UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Apego materno-fetal e indicadores emocionais em
gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo**

FERNANDA SAVIANI ZEOTI

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2011

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Apego materno-fetal e indicadores emocionais em
gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo**

FERNANDA SAVIANI ZEOTI

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Eucia Beatiz Lopes Petean

RIBEIRÃO PRETO – SP

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Zeoti, Fernanda Saviani

Apego materno-fetal e indicadores emocionais em gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo. Ribeirão Preto, 2011.

146 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação. – Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Petean, Eucia Beatriz Lopes

1. Apego materno-fetal. 2. Gestação de risco.
3. Malformação fetal. 4. Indicadores emocionais.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fernanda Saviani Zeoti

Apego materno-fetal e indicadores emocionais em gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho

Às mães participantes desta pesquisa, por permitirem que eu conhecesse o que sentiam em um momento tão precioso de suas vidas. E a todas as mães que se alegram, mesmo nas adversidades, simplesmente pelo fato de serem mães.

A meus pais, Nelson e Maíse, que jamais fraquejaram em seu projeto de fazerem o melhor por mim e a cada dia se esforçam em fazerem mais, amando-me, respeitando-me e me incentivando sempre. Eterno amor, gratidão e admiração. Louvo a Deus pela família que Ele me deu.

Ao meu marido, Flávio, que em momento algum me desamparou ou menosprezou os meus sonhos. Aliás, ele fez dos meus os nossos sonhos. Meu amor, meu agradecimento e meu orgulho.

Agradecimentos

A Deus, que até aqui tem-me sustentado! Por permitir que a vida sempre se renove na forma de uma criança, ensinando-nos a amar e respeitar o ser humano.

À Bia, Prof^a Dr^a Eucia Beatriz Lopes Petean, minha orientadora querida, que há 10 anos vem-me ensinando, com paciência, dedicação e carinho, o amor à pesquisa e a seriedade no trabalho, permitindo que eu continue sempre compartilhando os mesmos sonhos seus.

Aos meus familiares amados, os ‘Leite’, os ‘Saviani’ e os ‘Silva’ por tanto amor, que durante toda a vida me dedicaram e dedicam e por acreditarem sempre em mim.

Aos do meu pequeno núcleo Zeoti, por me amarem como um deles e por me ensinarem ricas lições de perseverança e superação todo o tempo.

Ao Prof. Dr. Francisco Mauad Filho que, com um carinho imenso, me abriu os braços e as portas de sua Escola, acreditando no meu trabalho.

À Prof^a Dr^a Valéria Barbieri, presente em toda minha vida acadêmica, nos momentos mais importantes, sendo um exemplo que sempre seguirei, com certeza.

Aos amigos Sebastiana, Marina, Rosângela e Tadeu, pois sem vocês este trabalho não chegaria ao papel.

Aos meus amigos, todos eles, de todos os lugares... que todos os dias me animam e estimulam com sua torcida e admiração. Os amigos são uma preciosidade de Deus.

Aos funcionários, professores e monitores da Escola de Ultra-Sonografia e Reciclagem Médica de Ribeirão Preto (EURP), que não me negaram atenção e carinho em qualquer momento.

A todos os professores, técnicos e funcionários da FFCLRP-USP, que estiveram presentes na minha trajetória até aqui, pelo carinho e incentivo constantes.

À CAPES, pelo apoio financeiro que tanto me ajudou no desenvolvimento da pesquisa.

À USP, pelos anos de crescimento profissional e pessoal.

