

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**VINCULAÇÃO MATERNA PÓS-NATAL: DIFERENÇAS
ENTRE PARTO VAGINAL E PARTO POR CESARIANA.**

Inês Raimundo Grazina

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Dinâmica

2024

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**VINCULAÇÃO MATERNA PÓS-NATAL: DIFERENÇAS
ENTRE PARTO VAGINAL E PARTO POR CESARIANA.**

Inês Raimundo Grazina

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Dinâmica

2024

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu mais profundo agradecimento ao Professor Doutor João Justo pela sua incansável orientação, pela partilha de conhecimentos e pelo constante encorajamento ao longo de todo este percurso. Os seus ensinamentos, a sua paciência e o seu apoio foram essenciais para a realização deste trabalho. Estarei sempre grata por tudo o que aprendi sob a sua orientação.

Aos meus tios maternos e, em especial, à minha Tia Bia, por terem sempre acompanhado a minha trajetória neste percurso académico e pelo seu apoio constante. Agradeço-vos por estarem sempre presentes e por contribuírem de forma significativa para esta fase importante da minha vida.

Ao Tiago, o meu agradecimento por todo o apoio nestes últimos anos de vida académica e na vida em geral. Estar-lhe-ei eternamente grata pelo seu companheirismo, proteção e amor. Agradeço por acreditar em mim e por me motivar nos momentos em que mais precisei. Sem o seu colo, este projeto teria sido bem mais difícil de concretizar.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer à pessoa que me deu a vida e que luta comigo em todos os meus projetos: à minha mãe. A sua força, determinação, foco e profissionalismo inspiram-me todos os dias. A nossa vinculação incentivou o tema desta tese e despertou o meu interesse pela maternidade e pela relação mãe-filha/o. Nunca conseguirei expressar em palavras a gratidão que sinto por todas as suas palavras e ações para comigo. Espero que saiba que lhe dedico esta dissertação.

RESUMO

Introdução: O momento do parto pode influenciar o desenvolvimento psicológico materno subsequente e a relação da mãe com o seu bebé. A vinculação materna ao bebé pode ser um dos aspetos em que a influência do parto se vai manifestar. Por esse motivo, a vinculação materna pós-natal necessita de ser investigada na sua relação com a experiência de parto.

Objetivo: Compreender se o tipo de parto (vaginal ou cesariana) tem impacto sobre a forma como a mãe organiza a sua vinculação relativamente ao bebé.

Metodologia: Participantes: Mulheres (N = 40) que deram à luz nos últimos doze meses. Foram disseminadas mensagens de divulgação/convite nas redes sociais, com um link direcionando as participantes para a plataforma Qualtrics. Nesta plataforma, as participantes responderam a um Questionário Sociodemográfico, Obstétrico e Pediátrico, bem como a Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN; Condon & Corkindale, 1998; versão Portuguesa de Carrulo, 2016).

Resultados: As hipóteses foram testadas utilizando análises de regressão linear hierárquica múltipla. Observou-se que o tipo de parto ajuda a explicar a variância estatística da qualidade da vinculação; as mães que tiveram parto por cesariana apresentaram valores mais elevados naquela variável. Verificou-se que não foram confirmadas as hipóteses de o tipo de parto se relacionar com as variáveis, ausência de hostilidade, prazer na interação e total da vinculação.

Conclusão: Na nossa investigação, o parto por cesariana parece estar relacionado com valores mais elevados na qualidade da vinculação das mães aos bebés. No entanto, o tipo de parto não parece contribuir para a explicação de aspetos como ausência de hostilidade, total de vinculação e prazer na interação.

Palavras-chave: vinculação materna pós-natal; parto vaginal; cesariana, experiência de parto; relação mãe-bebé.

ABSTRACT

Introduction: The moment of childbirth can influence subsequent maternal psychological development as well as the mother's relationship with her infant. Maternal attachment towards the infant may be one of the aspects in which the influence of childbirth is sensitive. For this reason, postnatal maternal attachment needs to be investigated relative to the childbirth experience.

Goal: To understand whether the type of delivery (vaginal vs. caesarean) impacts the way mothers organize attachment towards their infants.

Methodology: Participants: Women (N = 40) who gave birth in the last twelve months. Messages were shared on social media, presenting a link directing participants to the Qualtrics platform. Once at this platform, participants responded to a Sociodemographic, Obstetric, and Pediatric Questionnaire, as well as to the Maternal Postnatal Bonding Scale (MPBS; Condon & Corkindale, 1998; Portuguese version by Carrulo, 2016).

Results: Hypotheses were tested using multiple hierarchical linear regression analyses. It was observed that the type of delivery helps to explain the quality of attachment statistical variance of the quality of attachment; mothers who had a caesarean delivery showed higher values on that variable. It was found that the hypotheses about the influence of the type of delivery upon absence of hostility, pleasure in interaction, and total bonding were not confirmed.

Conclusion: In our research, caesarean delivery appears to be associated with higher values in maternal quality of attachment. However, the type of delivery does not seem to contribute to the explanation of psychological aspects such as absence of hostility, total attachment, and pleasure in interaction.

Keywords: maternal postnatal attachment; vaginal delivery; caesarean; childbirth experience; mother-infant relationship.

Índice

1. Enquadramento Teórico	1
1.1 O Parto	1
1.2 Vinculação	7
2. Problema de Investigação, objetivo e hipóteses gerais	19
2.1 Problema de investigação	19
1.1 Relevância do problema de investigação	19
2.3 Objetivos da Investigação	20
2.4 Hipótese Geral	20
3. Metodologia de Investigação	21
3.1 Definição de variáveis	21
3.2 Operacionalização das variáveis	21
3.2.1 Questionário sociodemográfico, obstétrico e pediátrico	21
3.2.2 Escala de Vinculação Materna Pós-Natal	21
3.3 Hipóteses Específicas	22
3.4 Procedimento	22
3.4.1 Divulgação, aplicação de questionários e recolha de dados	22
3.4.2 Participantes	23
3.4.3 Descrição sociodemográfica e clínica da amostra	23
4. Resultados	27
4.1 Testagem de Hipóteses	27
4.1.1 Testagem de HE1	27
4.1.2 Testagem de HE2	28
4.1.3 Testagem de HE3	29
4.1.4 Testagem de HE4	29
5. Discussão	31
5.1 Limitações e Estudos Futuros	31
5.2 Conclusão e Implicações	32
Referências Bibliográficas	35

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra em escalas intervalares	23
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra em escalas não intervalares	24
Tabela 3: Análise de regressão da HE1	28
Tabela 4: Análise de regressão da HE2	28
Tabela 5: Análise de regressão da HE3	29
Tabela 6: Análise de regressão da HE4	30

Índice de Anexos

Anexo I: Questionário Sociodemográfico, Obstétrico e Pediátrico (QSOP)

Anexo II: Consentimento Informado

Anexo III: Autorização do autor para a utilização da escala (EVMPN)

Anexo IV: Mensagens Disseminadas nas Redes Sociais

Anexo V: Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN)

Anexo VI: Qualtrics Preview

Anexo VII: Análise de Regressão Ausência de Hostilidade

Anexo VIII: Análise de Regressão Prazer na Interação

Anexo IX: Análise de Regressão Qualidade da Vinculação

Anexo X: Análise de Regressão Total da Vinculação

Anexo XI: Confiabilidade Ausência de Hostilidade

Anexo XII: Confiabilidade Prazer na Interação

Anexo XIII: Confiabilidade Qualidade da Vinculação

Anexo XIV: Confiabilidade Total da Vinculação

Anexo XV: Testes de Normalidade

Anexo XVI: QSOP - Estatística Descritiva - Variáveis Avaliadas em Escalas Intervalares

Anexo XVII: QSOP - Estatística Descritiva - Variáveis Avaliadas em Escalas Não Intervalares

1. Enquadramento Teórico

1.1 O Parto

O trabalho de parto representa a conclusão de um processo de gestação, a gravidez, que para muitas mulheres, representa uma das fases mais importantes da vida. Na fase gravídica, acontecem alterações do ponto de vista físico, hormonal e psicológico, de modo a preparar o corpo para o desenvolvimento do feto e para o momento do parto (Figueiredo, 2003).

A comunidade científica tem vindo a investir cada vez mais em investigações sobre a fase de transição da gravidez para a maternidade/pós-parto, pois esta é complexa e envolve repercussões e reestruturações na vida da mulher (Bayle et al., 2006; citado Silva, 2012). Neste período, as mudanças são vividas, elaboradas e integradas de acordo com a estrutura de personalidade da mulher, da sua rede de apoio, do desejo e significado atribuído à gravidez e ao seu projeto de maternidade (Leal, 2005; citado por Silva, 2012). Deste modo, percebemos que é uma fase exigente no que aos mecanismos de defesa diz respeito, pois corresponde a uma grande adaptação à mudança. Geralmente, a mãe comparativamente ao progenitor, vivência mais alterações na sua vida, nomeadamente na construção de novos papéis, nas alterações de sono, na diminuição do tempo para atividades sociais e até alterações no relacionamento sexual com o seu parceiro (Ramos & Canavarro, 2007; citado por Silva, 2012).

O parto, sendo um evento emocionalmente carregado, tem o potencial de desencadear angústia, bem como promover resiliência e o desenvolvimento emocional e psicológico (Olde et al., 2006; citado por Veksler, 2015).

O parto é o primeiro momento de separação entre a mãe e o bebé, criando assim uma sensação de nostalgia na ex-grávida, que, agora, se encontra de barriga “vazia”, face ao que, antes, era uma barriga preenchida de vida. A mãe depara-se com um bebé real que terá de cuidar, responder às necessidades do mesmo e irá perceber se esse bebé real corresponde ao bebé imaginário, por si imaginado (Bayle, 2006). Do ponto de vista do novo ser, o nascimento é uma mudança de um mundo “liquidiano” para um aéreo, onde o bebé pode ser olhado, reconhecido por um nome e com uma identidade sexual.

