, Helena Peres, aluna do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade de Évora, encontro-me a desenvolver um estudo no âmbito da minha Dissertação de Mestrado, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Constança Biscaia e da Prof.ª Dr.ª Graça Santos.

O tema deste estudo é “A Vivência do Corpo na Gravidez e a sua relação com a Vinculação Pré-natal”. O principal objetivo deste estudo é verificar se a vivência corporal da mulher grávida está associada à vinculação pré-natal materna, assim como, examinar se a variável gravidez planeada se relaciona positivamente com a imagem corporal, consciência interoceptiva e a vinculação pré-natal. Desta forma, gostaria de solicitar a sua participação para preencher um conjunto de questionários relacionados com o tema do estudo.

Apenas poderão participar no estudo mulheres com idade cronológica igual ou superior a 25 anos e com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas de gestação. A sua participação é voluntária, não envolvendo custos nem recompensas financeiras e terá a liberdade de desistir a qualquer momento sem que tal tenha implicações negativas para si. Todos os dados obtidos serão apenas utilizados para tratamento estatístico, garantindo o anonimato e confidencialidade da sua participação.

Em caso de informações adicionais, esclarecimentos de dúvidas ou informação de desistência por parte dos participantes, poderá contactar a investigadora Helena Peres (m50182@alunos.uevora.pt).

Data: ____/____/20____

Assinatura da Investigadora _____

Declaro estar esclarecida no que respeita à minha participação nesta investigação, sabendo que posso desistir do estudo a qualquer momento sem prejuízos.

Desta forma, aceito participar neste estudo, nos moldes que me foram comunicados pela investigadora.

Data: ____/____/ 20____

Assinatura da Participante _____

Anexo B – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Identificação (a preencher pelas diferentes entidades): _____

Codificação: _____

Data: _____

a) **Dados Demográficos**

Idade: _____ Nacionalidade: _____

Estado Civil:

☐ Solteira ☐ Casada/União de Facto ☐ Divorciada/Separada ☐ Viúva

Escolaridade:

☐ Analfabeto
☐ Ensino Básico (9.º ano)
☐ Ensino Secundário (12.º ano)
☐ Bacharelato/Licenciatura
☐ Mestrado/Doutoramento

Situação Profissional:

☐ Empregado ☐ Desempregado ☐ Estudante ☐ Outra

Se empregado especifique qual a sua profissão: _____

Agregado Familiar:

☐ Vive sozinha	☐ Vive sozinha com os filhos
☐ Vive com o marido/companheiro	☐ Vive com os pais
☐ Vive com o marido/companheiro e os filhos	☐ Vive com amigos(as)/colegas

b) **Dados Clínicos:**

Semanas de gravidez: _____

A gravidez foi:

- ☐ Planeada
- ☐ Não planeada mas aceite por ambos os pais
- ☐ Não planeada e não aceite por ambos os pais
- ☐ Não planeada e não aceite por um dos pais (especifique se o pai ou a mãe)

Número de filhos vivos: _____

Número de gravidezes anteriores: _____

A gravidez atual foi antecedida de:

- ☐ Abortos espontâneos ☐ Recurso a tratamentos de infertilidade
- ☐ Dificuldades em engravidar (tempo) ☐ Normal
- ☐ Outros _____

c) Vigilância da Gravidez

Durante a gravidez está a ser acompanhada por:

- ☐ Médico de Família ☐ Obstetra do Hospital
- ☐ Obstetra Particular ☐ Outro: _____

d) Vivência da Gravidez

Durante a Gravidez quem são as pessoas que mais a têm apoiado:

Marido/Companheiro Mãe Pai Amigo/a

Médico que vigia a gravidez Outro: _____

Quais os aspetos referentes à gravidez que lhe causam maior ansiedade:

- ☐ Parto
- ☐ Saúde do bebé
- ☐ Aspeto físico atual
- ☐ Outro: _____

Muito obrigada pela sua colaboração!