RESUMO

ZEOTI, F.S. **Apego materno-fetal e indicadores emocionais em gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo.** 2011. 146 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A gravidez é um evento que envolve adaptações físicas e emocionais na vida de qualquer gestante, sendo um período em que indicadores emocionais, como a ansiedade e a depressão, podem-se alterar. É também neste período que a vinculação da mãe com seu bebê, que vai nascer, começa a ser estabelecida. Esta vinculação, chamada de apego materno-fetal, é importante para a qualidade de todos os laços afetivos futuros de qualquer indivíduo. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar as possíveis diferenças nos comportamentos de apego materno-fetal apresentados por gestantes normais e com gravidez de risco. Para tanto, participaram desta pesquisa gestantes que realizaram exames ultrassonográficos na Escola de Ultra-Sonografia e Reciclagem Médica de Ribeirão Preto, sendo 25 com gravidez normal e 23 que apresentaram gravidez de risco. Entre estas, com gravidez de risco, quatro tiveram fetos malformados. Este estudo foi longitudinal e contou com três etapas de coleta de dados: a primeira, antes da realização do exame de ultrassonografia durante o segundo trimestre gestacional; a segunda, até dois meses após o exame e a terceira, até seis meses após o nascimento dos bebês. Utilizaram-se a Escala de Apego Materno-fetal, os Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck e três roteiros de entrevista, um para cada fase de coleta, elaborados para atender aos objetivos desta pesquisa. Os dados obtidos foram analisados quantitativamente, de acordo com as normas estabelecidas de cada um deles, e os dados das entrevistas foram transcritos na íntegra e explorados a partir do sistema quantitativo-interpretativo. Posteriormente, os dados foram correlacionados entre si, através de testes estatísticos não paramétricos. Assim, obteve-se que não há diferenças entre o apego materno-fetal dos dois grupos estudados, sendo que este índice aumentou à medida que a gestação avançava, apresentando-se valores máximos desde antes da ultrassonografia, no segundo trimestre gestacional. O aumento do apego foi confirmado pelo relato das gestantes, ao demonstrarem a intensificação dos comportamentos que apresentavam em relação a seus bebês, conforme a gravidez evoluía e também depois do nascimento deles. Os índices de ansiedade e depressão mostraram-se mais elevados, durante todo o período pré-natal e também depois do nascimento, entre as participantes cujas gestações foram de risco, principalmente para aquelas que tiveram filhos malformados. Estas gestantes, especialmente,

sofreram o impacto da notícia de uma malformação em seus filhos ainda intraútero e quando os mesmos nasceram, apresentando reações de choque, negação, tristeza e equilíbrio na busca por adaptação à situação que vivenciavam. Conclui-se que a gravidade da realidade vivida por estas mães implica em níveis mais elevados de ansiedade e depressão, porém, não impede a formação da relação de apego entre elas e seus filhos. Enfatiza-se, portanto, a necessidade de programas de saúde com profissionais especializados que visem a assistência pré-natal emocional a todas as gestantes, de um modo geral, e principalmente àquelas que apresentam condições adversas durante a gestação.

Palavras-chave: Apego materno-fetal, gestação de risco, malformação fetal, indicadores emocionais.

ABSTRACT

ZEOTI, F.S. **Maternal-fetal attachment and emotional indicators in low and high risk pregnancies: a comparative study**. 2011. 146 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Pregnancy is an event which involves physical and emotional adaptation in any pregnant woman's life. It is also a period in which emotional indicators, such as anxiety and depression, can be altered. Besides that, this is the period in which the mother and her unborn child begin to establish an attachment. This attachment, named maternal-fetal attachment, is important for the quality of all future affective bonds of any person. Therefore, the objective of this study is to find possible differences in the maternal-fetal attachment behaviour shown by normal pregnant women and the ones with risk pregnancies. For that, pregnant women who underwent ultrasound exams in the School of Ultrasound and Medical Recycling of Ribeirão Preto (*Escola de Ultra-Sonografia e Reciclagem Médica de Ribeirão Preto*) participated in this study. Of this group, 25 had normal pregnancies and 23 presented high-risk pregnancies. Among the latter, 4 had malformed fetuses. This is a longitudinal study, with three data collection phases: the first one was done before the ultrasound exam during the second gestational trimester; the second, up to two months after the exam and the third, up to six months after the children's birth. The Maternal-Fetal Attachment Scale, the Beck Anxiety and Depression Inventories and three interview scripts, one for each phase of the collection, specially designed to meet the objectives of this research, were used during the study. The information obtained was analysed quantitatively, according to each set of established rules and the data from the interviews were transcribed in full and explored using the quantitative-interpretative system. Posterior to that, the data was correlated through non-parametric static tests. It was, then, established that there are no differences between the maternal-fetal attachment of the two groups. The index, however, increased as the gestation progressed, with higher numbers since before the ultrasound, in the second gestational trimester. The growth of the attachment was confirmed by the pregnant women's report, when they showed the intensification of the behaviours which were presented in relation to their babies, as the pregnancies evolved and also after the babies' birth. The levels of anxiety and depression were higher during all prenatal period and also after birth, among the participants whose gestations were of higher risk, mainly for those who had malformed babies. These pregnant women, particularly, suffered the impact of the news of a malformation in their