As mães adaptam-se ao seu novo papel durante o período pós-parto ao (re)conhecerem o seu bebé e, também, no decorrer da sua recuperação física, emocional e social, exigindo que esta se reorganize no seu ambiente e na sua vida pessoal. É, também, no período pós-parto que a maternidade é integrada pela própria mulher ao sentir, na sua vida, uma panóplia de novas responsabilidades onde, por exemplo, se integram a necessidade de prestar cuidados a um ser totalmente dependente de si (Sever 2015; citado por Oruç & Kukulu, 2021).

Em relação à gravidez, ao parto e às primeiras interações com o bebé, cada mulher reage de forma diferente de acordo com a sua personalidade, vivências e história pessoal. Para muitas mulheres, este encontro com o bebé pode ser uma experiência traumática (Prat, 1996), essencialmente se a mulher perceber o bebé com dependência total a ela e se este sentimento for vivido e, sentido, de forma não progressiva.

De acordo com Strapasson e Nedel (2010), no período pós-parto, a mulher pode vivenciar sentimentos ambivalentes, por exemplo: alívio e, ou euforia. Pode sentir autoconfiança face à experiência de parto e felicidade perante o nascimento de um filho saudável ou receio relativamente à amamentação ou desconforto físico consequente do tipo de parto, por exemplo (Silva, 2012).

O parto por cesariana ou o parto vaginal são as alternativas disponíveis e espera-se que as gestantes tenham o direito de analisar os riscos e os benefícios de cada um e, assim, terem o direito de participar ativamente na decisão sobre a sua saúde e as ações relacionadas com o seu próprio corpo, permitindo que o nascimento seja um momento único e especial (Prat, 1996).

A cesariana é um tipo de parto em que é realizada uma incisão na parede abdominal e na parede uterina da mãe, para a extração do feto. Tendencialmente, as mulheres que têm um parto deste tipo, experienciam mais dor e uma recuperação mais difícil no pós-parto. No caso destas mulheres, existe uma maior probabilidade futura para a ocorrência de cesarianas subsequentes, abortos espontâneos e nados mordos (Lobel & DeLuca, 2007; Smith, Pell, & Bobbie, 2003; citados por Veksler, 2015). A decisão de realizar a cesariana pode ser tomada em várias fases do trabalho de parto, nomeadamente nas situações em que o feto, ou a mãe, estão em perigo imediato, o que acontece em aproximadamente 13 % das primíparas (O’Leary et al., 2007; citado por Veksler, 2015). Em oposição, uma cesariana é planeada (cesariana eletiva) quando são

identificadas potenciais complicações (feto em apresentação atípica no útero) ou a pedido da progenitora (Paterson-Brown, 1998). As cesarianas planeadas diferem do parto vaginal e da cesariana de emergência uma vez que não existem alterações inflamatórias intrauterinas as quais são frequentes no desenvolvimento do trabalho de parto (Houben et al., 2009).

O parto vaginal é geralmente sentido, pela parturiente, como mais ativo, isto porque a torna protagonista, o que não é sentido no parto por cesariana pois, neste tipo de parto, a mulher sente-se numa postura mais passiva (Nascimento, Arantes, Souza, Contreta & Sales, 2015).

Mães que tiveram um parto por cesariana tendem a apresentar sintomas como insónia e fadiga no pós-parto. Comparativamente ao parto vaginal, a cesariana provoca alterações fisiológicas, sentimentos de menos autocontrolo e um reduzido desempenho físico (Chen & Wang, 2002; McGovern et al., 2006; citado por Lai et al., 2014).

O impacto do tipo de parto pode ser difícil de caracterizar. A complexidade da experiência subjetiva materna e a relação com o bem-estar psicológico da mãe podem subestimar esta análise. A experiência traumática do parto tem sido descrita pelas mães como relacionada a sentimentos de culpa, dificuldades na amamentação e sensação de negligência por parte do sistema de saúde (Henderson & Quenby, 2021).

Num estudo realizado por Nascimento e colaboradores (2015), as participantes que conseguiram ter um parto vaginal, conforme era o seu desejo, demonstraram sentimentos de alívio e de realização. No estudo, as puérperas que realizaram parto através de cesariana, mas que desejavam ter parto vaginal, relataram sentimentos de frustração, de perda de controlo e do seu protagonismo no momento do parto. Ao se sentirem totalmente entregues aos cuidados dos médicos e profissionais de saúde, sentem-se condicionadas ao nível das decisões sobre o processo de gestação e do seu término. A sensação de não ser capaz de dar à luz através de parto vaginal é causadora frequente de angústia e torna as mulheres mais vulneráveis às intervenções médicas nesta fase.

O desejo de muitas mulheres por um parto de cesariana é fundamentado pelo medo, pela desinformação e pela conveniência. Muitas mulheres acreditam que, no parto vaginal, existem intervenções desnecessárias e violências obstétricas, o que pode contribuir para a solicitação e a aceitação de um parto por cesariana. A gestante, muitas

das vezes, receia as consequências do parto vaginal por considerar ser arriscado e pela ideia de que o ato cirúrgico irá evitar a dor e ser igualmente seguro (Nascimento et al., 2015). O estudo agora referido permitiu concluir que setenta e seis % das participantes preferiram o parto vaginal e esta preferência foi referida e justificada pelo fato de ser um processo natural, de ter uma recuperação pós-parto mais rápida e a possibilidade de prestação de cuidados ao bebê sem restrições. Os resultados demonstraram que as experiências anteriores de parto, opiniões de familiares, interações com os profissionais de saúde (quer em consultas pré-natais quer a consulta de fontes de informação de saúde) influenciaram a escolha do tipo de parto. É importante, assim, destacar a importância da participação dos profissionais de saúde, que, para além de assistirem a mulher no seu ciclo gravídico de forma humanizada e com qualidade, deverão, também, desempenhar um papel essencial no processo informativo e educativo da grávida, gestante e puérpera.

Como já mencionado, o parto pode ser um fator preponderante para a experiência do nascimento. Uma cesariana pode ser um desencadeador de sofrimento emocional e de desorganização da vinculação materna relativamente ao bebé (Veksler, 2015).

Henderson e Quenby (2021) quiseram estudar a relação entre o parto por cesariana e o sofrimento psicológico pós-natal da mãe e, assim, perceber se este difere no caso de existir diagnóstico de depressão ou ansiedade prévia (e de longo prazo). Na sua investigação, os autores perceberam que as mulheres com diagnóstico prévio de depressão ou ansiedade e que realizaram uma cesariana programada/eletiva apresentaram um risco inferior de sofrimento psicológico pós-natal comparativamente às mães que tiveram uma cesariana de emergência.

A mães que sofriam de ansiedade e depressão a longo prazo e que tiveram uma cesariana programada relataram maior satisfação e menos angústia em comparação com as que tiveram parto vaginal. Já as que tiveram uma cesariana de urgência relataram sentimentos de maior insatisfação. A experiência de cesariana de urgência é particularmente complexa, com ou sem diagnóstico psicopatológico. Entre os aspetos a ter em conta, temos o bem-estar ao longo da gravidez, os fatores de risco obstétrico, as complicações maternas durante o parto e, ainda, as suspeitas de sofrimento fetal. No caso das mães sem diagnóstico prévio de depressão ou ansiedade não foi encontrada nenhuma relação. Os problemas de saúde mental estão, segundo os autores, associados à

percepção da experiência do parto e a problemas de saúde psicológica pós-natal. Como uma percentagem elevada de mulheres que solicitam cesariana apresentam problemas de saúde mental é, assim, claro que este pode ser um fator que explica a forma como a mulher vivencia o parto.

Algumas mães sem problemas obstétricos e clínicos, apresentam preferência por cesariana programada, por diversos motivos. Entre estes temos as experiências de parto anteriores sentidas como negativas, ou receio de que o parto vaginal seja arriscado, a percepção de um maior controlo e até evitação de memórias do parto que possam vir a ser negativas. Ainda, mulheres que preferiam ter um parto por cesariana, mas que tiveram um parto vaginal apresentaram estatisticamente valores mais elevados de depressão pós-natal e de pior experiência de parto.

Não obstante os aspetos agora referidos, a prevalência de partos por cesariana tem vindo a aumentar globalmente, passando dos 7%, em 1990, para 19% em 2014. São identificados vários motivos para este aumento, nomeadamente o aumento da idade materna, parto anterior por cesariana e a crença de que o bem-estar sexual da mulher não seria prejudicado pelo parto vaginal. Ou seja, algumas mulheres podem sentir que o parto por cesariana não irá prejudicar ou ter tanto impacto na sua sexualidade (Martin et al., 2022).

Alguns autores como Rubin (1984) e Fowles (1994) defenderam a ideia de que a insatisfação com a experiência do parto e as respostas negativas que surgem deste podem resultar em percepções negativas e, ou, problemas emocionais acerca do recém-nascido. Assim, o desenvolvimento da identidade materna e dos cuidados prestados pode ser dificultada (Conde, 2007). Em contrapartida, se as expectativas que a mulher cria em relação ao seu parto forem confirmadas, garante-se uma maior satisfação, bem-estar-psicológico e maior disponibilidade na prestação de cuidados ao bebé. É, por isso, importante que as mães sejam encorajadas a analisar e expressar os seus sentimentos acerca do parto enquanto vão desenvolvendo a nova imagem que têm sobre si mesmas neste novo papel materno (Rubin, 1984, citado por Conde, 2007). No estudo realizado por Conde (2007), os resultados obtidos propõem que, a percepção da experiência do parto, sentida como mais positiva, pode ser uma tarefa de desenvolvimento fundamental e necessária à integração do novo papel da mulher/mãe e quanto à sua disponibilidade para prestar cuidados ao bebé.

O tipo de parto parece explicar a vinculação materna ao bebê, pois inúmeros investigadores como Bradley, Ross e Warnyca (1983), mostraram que a ligação emocional e afetiva ao bebê está favorecida pelo parto vaginal em relação ao parto por cesariana (Figueiredo, 2003). Se a mãe se sente como participante das decisões relativas ao parto (assim como nos cuidados que presta ao bebê no pós-parto) maior será a sua satisfação e o seu envolvimento emocional com o bebê.

Mães que realizaram um parto por cesariana, quando este não tinha sido planeado, em comparação com mães que tiveram um parto vaginal, expressam uma reação inicial menos positiva para com o bebê e que se mantém seis semanas após o parto. Tal pode ser explicado pelo fato de a mãe expressar níveis inferiores de satisfação com o parto, quando foi alvo de cesariana (Figueiredo, 2003).

No entanto, Field e Windmayer (1980) perceberam, que embora as mães que tiveram parto por cesariana o sintam de forma mais negativa, ao fim de quatro a oito meses, estas mães sentem o comportamento dos bebês como mais favorável e apresentam expectativas mais realistas em relação ao desenvolvimento dos seus bebês, comparativamente às mães que tiveram o bebê através de parto vaginal (Figueiredo, 2003).

Segundo os investigadores, Pacheco, Figueiredo, Costa e Pais (2005), durante a gravidez, a futura mãe cria expectativas relativas à sua experiência de parto. Este é interpretado como um evento significativo e marcante na vida da mulher e também da sua família (Halldorsdottir & Karlsdottir, 1996; citado por Pacheco, Figueiredo, Costa, e Pais, 2005) com eventuais consequências, mais ou menos positivas ou negativas, permanentes ou a longo prazo na vida da pré-puerpera e conseqüentemente, com o seu companheiro ou restantes filhos e novo bebê (Green, Coupland, & Kitzinger, 1990; Lagerkrantz, 1979; Morris-Thompson, 1992; Oakley, 1983; Simkin, 1992, citado por Pacheco, Figueiredo, Costa, & Pais, 2005).

As expectativas que a mãe constrói em torno do parto podem influenciar, pelo menos parcialmente, o modo como aquele é vivido. De entre os diversos fatores que influenciam a percepção da experiência do parto, um parece assumir especial importância; o tipo de parto, quer dizer parto vaginal ou parto por cesariana.

As investigações que têm procurado comparar as duas alternativas relativas ao tipo de parto têm sido consensuais, pois afirmam que as mães sujeitas a parto por

cesariana percebem, de forma generalizada, a sua experiência como sendo mais negativa, comparativamente às mães que tiveram um parto vaginal. Segundo Rizk, Nasser, Thomas e Ezimokhai (2001), o tipo de parto ajuda a explicar o modo como as mães recebem a informação fornecida pelos profissionais de saúde, o seu envolvimento na tomada de decisões e a satisfação que sentem com a experiência de parto e os sentimentos de eficácia pessoal no modo de lidar com a experiência (Costa, Pacheco, Figueiredo, & Pais, 2003). Este tema torna-se de especial importância na medida em que uma percepção negativa da experiência de parto pode afetar negativamente, o comportamento materno no que diz respeito aos cuidados prestados ao bebê, como por exemplo na amamentação e na vinculação ao bebê em geral (DiMatteo et al., 1996; citado por Costa, Pacheco, Figueiredo, & Pais, 2003).

No estudo de Akinlusi e colaboradores (2023), a generalidade das mães com experiência prévia de cesariana por emergência referiram, que no seu próximo parto, prefeririam vivenciar um parto vaginal. Tal preferência foi indicada por quatro em cada cinco mães, que mesmo sentindo a sua experiência de parto por cesariana como satisfatória, gostariam de viver um parto vaginal por acreditarem ser mais natural.

Wiklund et al. (2007) afirmaram que o receio pelo parto e o stress materno na fase pré-natal aumentam o risco de uma cesariana de urgência bem como a probabilidade de a mãe solicitar uma cesariana sem que tenha havido indicação médica. Segundo os autores, as mulheres que solicitam uma cesariana têm expectativas mais positivas em relação ao resultado do parto.

Será importante destacar uma limitação que foi encontrada no decorrer dos estudos de investigação de Costa, Pacheco, Figueiredo e Pais (2003): apesar de existirem investigações sobre a vivência e emoções acerca da experiência de parto e dos fatores que influenciam essa vivência, poucas são as que exploram a permanência, ou não, destas emoções e percepções da vivência do parto (Bennett, 1985; Simkin, 1991; Simkin, 1992; Waldenstrom, 2003; citados por Costa, Pacheco, Figueiredo & Pais, 2003).

1.2 Vinculação

De acordo com Schmidt e Argimon (2009), a vinculação integra a concepção da teoria do desenvolvimento socioemocional que considera o cariz inato da necessidade humana em formar laços afetivos e íntimos com pessoas significativas. Burroughs

(1995) defende que a vinculação materna se assume como um processo crescente que se inicia mesmo antes da concepção e que vai sendo desenvolvido e fortalecido no contacto mãe-bebé no período pós-natal (Silva, 2012).

As relações significativas podem ser fatores de risco ou de proteção, pois podem promover o sentimento de segurança e fomentar o bem-estar do sujeito ou, pelo contrário, podem gerar condições adversas ao desenvolvimento e, ou, causar sofrimento (Canavarro, 1999; cit. por Silva et al., 2013).

A construção da vinculação entre a mãe e o bebé desenvolve-se, também, através das diferentes interações precoces e dos seus fatores intrínsecos. Um destes fatores é o desejo dos pais de dar vida a um ser. Segundo Anzieu e Zazzo (1979), a vinculação é uma ligação de afeto específico de um indivíduo para outro. Neste sentido, a primeira ligação estabelece-se entre a mãe e o bebé (Bayle, 2006).

O estabelecimento de um vínculo amoroso entre a mãe e o seu bebé é fundamental para o desenvolvimento saudável do bebé. Caso não exista uma ligação segura na díade, durante o primeiro ano após o parto, para além de se comprometer o desenvolvimento do bebé poderão ocorrer prejuízos sociais e psicológicos da mulher ao longo do avançar do tempo. A vinculação materna ao bebé, uma relação emocional única, específica e duradoura que se estabelece de um modo gradual, desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, traduz-se num processo de adaptação mútua no qual mãe e bebé participam de forma ativa (Figueiredo, 2003).

Subjacente à mãe, existe um histórico de vida e de vinculação com a sua progenitora ou cuidador principal que pode ajudar a explicar a vinculação e os sentimentos que aquela vai desenvolver com o seu bebé (Rappaport et al., 1981; citado por Silva, 2012).

Boztepe (2016) defende que fatores como a idade da mãe, problemas físicos e, ou, psicológicos no decorrer da gravidez e o nível de escolaridade, podem interferir na vinculação materna pós-natal (Cordeiro, Franco & Frias, 2024). Durante a fase do pós-parto, a vinculação da mãe ao seu bebé tende a depender do seu histórico de problemas emocionais, do apoio social e das suas atitudes de autocuidado (Oruç & Kukulcu, 2021). Mães que têm e sentem o apoio do pai do seu bebé e da sua família no pós-parto apresentam uma comunicação mais dinâmica e investida com o bebé. Isso traduz-se

numa sensação de autoconfiança sentida pela mãe para com o seu bebé que ajuda a explicar a sua vinculação saudável e não hostil em relação ao seu filho.

O conceito e a vivência da maternidade são moldados pela sociedade e pela estrutura familiar em que a mãe se insere, apresentando expectativas diferentes em relação à maternidade. Se uma mãe se sente adequada para desempenhar o seu papel, de acordo com o seu próprio conceito de maternidade, e caso sinta que se adaptou corretamente a este novo papel na sua vida, isso irá influenciar e reforçar o seu vínculo ao bebé. Pode-se afirmar que o sentimento de autossuficiência sentido pela mãe irá ter impacto no desenvolvimento de uma vinculação saudável (Oruç & Kukulcu, 2021).

A ligação afetiva da mãe ao bebé tem sido apresentada como um processo de adaptação mútua e que se estabelece de forma gradual desde os momentos iniciais da interação. Estes são determinantes para o relacionamento futuro do par. Este sistema de vinculação materna desenvolve-se em constante interação com o sistema de vinculação do bebé. No entanto, ao contrário do que acontece com a vinculação do bebé, a vinculação materna ainda é um campo menos explorado (George & Solomon, 1999).

Nas primeiras interações entre a mãe e o bebé, forma-se uma relação única e duradoura a que os autores Klaus e Kennel (1976) deram o nome de *bonding*, onde a adequação do sistema hormonal da mãe é estimulada pela presença do bebé. Já os autores Robson e Moss (1970) defenderam o termo *maternal attachment* para explicar a posição essencial que o bebé ocupa na vida da sua mãe e salientam a importância dos primeiros contactos dentro da díade para explicar a qualidade futura dos cuidados maternos que são essenciais para o desenvolvimento do bebé (Figueiredo, 2003).

O período após o parto é essencial para o estabelecimento da vinculação mãe-bebé e, segundo Nitahara et al. (2020), será um processo pelo qual a mãe irá criar uma ligação afetiva com o filho e que se inicia, geralmente, durante a gravidez. Segundo Souza et al. (2017), a vinculação da mãe ao bebé será tanto mais saudável quanto a capacidade da figura materna fornecer amor, proteção e carinho suficientes que permitam suprimir as necessidades emocionais e físicas do seu bebé.

O estado psicológico da mãe que satisfaz a necessidade de amor e compreensão do bebé, ao mesmo tempo que lhe aumenta a capacidade para tolerar frustrações e desenvolver o seu sentido da realidade, denomina-se de *rêverie* e percebemos que está subjacente ao processo de vinculação da díade. A vinculação da mãe ao bebé, é

importante também na medida em que o aparelho mental se desenvolve e complexifica no decorrer do contexto relacional, na capacidade de contenção da mãe em relação aos estados internos do bebê, nos cuidados maternos prestados e no envolvimento emocional. A vinculação da mãe bebê é de extrema importância, pois o bebê irá entrar em comunicação e alimentar as suas percepções que irão ser transformadas em representações do mundo. O bebê constrói o seu mundo mental através das representações da sua mãe, através da interação e comunicação dentro da díade. Se, após o parto, a mãe sentir irritação, indiferença e hostilidade para com o bebê, a vinculação desta para com o bebê poderá comprometer e provocar alterações no desenvolvimento psicológico e social do bebê. Ou seja, mães que apresentam sintomas depressivos no pós-parto podem apresentar níveis mais baixos de vinculação (Kim, 2019; cit. Cordeiro, Franco & Frias, 2024).