children still intrauterine and when these children were born, they still presented reactions of shock, denial, sadness and balance when trying to adapt to their new situation. To conclude, the seriousness of the reality lived by these mothers implicate in higher levels of anxiety and depression, although it does not prevent the formation of an attachment relationship between them and their children. It is emphasised, therefore, the need of health programmes with specialised professionals which aim at emotional prenatal assistance to all pregnant women, in general, and mainly to those who go through adverse conditions during pregnancy.

Key words: maternal-fetal attachment, pregnancy risk, fetal malformation, emocional indicators.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Correlações das médias de depressão, ansiedade e apego dos dois grupos de participantes, nas três etapas do estudo.....	51
Tabela 2. Gestantes normais e gestantes de risco: Correlações das médias de apego materno-fetal, depressão e ansiedade, nas três etapas da pesquisa.....	52
Tabela 3. Correlações entre as variáveis constituintes da amostra (gestantes normais e de risco)	54
Tabela 4. Como as gestantes normais e de risco souberam que estavam grávidas: frequência	55
Tabela 5. Correlações entre a forma como as gestantes souberam da gravidez e os índices de apego, depressão e ansiedade, na primeira etapa da pesquisa	55
Tabela 6. Correlações entre a forma como as gestantes souberam da gravidez e as variáveis idade, escolaridade e número de filhos, na primeira etapa da pesquisa.....	56
Tabela 7. Desejo e planejamento da gestação pelas gestantes: frequência	57
Tabela 8. Correlações entre o desejo e planejamento da gestação e as variáveis idade, escolaridade e número de filhos, na primeira etapa da pesquisa	57
Tabela 9. Sentimento das gestantes em relação ao bebê que esperavam: frequência	59
Tabela 10. Correlações entre o sentimento das gestantes em relação ao bebê e o índices de apego, depressão e ansiedade	59
Tabela 11. Correlações entre o sentimento das gestantes em relação ao bebê e os fatores idade, escolaridade e número de filhos	59

Tabela 12. Sentimento das gestantes quando seus bebês se movimentavam dentro do útero: frequência	60
Tabela 13. Correlações significativas entre o sentimento das gestantes em relação aos movimentos dos bebês e o índices de apego, depressão e ansiedade	61
Tabela 14. Frequência com a qual as gestantes participantes conversavam com seus bebês intraútero	62
Tabela 15. Idealização que as gestantes faziam de seus bebês durante o segundo semestre de gestação: frequência	62
Tabela 16. Correlações entre a idealização que as gestantes tinham de seus bebês e os fatores idade, escolaridade e número de filhos	63
Tabela 17. Preferência pelo sexo do bebê que esperavam: frequência	64
Tabela 18. Correlações entre a preferência das gestantes pelo sexo do bebê e os fatores constitucionais da amostra estudada	64
Tabela 19. Escolha do nome do bebê pelas gestantes: frequência.....	65
Tabela 20. Correlações entre a escolha do nome do bebê e os índices de apego, depressão e ansiedade das gestantes	65
Tabela 21. Preparação para a chegada do bebê pelas gestantes: frequência	66
Tabela 22. Expectativas das gestantes em relação ao resultado da ultrassonografia realizada no segundo trimestre: frequência.....	66
Tabela 23. Informações recebidas pelas gestantes durante a ultrassonografia, no segundo trimestre gestacional: frequência	68