Segundo George e Solomon (1999), o bebê terá um grande poder de ativar e desencadear a vinculação materna, uma vez que, através de comportamentos inatos (Bowlby, 1976; citado por Figueiredo, 2003) como seguir o olhar da mãe ou sorrir, irá desencadear respostas maternas. Ou seja, as capacidades interativas do bebê permitem o envolvimento emocional recíproco na díade e isto acontece porque estas atitudes transmitem à mãe a ideia de que o bebê lhe está a responder e faz com que mantenha o seu interesse e investimento (Figueiredo, 2003). O envolvimento emocional da mãe com o bebê poderá estar comprometido em situações específicas, como no caso de a mãe não ter desejado o bebê e, no caso de este ter dificuldades ao nível da sinalização social, ou chorar excessivamente (Robson & Moss, 1970; citado por Figueiredo, 2003).

A vinculação materna fortalece-se ao longo do primeiro ano de vida, segundo a maior parte dos autores investigadores do tema, observando-se uma vinculação mais forte e coesa ao bebê nos meses seguintes ao parto, comparativamente aos valores de *bonding* observados no pós-parto imediato (Figueiredo, 2003).

Arslan et al. (2019) concluíram que as mães com problemas no período pós-parto e sentindo que não puderam adaptar-se à maternidade tiveram problemas no estabelecimento de uma vinculação saudável (Oruç & Kukulcu, 2021).

Bagherinia, Meedy e Mirghafourvand (2018) afirmaram que a sensação da competência materna depende da percepção da mãe sobre seu papel materno e da capacidade de alcançá-lo e cumpri-lo. Isto é, a sua percepção de autoeficácia tem

demonstrado afetar diretamente a qualidade dos cuidados prestados ao seu recém-nascido. No caso de as mães não conseguirem, por exemplo, perceber porque é que os seus bebés estão a chorar ou se não conseguirem acalmá-los, aquelas podem experienciar frustração, ansiedade e preocupação, podendo estes sentimentos afetar negativamente o vínculo materno pós-natal (Rowe-Murray & Fisher, 2001).

Se a mãe não se sentir preparada para aceitar o seu papel de mãe e, ou, sentir dúvidas quanto à sua eficácia no papel de mãe, esse sentimento de inadequação agregado a uma falta de compreensão sobre si mesma neste novo papel pode criar desafios ao estabelecimento da vinculação. Pelo contrário, se a mãe se sentir com competência e satisfação quanto ao seu papel materno, irá desenvolver uma vinculação caracterizada por comportamentos sensíveis e adequados que promovem o desenvolvimento do bebé. Além disso, vários estudos mostram que o sentimento de autoeficácia nos cuidados prestados pode ajudar a prever a saúde mental, e consequente vinculação no período pós-parto (Bagherinia, Meedy & Mirghafourvand, 2018).

A existência de perturbações na vinculação mãe-bebé pode ter implicações prejudiciais para os dois membros da díade, podendo influenciar negativamente a saúde mental materna, condicionar o desenvolvimento infantil do bebé e, a longo prazo, afetar a relação mãe-bebé (Brockington et al., 2001; cit Nazaré, Fonseca & Coimbra, 2012).

Brockington et al. (2001) elaboraram uma classificação das perturbações da relação mãe-bebé, definindo em três tipos: a) atraso ou ausência de respostas emocionais maternas, caracterizada por um sentimento de afastamento em relação ao bebé ou pela inexistência de ligação ao bebé); b) raiva patológica em relação ao bebé que se apresenta através de impulsos para fazer mal ao bebé, atos agressivos e, ou, descontrolo verbal; c) rejeição do bebé que se caracteriza por uma sensação de arrependimento em relação ao nascimento do bebé e no desejo de que outra pessoa assegure a prestação de cuidados ao bebé. Mais tarde, os autores acrescentaram uma outra dimensão, a ansiedade em relação ao bebé que se apresenta sobre forma de evitamento do contacto com o bebé e de situações em que a mãe esteja sozinha com ele (Brockington, Fraser, & Wilson, 2006; citado por Bayle, 2006).

A interação entre a mãe e o bebé caracteriza-se por uma comunicação muito própria e única em relação ao recém-nascido. Esta fase, segundo Winnicott, denomina-se de “loucura amorosa dos 100 dias” (Winnicott, 1980; citado por Bayle 2006). Após o

parto, o estado psicológico particular da mãe é denominado, por Winnicott (1980), como “preocupação maternal primária”, estado este que prepara as mães para os cuidados maternos. Segundo Winnicott (1980), uma mãe normalmente dedicada ao seu bebê deve ser capaz de atingir este estado de hipersensibilidade e, depois, ir progressivamente ultrapassando-o. A forma como a mãe cuida do bebê e as suas capacidades exploratórias bem como a sua sensibilidade irão ditar o estabelecimento da relação precoce e, também, da sua vinculação ao bebê.

Robson e Kumar (1980), nos seus estudos, revelaram que cerca de 40% das mães primíparas e 25% das mães múltíparas, da amostra estudada, sentiram uma certa indiferença para com o bebê quando pegaram nele nos braços pela primeira vez. Ainda neste estudo realizado pelos autores supracitados, as mães afirmaram que a sua vinculação ao bebê demorou alguns dias a fazer-se sentir, isto em casos em que o parto foi sentido como muito doloroso e difícil.

Bowlby (1989) desenvolveu a teoria psicanalítica da vinculação, nos anos 50, em que caracteriza esta como sendo o afeto específico de um indivíduo em relação a outro, designando-o como pulsão de vinculação primária, sem relação com a libido ou com a alimentação e que sugere dividir em três partes: a “pré-história da vinculação”, fase em que o casal vai elaborar o desejo de ter uma criança; o “desabrochar da vinculação”, etapa em que a mãe se adapta às diferentes fases da gravidez e a “vinculação” que vai permitir a tecelagem relacional, através de uma adaptação recíproca com o bebê que responde às fantasias parentais. A vinculação mostra-se fundamental para o desenvolvimento dos sistemas comportamentais do bebê que os desenvolve, sobretudo, na interação com a mãe. A Vinculação é adaptativa e depende da sintonia e confiança estabelecidas na díade. Existe uma relação recíproca entre a forma como a criança se relaciona com a sua mãe e a forma como a mãe se relaciona com o bebê. As novas competências relacionais da criança vão repercutir-se através da qualidade da relação da mãe ao bebê bem como da sua disponibilidade emocional e física. É de salientar, a importância das experiências corporais e afetivas precoces que vão levar o bebê, mais tarde, a ter uma representação do seu próprio ser e do seu próprio espaço corporal.

Em 2000, os autores Stern, Brunshweiller-Stern e Freeland definiram três padrões de vinculação durante a gravidez e que podem ajudar a explicar a vinculação materna pós-natal: a) vinculação evitante, em que a gestante “informa” tardiamente a

sua gravidez de forma evitar a introspeção acerca da sua história pessoal, b) vinculação ambivalente, em que a grávida vive em pleno a sua gravidez, mantendo-se, no entanto, muito próxima da sua própria mãe e c) vinculação segura em que a gestante investe tanto na sua relação com a mãe como com o seu filho, diferenciando o seu papel de mãe e de filha e dispondo-se a investir numa nova identidade. A interação comportamental é defendida pelos autores como sendo a forma como a mãe e o bebé se articulam um com o outro tendo, cada um deles, o seu próprio repertório onde dinamizam a sua relação a nível emocional. Através do olhar, do *holding* ou da contenção do choro, estabelece-se a vinculação.

Sabe-se que a vinculação da mãe ao bebé pode ser comprometida em casos de prematuridade, pelo afastamento do bebé à mãe, uma vez que é durante as primeiras seis a doze horas do pós-parto que se estabelece uma forte ligação ao bebé (Cordeiro, Franco & Frias, 2024).

Bion (1991) introduziu a noção de conteúdo/continente, afirmando que a mãe funciona como um continente. Ao receber as angústias do seu bebé, é através da sua capacidade de *rêverie* que se permite transformar estas angústias intoleráveis em toleráveis. Esta ideia aproxima-se da importância de uma vinculação da mãe ao bebé saudável e não hostil. Balint (1993) também reforça indiretamente a importância de uma vinculação saudável da mãe ao bebé, uma vez que introduz o conceito de “falha básica” como sendo algo que não foi fornecido numa relação precoce mãe-bebé e que poderá originar sequelas na vida adulta.

Winnicott (1975) defende a ideia de que a mãe é um meio facilitador pelo qual se dá o crescimento psíquico, sendo um suporte que permite um melhor desenvolvimento das qualidades inatas do bebé. A mãe, com a sua preocupação maternal primária, irá tentar responder às necessidades fundamentais do seu bebé. No caso de a mãe estabelecer uma vinculação saudável com o bebé irá, através do *holding*, envolver a criança fisicamente e dar-lhe amparo psíquico. Ao prestar cuidados corporais, irá amparar a criança com o *handling* (ação contentora) que irá fomentar o *object-presenting*. Uma mãe com uma vinculação mais hostil, terá comportamentos mais abruptos, o que poderá comprometer o desenvolvimento da formação maturativa da agora criança e que poderá conduzir à formação de um falso *self* (Bayle, 2006).

Segundo Kim (2019), uma boa adaptação à amamentação será um preditor da facilidade do desenvolvimento do vínculo da díade mãe-bebé, pois os bebés ficam mais cooperativos, menos exigentes e irritados, o que poderá facilitar, assim, a vinculação supracitada (Cordeiro, Franco & Frias, 2024).

Veksler (2015), na sua investigação, concluiu que, para as mães primíparas, o apoio social é um fator de proteção contra o possível efeito traumático de uma cesariana de emergência. Nos seus estudos, o autor percebeu que o sentido de coerência (SOC) parece constituir uma dimensão poderosa na resiliência durante o período pós-parto.

Nos estudos que comparam partos vaginais com cesarianas, tanto eletivas quanto de emergência, os autores mostraram atrasos na formação do vínculo mãe-bebé nos casos de cesariana (Chalmers et al., 2010; DiMatteo et al., 1996; Rowe-Murray & Fisher, 2002; citados por Veksler, 2015).

Após o parto, as primeiras horas são de extrema importância e consideradas um período sensível para o desenvolvimento da interação entre mãe e filho e consequente formação do vínculo materno. Por vezes, devido a fatores obstétricos, o bebé é separado da mãe por longos períodos. Isto pode acontecer devido a intervenções médicas ou à necessidade de cuidados intensivos ou, até mesmo, devido a problemas de saúde da própria mãe. Assim, é fundamental que a equipa médica tenha em consideração esses aspetos, a fim de não serem criadas barreiras ao processo de vinculação (Erlandsson et al., 2007; Kennell & Klaus, 1998; citados por Veksler, 2015).

Mães que passaram por cesarianas de urgência relataram um sentimento de interrupção no desenvolvimento da sua vinculação materna desde o parto até aos primeiros dias de vida do bebé (Herishanu-Gilutz et al., 2009; citado por Veksler, 2015). Em suma, estas investigações salientam a relação entre o tipo de parto e o impacto que este induz na formação do vínculo da mãe ao bebé, em especial quando existem complicações médicas.

Bodner et al. (2011) e Zanardo et al. (2010) encontraram mais complicações na amamentação no caso de mulheres que tiveram cesariana em comparação com aquelas que tiveram partos vaginais.

Um aspeto importante que pode influenciar a vinculação ao bebé tem a ver com a saúde mental da própria mãe. No que à depressão pós-parto diz respeito, estima-

se que ocorra entre os 10% a 20% das mães, tendendo a começar entre as seis e as doze semanas após o parto (O'Hara & Swain, 1996; citado por Veksler, 2015). Alguns estudos apresentam resultados contraditórios quanto à relação entre o tipo de parto e o fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. Na investigação de Koo et al. (2003), observou-se que, seis semanas após o parto, as mães que passaram por cesariana de emergência eram mais propensas a desenvolver depressão. Em oposição, Patel e colegas (2005) não encontraram uma probabilidade de risco aumentado nem para as cesarianas de emergência nem para cesarianas eletivas (Veksler, 2015).

De acordo com vários estudos, a cesariana de emergência tem sido associada a valores mais elevados de stress pós-traumático, quando comparada com cesarianas eletivas ou com partos vaginais (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000; Ryding, Wijma, & Wijma, 1998a, 1998b; Soderquist, Wijma, & Wijma, 2002; Tham, Christensson, & Ryding, 2007; citados por Veksler, 2015). Contrariamente, Keogh, Ayers e Francis (2002) mostraram que as mães sujeitas a cesariana planeada e avaliadas duas semanas após o parto tinham maior probabilidade de desenvolver sintomas de stress pós-traumático, quando comparadas com mulheres que tiveram um parto vaginal ou cesariana de urgência. Lesanics (2005) que avaliou mães após as seis semanas do seu parto não encontrou diferenças nos níveis de stress pós-traumático em púérperas (Veksler, 2015).

Segundo o Veksler (2015), o SOC pode ser um fator que ajuda a explicar a vinculação das mães aos bebês. Isto porque aquele conceito envolve a capacidade de refletir sobre os recursos internos e externos disponíveis e de os utilizar para gerir a tensão e promover satisfação com a vida. Ou seja, este conceito sugere que os indivíduos com um alto sentido de coerência apresentam uma maior capacidade de lidar com situações geradoras de ansiedade, como o parto, com uma atitude mais resiliente. Esta ideia é relevante, principalmente nos casos dos partos por cesariana, onde o stress e a ansiedade podem ser mais prevalentes devido a diversas situações clínicas.

Assim, o referido autor defende que o SOC pode ser um fator protetor na redução de sintomas psicológicos como o stress pós-traumático e a depressão pós-parto, uma vez que as pessoas com elevados valores de este sentido apresentam maior capacidade de lidar com situações adversas. Por exemplo, Tham et al. (2007) mostraram uma relação entre um SOC reduzido e os sintomas de stress pós-traumático em mães

após uma cesariana de urgência. Já elevados valores de SOC previram um parto sem complicações.

Um fator de proteção importante é o apoio social pois os níveis mais elevados de este fator foram associados a menos sintomas de stress pós-traumático relatados pelas mães após o parto (Soet, Brack & Dilorio, 2003; citado por Veksler, 2015). Também, o apoio informal, como por exemplo a colaboração com as tarefas domésticas e a ajuda com os cuidados ao bebé, mostrou-se relacionado com a sensação percebida de autoeficácia materna seis semanas após o parto e negativamente associado à depressão pós-natal em primíparas (Leahy-Warren, McCarthy & Corcoran, 2011; citado por Veksler, 2015).

Os autores Sarason, Sarason, Shearin e Pierce (1987) focaram a relevância da percepção subjetiva da mãe sobre o seu apoio social. Um aspeto é a quantidade de apoio social que realmente existe disponível para a mãe, ou seja, a quantidade de pessoas a quem pode recorrer em caso de necessidade ou que a ajudem voluntariamente. Outro aspeto é a satisfação que a mãe sente em relação a esse apoio social.

Na investigação de Veksler (2015), o apoio social percebido atuou como um fator de proteção contra o efeito hostil de uma cesariana de urgência, em comparação com o parto vaginal. No entanto, não foi encontrada nenhuma relação entre o tipo de parto e a vinculação materna ao bebé.

De acordo com a investigação deste último autor, mães com elevado SOC lidam melhor com o parto comparativamente àquelas com reduzidos valores de SOC, independentemente do tipo de parto. Também, é de esperar que altos níveis de SOC ajudem a lidar não só em situações de stress extremo, como por exemplo cesariana de urgência, mas também em casos de parto vaginal.

Uma limitação encontrada na investigação que estamos a referir foi a relação entre SOC e autoconceito; pois, alguém com SOC forte tem uma percepção estável, racional e previsível do mundo, o qual é visto como algo que pode ser controlado (Antonovsky, 1987; citado por Veksler, 2015).

A fadiga no pós-parto é comum nas mães recentes, pois as investigações sobre o tema revelam percentagens importantes de fadiga moderada ou severa logo após o

parto. No estudo de Rychnovsky (2007), no segundo dia após o parto, 62% das mães sentiram fadiga moderada e 18.3% fadiga severa (Lai et al., 2015).

A fadiga pode ter efeitos negativos nas atividades de cuidado ao bebê e na interação da mãe com o bebê. Será importante o descanso continuado após o parto, para que exista recuperação das mães (McGovern et al., 2006). Independentemente do tipo de parto e se todas as condições de saúde da díade estiverem reunidas, as mães estarão com os seus bebês durante quase todo o dia, praticando a amamentação. Esta é uma prática que promove a ligação da mãe ao bebê, mas é também um momento em que, para algumas mães, surgem sentimentos de insegurança e confusão em relação ao cuidar do bebê e cansaço físico acentuado (Lin, Lee, Kuo, Mu, & Shu, 2004; citados por Lai et al., 2015). Assim sendo, é importante equilibrar o contacto inicial entre a díade de modo a permitir o descanso e a recuperação física da mãe após o parto.

As mães que tiveram um parto por cesariana apresentaram valores mais elevados de fadiga pós-parto, em comparação com aquelas que tiveram um parto vaginal (Lai et al., 2015). Valores mais elevados de fadiga pós-parto mostraram estar correlacionados com maior dificuldade nas atividades de cuidado ao bebê o que, conseqüentemente, resultou em vinculação materna pós-natal mais fraca, nos dois a três dias após o parto.

A fadiga no pós-parto está, estatisticamente, correlacionada com as dificuldades na prestação de cuidados ao bebê e pode influenciar de forma negativa o conforto das mães e a sua capacidade de aprender a cuidar do bebê e a prestar esses cuidados. **As mães** tendem a garantir os melhores cuidados aos seus bebês em detrimento das suas próprias necessidades, nomeadamente prejudicando a sua necessidade de descanso. Quando os bebês choram, as mães sentem necessidade de os acalmar e fazem-no ao dar colo, ou através da amamentação ou até de pequenas caminhadas enquanto o seguram. Para além disso, os bebês também apresentam comportamentos inesperados como, por exemplo, dificuldades na alimentação, o que impede as mães de descansarem adequadamente, originando um aumento da sua fadiga (Kurth et al., 2010). Nos primeiros momentos de interação com o bebê, as mulheres ainda se estão a adaptar ao papel maternal e a compreender os sinais do mesmo. Os frequentes momentos de amamentação podem ser prejudiciais ao descanso, tornando mais comuns os períodos de fadiga materna (Chang & Lin, 2009; citado por Lai et al., 2014).

As mães desenvolvem a vinculação materna nas dinâmicas relacionais como a alimentação e as atividades de cuidado durante o pós-parto, por exemplo. Se a interação entre a mãe e o bebê for prejudicada, o desenvolvimento da vinculação pode ficar atrasado ou comprometido.

Independentemente do tipo de parto, a fadiga do período pós-parto pode afetar negativamente a interação mãe-bebê. Será, então, necessário acautelar a importância da promoção de descanso adequado e de suporte emocional pois assim será mais harmonioso o desenvolvimento da vinculação materna (Lai et al., 2014).

Lai et al. (2014) pretenderam perceber se o tipo de parto influencia as atividades relacionadas com os cuidados ao bebê, a sensação de fadiga percebida pelas mães e, bem assim, a sua ligação emocional ao filho. Mais, os autores quiseram investigar as possíveis influências negativas do “rooming-in” na recuperação pós-parto e nos cuidados ao bebê após os diferentes tipos de parto. O “rooming-in” diz respeito à prática de manter o bebê recém-nascido junto da sua mãe no mesmo espaço físico/sala após o nascimento de modo a influenciar positivamente a formação de vinculação materna. Foi neste contexto que os autores, aqui citados, realizaram a sua investigação. Os autores supracitados chegaram à conclusão de que a fadiga pós-parto é uma condição comum tanto em partos vaginais como em partos por cesariana. Para além disso, os autores, observaram que, independentemente do tipo de parto e em situação de “rooming-in”, as mulheres com maiores níveis de fadiga no período de pós-parto mostraram maior dificuldade em realizar comportamentos de cuidado com o bebê; em ambiente de “rooming-in”, as mães que tiveram cesariana experienciaram maior fadiga pós-parto do que as que tiveram um parto vaginal; também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre dificuldades nas atividades de cuidado ao bebê nem na vinculação da mãe ao bebê em função do tipo de parto.

2. Problema de investigação, objetivo e hipóteses gerais

2.1 Problema de investigação

A presente investigação tem girado em torno da necessidade de compreender se o tipo de parto (vaginal ou cesariana) tem impacto na forma como a mãe organiza a sua vinculação ao seu bebé no período pós-natal.

A vinculação é essencial na construção da díade mãe-bebé, podendo existirem múltiplos fatores que facilitam ou que dificultam o seu estabelecimento, sendo a qualidade e o tipo de parto um possível fator explicativo.

Relativamente ao parto, as experiências subjetivas e idiossincráticas sentidas pelas mães são de enorme relevância, uma vez que podem interferir de forma significativa no estado emocional da puérpera (no pós-parto) e no estabelecimento da relação da mesma com o seu bebé.

Num estudo realizado por Deluca (1999), o investigador concluiu que as mães que dão à luz através de cesariana têm uma probabilidade significativamente mais elevada de terem o seu humor depressivo aumentado e uma redução na sua autoestima. Em especial se a cesariana não tiver sido planeada e se, no parto, houve recurso a anestesia geral (Deluca, 1999; citado por Marques, 2008). Por sua vez, as mães sujeitas a parto por via vaginal e não instrumentado mostraram ter uma maior probabilidade de vivenciar uma melhoria no humor e aumento da sua autoestima. A autoestima materna, tem vindo a mostrar-se como um factor preditivo da vinculação da mãe ao seu bebé e está significativamente relacionada com a competência materna (Fowles, 1998; citado por Marques, 2008).

Nesta investigação iremos procurar perceber se o tipo de parto influencia a forma como as mães se ligam aos seus bebés no pós-parto, pois esta ligação poderá ser uma variável com impacto para as múltiplas dimensões da relação diádica.

2.2 Relevância do problema de investigação

Os estudos sobre a vinculação debruçam-se sobre duas realidades distintas: a vinculação da mãe ao bebé e a vinculação do bebé à mãe.

Na presente investigação, o foco será a vinculação da mãe ao bebé, uma vez que se conseguirmos identificar as variáveis e fatores que influenciam a vinculação

materna, poderemos contribuir para a reflexão e criação de intervenções que ajudem a fomentar a vinculação ou a colmatar falhas que possam interferir no processo de vinculação.

Por exemplo, autores como Lobel e DeLuca (2007; citado por Marques, 2008) confirmaram uma associação entre o parto por cesariana e sentimentos de medo, desapontamento, raiva, culpa, falha, redução da autoestima, alterações da imagem corporal, sentido de perda de controlo e hostilidade em relação aos profissionais de saúde. Esta conclusão pode vir a ser importante no domínio da vinculação materna pós-natal.

Além disso, é possível que variáveis sociodemográficas e clínicas possam interferir na relação que influencia a vinculação materna pós-natal.

Por esse motivo, é importante recolher informação acerca dos estatutos socioeconómico, laboral, conjugal e obstétrico de forma a avaliar a importância das interações estabelecidas entre estes estatutos e os fatores que, possivelmente, influenciam a vinculação materna pós-natal.

2.3 Objetivos da investigação

Com a presente investigação, procuramos perceber se o tipo de parto (vaginal ou cesariana) tem impacto sobre a forma como a mãe organiza a sua vinculação relativamente ao bebé no período pós-natal.

2.4 Hipótese geral

A hipótese geral desta investigação é a de que o tipo de parto (vaginal ou cesariana) ajuda a explicar a variância estatística da vinculação materna pós-natal.

Tendo em conta as investigações referidas no primeiro capítulo, esperamos que o parto vaginal estava associado a níveis mais elevados de vinculação materna pós-natal. Em sentido oposto, esperamos que o parto por cesariana esteja associado a níveis inferiores de vinculação materna pós-natal.

3. Metodologia de Investigação

3.1 Definição de variáveis

Na presente investigação, a variável dependente (VD) é a vinculação materna pós-natal e a variável independente (VI) é o tipo de parto (vaginal ou cesariana).

3.2 Operacionalização de variáveis

Na presente investigação, para avaliar a variável dependente foi selecionada a Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN; Condon & Corkindale, 1998; versão Portuguesa de Carrulo, 2016).

Quanto à variável independente será operacionalizada através do Questionário Sociodemográfico, Obstétrico e Pediátrico.

3.2.1 Questionário Sociodemográfico, Obstétrico e Pediátrico

O Questionário Sociodemográfico, obstétrico e pediátrico foi desenvolvido, especificamente, para a presente investigação (Anexo I), sendo as informações obtidas anónimas e confidenciais.

Foram recolhidos dados sobre as participantes, tais como a sua nacionalidade, idade, estatuto conjugal, estatuto laboral, profissão, escolaridade (número de anos de escolaridade com sucesso), fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento (impressão subjetiva) e aspeto do bairro habitado. Naturalmente, dada a pertinência para o estudo, também foram recolhidos dados sobre a gravidez e sobre o nascimento do último bebé das participantes, nomeadamente: número de gravidezes, número de filhos, planeamento da gravidez, desejo da gravidez, vigilância da gravidez, problemas de saúde durante a última gravidez, data do último trabalho de parto, idade gestacional no momento do parto, duração do trabalho de parto, tipo de parto (vaginal versus cesariana), anestesia, acompanhamento no último trabalho de parto, sexo do último bebé, peso e comprimento do bebé à nascença, Índice de Apgar, problemas de saúde à nascença e saúde do bebé em geral.

3.2.2 Escala de Vinculação Materna Pós-Natal

A Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN; Condon & Corkindale, 1998; versão Portuguesa de Carrulo, 2016) (Anexo V) foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a perceção materna acerca da vinculação que a mãe estabelece com a criança.

As participantes devem responder de acordo com o que estão a sentir no momento em relação a cada afirmação.

Este questionário é constituído por dezanove afirmações pontuáveis em escala entre um mínimo de um ponto e um máximo de dois a cinco pontos.

Na versão portuguesa de Carrulo (2016), através de análise fatorial, obtiveram-se três fatores que permitem dividir a informação relativa à vinculação materna posterior ao nascimento em três subescalas: 1) Qualidade da Vinculação (o desejo de proximidade e interação com o bebé, itens 3, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 18 e 19); 2) Ausência de Hostilidade (ressentimento e sentimentos negativos para com o bebé, itens 1, 2, 15, 16 e 17); 3) Prazer na Interação (sensação de confiança e satisfação em ser mãe, itens 8, 9, 11, 12 e 13).

Na nossa amostra, foram obtidos os seguintes resultados: Qualidade da Vinculação, $M = 40.47$, $DP = 3.08$, mín. = 32.40 e máx. = 45,00, $\alpha = .586$; Ausência de Hostilidade, $M = 19.09$, $DP = 2.94$, mín. = 13.30 e máx. = 24.00, $\alpha = .529$; Prazer na Interação, $M = 22.33$, $DP = 2.02$, mín. = 18.00 e máx. = 25.00, $\alpha = .368$ e Vinculação Total, $M = 81.88$, $DP = 6.35$, mín. = 66.60 e máx. = 93.00, $\alpha = .731$.

3.3 Hipóteses Específicas

Com base na definição de variáveis e instrumentos, foram definidas as seguintes hipóteses específicas:

HE1, o tipo de parto contribui significativamente para explicar a variância estatística da qualidade de vinculação; HE2, o tipo de parto contribui significativamente para explicar a variância estatística da ausência de hostilidade; HE3, o tipo de parto contribui significativamente para explicar a variância de prazer na interação; HE4, o tipo de parto contribui significativamente para explicar a variância estatística do total de vinculação.

3.4 Procedimento

3.4.1 Divulgação, aplicação de questionários e recolha de dados

O pedido para colaboração e resposta ao questionário foi feito através de disseminação de mensagens pelas redes sociais (Anexo IV). Nessa mensagem, encontrava-se um link que permitia às participantes acederem ao nosso questionário na

plataforma "Qualtrics". Ao entrarem em contacto com os questionários presentes na plataforma "Qualtrics", as participantes acederam ao consentimento informado onde estavam presentes todas as informações necessárias à participação nesta investigação. Entre essas informações, encontrava-se a explicação acerca do carácter voluntário desta participação, onde é garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos e o uso exclusivo para o âmbito da presente investigação. As mães que concordaram em participar avançaram para a resposta ao primeiro instrumento, o Questionário Sociodemográfico, Obstétrico e Pediátrico, seguido da Escala EVMPN

.3.4.2 Participantes

A resposta ao questionário foi realizada por 73 participantes, sendo que apenas 40 foram consideradas no presente estudo por falta de resposta a certos itens. Estas participantes cumprem os seguintes critérios de inclusão: a) ser mulher; b) ter entre os 18 anos e os 45 anos; c) ser residente em Portugal e fluente na língua portuguesa.

3.4.3 Descrição sociodemográfica e clínica da amostra

Os dados da caracterização sociodemográfica e clínica da amostra são apresentados na Tabela 1 (Anexo XVI)

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, (N = 40) em escalas intervalares.

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Idade da Participante	34.00	3.40	29.00	42.00
Nº Anos de Escolaridade	16.03	2.35	12.00	20.00
Nº de Gravidezes	1.75	.89	1.00	5.00
Nº de Filhos	1.58	.71	1.00	4.00
Idade Gestacional no Parto	38.79	1.25	35	41.00
Horas em Trabalho de Parto	7.55	7.84	0.00	36.00
Peso do Bebé à Nascimento (g)	2971.50	475.59	1900.00	3950.00
Comprimento do Bebé (cm)	48.15	2.53	41.00	52.00
Meses de vida do bebé	4.60	3.38	0.00	12.00
Apgar	6.58	3.73	.00	10.00

Na Tabela 2, descrevem-se as variáveis avaliadas em escalas não intervalares
(Anexo XVII).

Variáveis		<i>n</i>	%
Nacionalidade	Portuguesa	39	97.50
	Brasileira	1	2.50
Estatuto Conjugal	Solteira	3	7.50
	Casada	17	42.50
	União de Facto	20	50.00
Estatuto Laboral	Trabalhador por conta de outrem	36	90.00
	Trabalhador por conta própria	4	10.00
	Desempregada	0	0.00
Estatuto Socioeconómico	I	1	2.50
	II	29	72.50
	III	8	20.00
	IV	2	5.00
	V	0	0.00
Gravidez Planeada	Sim	31	77.50
	Não	9	22.50
Gravidez Desejada	Sim	40	100.00
	Não	0	0.00
Gravidez Vigida	Sim	40	100.00
	Não	0	0.00
Problemas de saúde na gravidez	Sim	13	32.50
	Não	27	67.50
Tipo de Parto	Vaginal	19	47.50
	Cesariana	21	52.50
Instrumentação	Fórceps	1	2.50
	Ventosas	7	17.50
Recebeu anestesia	Sim	36	90.00
	Não	4	10.00
Tipo de a anestesia administrada	Regional	34	85.00
	Geral	1	2.50
Acompanhamento trabalho de parto	Sim	36	90.00
	Não	4	10.00
Sexo Do Bebé	Masculino	22	55.00
	Feminino	18	45.00

Com base nos dados apresentados, percebemos que a amostra foi constituída essencialmente por participantes com média de idade de 30 anos, com habilitações literárias que correspondem a um grau de ensino superior, no ativo e com estatuto socioeconómico médio.

O estatuto conjugal (casadas e em união de facto), o número de gravidezes e de partos das participantes podem ajudar a explicar os valores observados quanto ao planeamento, vigilância e desejo pela gravidez.

A amostra foi bastante igualitária no que ao tipo de parto diz respeito, pois dezanove das mães participantes deram à luz através de parto vaginal e vinte e um participantes tiveram parto através de cesariana. A grande maioria das mães esteve acompanhada no momento do parto.

4. Resultados

Para o tratamento de dados e verificação das hipóteses em estudo, foi utilizado o *software IBM SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences)* versão 29.

Para a análise estatística, o modelo de regressão linear hierárquica múltipla foi o modelo selecionado. As variáveis que se apresentavam com classificação categorial ou ordinal foram recodificadas em 0's e 1's, pois este modelo implica que as variáveis sejam intervalares e que a relação entre estas seja linear e aditiva. Todas as variáveis avaliadas em escalas intervalares foram submetidas à testagem da distribuição normal. Nos casos em que a distribuição não foi considerada normal, foram analisados os gráficos Q-Q Plot. Nesta inspeção, os desvios não foram de magnitude a impedir a aplicação das análises de regressão.

Tendo em conta que na testagem das nossas hipóteses apenas podemos contar com quarenta participantes, foi considerado que não deveríamos exceder o número de variáveis preditoras recomendáveis numa relação de cinco participantes para cada variável.

Com o intuito de testar as hipóteses específicas, as regressões foram analisadas de acordo com os seguintes modelos: Modelo 1, idade materna; Modelo 2, problema de saúde da participante durante a gravidez; Modelo 3, acompanhamento no trabalho de parto; Modelo 4, índice de Apgar; Modelo 5, variável independente (tipo de parto: cesariana ou vaginal).

Na testagem das nossas hipóteses, foram observados os valores da multicolinearidade, verificando-se, que tanto em VIF como em tolerância os valores são compatíveis com as análises de regressão.

4.1 Testagem de Hipóteses

4.1.1 Testagem de HE1

Na testagem da HE1, a variável independente (VI) é o tipo de parto (vaginal ou cesariana) e a qualidade de vinculação é a variável dependente (VD) (Output no Anexo IX)

Tabela 3.

Análise de regressão da HE1, VI-TP*, VD-QV** (N = 40)

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão estimativa	mud. de R ²	mud. de F	gl1	gl2	sig. mud. F
1	.156	.024	-.033	3.620	.024	.423	1	17	.524
2	.371	.137	.030	3.508	.113	2.097	1	16	.167
3	.383	.147	-.024	3.603	.009	.164	1	15	.691
4	.588	.345	.158	3.267	.199	4.248	1	14	.058
5	.722	.521	.337	2.900	.176	4.767	1	13	.048

*Tipo de parto; **Qualidade da vinculação

Pela observação da Tabela 3, podemos concluir que a HE1 é confirmada ($R^2 = .521$, Mudança de F = .4.767, Mudança de $R^2 = .176$, $p = .048$).

4.1.2 Testagem de HE2

Em HE2, a variável independente (VI) é o tipo de parto (vaginal ou cesariana) e a ausência de hostilidade é a variável dependente (VD) (Output no Anexo VII)

Tabela 4.

Análise de regressão da HE2, VI-TP*, VD-AH** (N = 40)

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão estimativa	mud. de R ²	mud. de F	gl1	gl2	sig. mud. F
1	.304	.092	.039	3.354	.092	1.727	1	17	.206
2	.306	.094	-.019	3.455	.002	.029	1	16	.866
3	.326	.106	-.073	3.544	.012	.206	1	15	.656
4	.336	.113	-.140	3.654	.007	.107	1	14	.748
5	.442	.195	-.114	3.612	.082	1.326	1	13	.270

*Tipo de parto; **Ausência de hostilidade

Os valores de $R^2 = .195$, Mudança de $F = 1.326$, de Mudança de $R^2 = .082$ e de $p = .270$ sugerem que HE2 deve ser rejeitada.

4.1.3 Testagem de HE3

Em HE3, a variável independente (VI) é o tipo de parto (vaginal ou cesariana) e a variável dependente é o prazer na interação (VD) (Output no Anexo VIII).

Tabela 5.

Análise de regressão da HE3, VI-TP*, VD-PI** (N = 40)

Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	Erro padrão estimativa	mud. de R^2	mud. de F	gl1	gl2	sig. mud. F
1	.422	.178	.130	1.874	.178	3.687	1	17	.072
2	.460	.212	.113	1.892	.033	.676	1	16	.423
3	.467	.218	.062	1.946	.007	.128	1	15	.725
4	.504	.254	.041	1.968	.036	.667	1	14	.428
5	.554	.307	.040	1.968	.053	.997	1	13	.336

*Tipo de parto; **Prazer na interação

A HE3 não pode ser confirmada pois os valores de $R^2 = .307$, Mudança de $F = .997$, de Mudança de $R^2 = .053$ e de $p = .336$ sugerem que esta hipótese seja rejeitada.

4.1.4 Testagem de HE4

Por último, na HE4, a variável independente (VI) é o tipo de parto (vaginal ou cesariana) e a variável dependente é o total de vinculação (VD) (Output no Anexo X).

Tabela 6

Análise de regressão da HE4, VI-TP*, VD-TV** (N = 40)

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão estimativa	mud. de R ²	mud. de F	gl1	gl2	sig. mud. F
1	.317	.100	.047	7.531	.100	1.893	1	17	.187
2	.386	.149	.043	7.549	.049	.917	1	16	.353
3	.393	.154	-.015	7.773	.005	.093	1	15	.764
4	.489	.239	.022	7.630	.085	1.562	1	14	.232
5	.620	.384	.147	7.126	.145	3.056	1	13	.104

*Tipo de parto; **Total de vinculação

Através dos valores de R² = .384, Mudança de R² = .145 e p = .104, rejeita-se HE4.

5. Discussão

Neste capítulo, tendo em consideração o enquadramento teórico, a hipótese geral e as hipóteses específicas que foram inicialmente apresentadas para a nossa investigação, iremos agora apresentar a discussão dos resultados obtidos e refletir sobre os mesmos.

A presente investigação foi realizada com o intuito de perceber se existem diferenças na vinculação da mãe ao seu bebé (no seu primeiro ano de vida) em função do tipo de parto – parto vaginal ou parto por cesariana. Se o tipo de parto ajudar a explicar a vinculação da mãe ao bebé, então, será necessária uma maior consciencialização dos profissionais de saúde, bem como das próprias mães, sobre este tema, de modo a prevenir ou minimizar comportamentos supressores da vinculação.

A hipótese de que (HE1) o tipo de parto ajuda a explicar a qualidade da vinculação foi confirmada. De acordo com os nossos dados, as senhoras submetidas a parto por cesariana apresentam valores mais elevados nesta variável ($p = .048$).

Por sua vez, através da nossa análise estatística, não foram confirmadas as hipóteses de que o tipo de parto se relaciona com a ausência de hostilidade, ou com o prazer na interação ou com o total da vinculação.

Os resultados obtidos podem ser explicados pela amostra que se apresenta com características homogéneas, nomeadamente elevadas habilitações académicas, nível socioeconómico alto, com empregabilidade e com gravidezes desejadas e vigiadas.

Assim, podemos crer que esta pode ser uma explicação para as diferenças não serem significativas.

5.1 Limitações e Estudos Futuros

Uma das possíveis limitações do presente estudo é a dimensão da amostra. Seria muito vantajoso se em futuros estudos as nossas hipóteses pudessem ser analisadas com uma amostra superior.

Outra limitação sentida foi o não controlo do ambiente e contexto em que as participantes responderam ao nosso questionário. Por poderem não estar devidamente comprometidas com a tarefa e, ou, com reduzido foco nas respostas às questões.

No nosso estudo apenas tivemos em consideração a vinculação das mães aos bebês no seu primeiro ano de vida, por isso consideramos que futuramente novos estudos se devem debruçar sobre a vinculação da mãe ao bebê a longo prazo.

A média de idades dos bebês das mães que viveram o parto vaginal é superior à média das idades dos bebês das mães que realizaram cesariana, ou seja, podemos aqui encontrar uma limitação para o nosso estudo pois a discrepância de idades é substancial. Pensamos que as mães que deram à luz por cesariana provavelmente encontram-se mais vulnerabilizadas. Isto porque as mães que esperavam ter um parto vaginal, mas viveram uma cesariana, de urgência, podem sentir-se com menos capacidades de assumir as competências da maternidade. Tendo em conta o que acima foi mencionado, será espektável que estas mães apresentem um autoconceito em desequilíbrio.

A transformação tecnológica e social da atualidade tem provocado alterações no comportamento das mães para com os seus bebês e as consequências sobre a qualidade da relação emocional e dos cuidados prestados ainda estão a carecer de mais investigação (Silva et al., 2013).

5.2. Conclusão e Implicações

A vinculação foi definida por Ainsworth e Bell (1970) como sendo a formação de um laço afetivo que um indivíduo forma com outro em específico. É um laço afetivo que une ambos no tempo, no espaço e em múltiplos contextos. Sendo a mãe um agente ativo nesta dinâmica relacional, é importante reforçar a ideia de que através da sua vinculação ao bebê, aquela irá contribuir para o desenvolvimento social e emocional do bebê.

De salientar que todo o histórico de perturbação mental, o estilo dos seus próprios cuidados parentais e a disponibilidade materna, são fatores que moderam e influenciam a vinculação materna (Martins & Gaffan, 2000; citado por Carrulo, 2016).

Com base na presente investigação e tendo em conta os resultados que obtivemos, percebemos que, no caso de a mãe ter vivido previamente um parto por cesariana, será importante que a equipa médica respeite a vontade da mãe experienciar um parto vaginal no futuro, se reunir as condições clínicas para tal. Nesse caso, isso irá fomentar um maior bem-estar para a mulher, e, conseqüentemente, para a sua vinculação ao seu bebê (Akinlusi et al., 2023).

É importante ter presente que, normalmente, as mães são informadas pelas equipas médicas, sobre os riscos físicos de um parto por cesariana. O mesmo não acontece sobre as implicações para o seu bem-estar mental. O risco de sofrimento da mãe no pós-parto e as consequentes implicações na vinculação materna vinculação vão depender de múltiplas variáveis, tais como a vulnerabilidade individual. Assim, é importante perceber como se pode apoiar as mães, principalmente, aquelas que sofrem ao nível da saúde mental. Este apoio pode desenvolver-se a vários níveis. Independentemente do tipo de parto, será importante otimizar a experiência do parto, de modo a colmatar eventuais riscos de angústia psicológica (Henderson & Quenby, 2021).

Após uma cesariana, as mães geralmente apresentam maior fadiga física e pior funcionamento físico, comparativamente com as mães que tiveram parto vaginal. Este dado deve ser tido em consideração no apoio prestado e na recuperação pelo corpo clínico da maternidade. Isso será importante para que ocorra uma experiência pós-parto e interação com o bebé com mais qualidade da vinculação, por exemplo (Declercq, Cunningham, Johnson & Sakala, 2008; citado por Lai et al., 2014).

Assim, é importante fomentar um descanso apropriado no pós-parto para a devida recuperação do desconforto e da fadiga induzidos pela cirurgia e, assim, prevenir elevados níveis de fadiga e garantir a participação das puérperas nos comportamentos de cuidados aos bebés (Garel, Lelong & Kaminski, 1988; citados por Lai et al., 2014).

Referências Bibliográficas

- Almeida, B. F. M. de T. (2018). *Os diferentes tipos de parto e as suas possíveis consequências na relação mãe-bebê* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Universidade Fernando Pessoa, Porto. <http://hdl.handle.net/10284/7038>
- Almeida, P., Esteves, M. L., & Castro, F. V. (2013). Vinculação mãe-bebê. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD Revista de Psicologia*, 1(2), 729-736.
- Andrade, A. L. L. de. (2017). *Efeitos das expectativas maternas pré-natais sobre a vinculação materna pós-natal* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/31616>
- Andrade, R. D., Santos, J. S., Maia, M. A. C., & Mello, D. F. (2015). Factors that impact on child health. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 181–186. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>
- Augusto, I. A. (2024). *O impacto da experiência de parto sobre a dinâmica e trajetória de amamentação: Estudo da percepção materna* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa].
- Bagherinia, M., Meedy, S., & Mirghafourvand, M. (2018). Association between maternal sense of competence and self-efficacy in primiparous women during postpartum period. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(10), 1371–1376. <https://doi.org/10.5812/ircmj.9449>
- Bayle, F. (2006). *Psicológica 29: À volta do nascimento*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Bodner, K., Wierrani, F., Grünberger, W., & Bodner-Adler, B. (2011). Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: A comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283, 1193–1198. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1556-4>

- Brito, I. (2009). A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 600-604. Dossier: Saúde mental infantil. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10678>
- Câmara, R., Burla, M., Ferrari, J., Lima, L., Amim Júnior, J., Braga, A., & Rezende Filho, J. (2016). Cesariana a pedido materno [Cesarean section by maternal request]. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 38(4), 199-205. <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004002>
- Carrulo de Sousa, J. A. (2016). *A primeira dança: O papel da intersubjectividade na interacção mãe-bebé* (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). Universidade de Lisboa Repositório. <http://hdl.handle.net/10451/23969>
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1), 49-66.
- Cordeiro, C. A. M., Franco, S. F. G. C., & Frias, A. M. A. (2024). Vínculo mãe-bebé após o parto: Estratégias promotoras. In *Enfermagem Materna e Obstétrica: Cuidar no parto e no pós-parto* (Capítulo 7, pp. 113-128). Ciência Digital. <https://doi.org/10.37885/231014650>
- Costa e Silva, S. P., Prates, R. C. G., & Campelo, B. Q. A. (2014). Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 4(1), 1-9. <https://doi.org/10.5902/217976928861>
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Tipo de parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 25(3), 265–306.
- Ferreira Barros, M. da L., & Franco, V. (2013). Decisão no parto por cesariana: Estudo qualitativo exploratório. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 673–680. <https://doi.org/10.17060/ijdep.v2i1.33>
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 521–539.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133-154.

- Freire, N. C., Nunes, I. M., Almeida, M. S., & Gramacho, R. de C. C. V. (2011). Parto normal ou cesárea? A decisão na voz das mulheres. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25(3), 237–247. <https://doi.org/10.18471/rbe.v25i3.6027>
- Henderson, I., & Quenby, S. (2021). The association between caesarean and postnatal psychological distress: Effect modification by mental health history. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 35(6), 601-610. <https://doi.org/10.1111/ppe.12791>
- Houben, M. L., Nikkels, P. G., van Bleek, G. M., Visser, G. H., Rovers, M. M., Kessel, H., & Bont, L. (2009). The association between intrauterine inflammation and spontaneous vaginal delivery at term: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 4(12), e6572. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0006572>
- Kokanali, D., Ayhan, S., Devran, A., Kokanali, M. K., & Taşçi, Y. (2018). Effect of cesarean section on postpartum depression and maternal attachment. *Journal of Contemporary Medicine*, 8, 148-152. <https://doi.org/10.16899/gopctd.366181>
- Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(1), e1002494. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
- Kurth, E., Spichiger, E., Stutz, E. Z., Biedermann, J., Hösli, I., & Kennedy, H. P. (2010). Crying baby, tired mothers-challenges of the postnatal hospital stay: An interpretive phenomenological study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 10(1), 21–31, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-10-21>
- Lai, Y-L., et al. (2015), Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal–infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in, *Applied Nursing Research*, 28(2) 116-120. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.08.002>
- Lindh, J. A., Tey, J., Wang, D., & Hall, M. E. L. (2023). Maternal attachment and maternal behavior: The role of maternal affect. *Journal of Child and Family Studies*, 32(8), 2004–2014. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02437-4>
- Marcão, D. F. da R. (2013). *A influência do estilo de orientação para a maternidade na percepção materna do comportamento do bebé* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/9518>

- Marques, A. R. R. da M. (2008). *Opção ou punição? Efeitos do tipo de parto na satisfação, confiança e percepção materna do comportamento do bebê* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/11361>
- Martin, F. Z., Madley-Dowd, P., Ahlqvist, V. H., Jónsson-Bachmann, E., Fraser, A., & Forbes, H. (2022). Mode of delivery and maternal sexual wellbeing: A longitudinal study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *129*(9), 1234-1240. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17262>
- Mauadie, R. A., Pereira, A. L. F., Prata, J. A., & Mouta, R. J. O. (2022). Práticas discursivas acerca do poder decisório da mulher no parto. *Interface (Botucatu)*, *26*, e220103. <https://doi.org/10.1590/interface.220103>
- McGovern, P., Dowd, B., Gjerdingen, D., Gross, C. R., Kennery, S., & Lundberg, U. (2006). Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Annals of Family Medicine*, *4*(2), 159–167, <http://dx.doi.org/10.1370/afm.519>
- Meireles, A., & Costa, M. E. (2005). A experiência da gravidez: O corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê. *Psicologia*, *18*(2), 75–98. Edições Colibri.
- Merighi, M. A. B., Gonçalves, R., & Rodrigues, I. G. (2006). Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *59*(6), 775–779. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600010>
- Nascimento, R. R. P., Arantes, S. L., Souza, E. D. C., Contrera, L., & Sales, A. P. A. (2015). Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *36*(Esp.), 198-204. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2012). Avaliação da ligação parental ao bebê após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). *Laboratório de Psicologia*, *10*(1), 47-61. <https://doi.org/10.14417/lp.623>
- Noyman-Veksler, G., Herishanu-Gilutz, S., Kofman, O., Holchberg, G., & Shahar, G. (2015). Postnatal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarean section and vaginal delivery: Sense of coherence and social support as

moderators. *Psychology & Health*, 30(4), 441-455.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2014.977281>

Oruç, M., & Kukul, K. (2022). The relationship between maternal function and maternal attachment of women during the postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(3), 288–298. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1962824>

Paterson-Brown, S. (1998). Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed. *British Medical Journal*, 317, 462–463. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7156.462>

Pina Vassalo, M. D. T. (2020). *A satisfação da mulher com o parto e as suas consequências na sua percepção da conjugalidade futura* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/45770>

Pedreira, M., & Leal, I. (2015). Terceiro trimestre de gravidez: Expectativas e emoções sobre o parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 260–273.

Perrelli, J. G. A., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2014). Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(1), 19–24. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432318>

Rowe-Murray, H. J., & Fisher, J. R. W. (2002). Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*, 29(2), 124–131, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00172.x>

Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., Olsson, C. A., Allsop, S., Elliott, E. J., Jacobs, S., Macdonald, J. A., & Mattick, R. P. (2016). Predictors of postnatal mother-infant bonding: The role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 19(3), 579-590. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0602-z>

Silva, B. A. A. da, & Braga, L. P. (2023). Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(2), e20230350. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0350>

Silva, S. M. A. da. (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>

- Wiklund, I., Edman, G., & Andolf, E. (2007). Cesarean section on maternal request: Reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 86, 451–456. <https://doi.org/10.1080/00016340701217913>
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*, 37, 275–279. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00431.x>