Tabela 24. Sentimentos das gestantes em relação ao seu bebê, no terceiro trimestre gestacional: frequência.....	69
Tabela 25. Frequência de conversas que as gestantes relatavam manter com seus bebês, no terceiro trimestre gestacional.....	69
Tabela 26. Idealização que as gestantes faziam de seus bebês, durante o terceiro trimestre gestacional: frequência.....	70
Tabela 27. Correlações entre a idealização do bebê e os índices de apego, depressão e ansiedade	70
Tabela 28. Correlações entre a idealização do bebê e os fatores constitucionais da amostra estudada.....	71
Tabela 29. Permanência do nome escolhido para seus bebês pelas gestantes participantes: frequência	72
Tabela 30. Preparação para a chegada do bebê pelas gestantes, após o exame ultrassonográfico: frequência	72
Tabela 31. Correlações entre a preparação para a chegada do bebê e os índices de apego, depressão e ansiedade, na segunda etapa da pesquisa	73
Tabela 32. Correlações entre a preparação para a chegada do bebê e os fatores idade, escolaridade e número de filhos, na segunda etapa da pesquisa	73
Tabela 33. Mudança na ligação materno-fetal, segundo as gestantes, depois da realização da ultrassonografia: frequência	74
Tabela 34. Mudança nas relações das gestantes com amigos e familiares: frequência	75
Tabela 35. Correlações entre as relações das gestantes com seus amigos e familiares e os índices de apego, depressão e ansiedade, no terceiro trimestre gestacional	75

Tabela 36. Correlações entre as relações das gestantes com seus amigos e familiares e os fatores idade, escolaridade e número de filhos, no terceiro trimestre gestacional	75
Tabela 37. Mudanças na saúde das gestantes, em decorrência da gestação: frequência	76
Tabela 38. Correlações entre alteração da saúde das gestantes e os índices de apego, depressão e ansiedade, no terceiro trimestre gestacional	76
Tabela 39. Projetos futuros das gestantes: frequência	77
Tabela 40. Correlações entre projetos futuros das gestantes e os índices de apego, depressão e ansiedade	77
Tabela 41. Sentimento das gestantes em relação aos seus bebês, depois do nascimento dos mesmos: frequência.....	78
Tabela 42. Correlações entre o sentimento das gestantes e os índices de depressão e ansiedade, depois do nascimento dos bebês.....	78
Tabela 43. Frequência com a qual as gestantes conversam com seus bebês, após o nascimento	79
Tabela 44. Confirmação da idealização dos bebês feita pelas mães: frequência.....	80
Tabela 45. Permanência, após o nascimento, do nome escolhido pelas gestantes para seus bebês: frequência	81
Tabela 46. Cuidados com o bebê: frequência.....	81
Tabela 47. Correlações entre quem realiza os cuidados com o bebê, segundo as mães, e os índices de depressão e ansiedade, depois do nascimento.....	82
Tabela 48. Passeios com o bebê: frequência	83

Tabela 49. Correlações entre passear ou não com o bebê e os índices de depressão e ansiedade	83
Tabela 50. Relato das gestantes sobre receber ou não visitas: frequência	84
Tabela 51. Mudança na ligação mãe-filho após o nascimento, segundo as mães: frequência	84
Tabela 52. Correlações entre a mudança na ligação entre mãe e filho, segundo as próprias mães, e os índices de depressão e ansiedade, depois do nascimento dos bebês.....	84
Tabela 53. Alteração na saúde das participantes, depois do nascimento dos seus bebês: frequência	85
Tabela 54. Correlações entre a alteração na saúde das participantes e os índices de depressão e ansiedade, na terceira etapa da pesquisa.....	85
Tabela 55. Alteração na relação com amigos e familiares após o nascimento dos bebês: frequência	86
Tabela 56. Correlações entre alteração na relação com amigos e familiares e os índices de depressão e ansiedade	86
Tabela 57. Correlações entre alteração na relação com amigos e familiares e os fatores idade, escolaridade e número de filhos	86
Tabela 58. Projetos futuros das mães, após nascimento do filho: frequência	87
Tabela 59. Índices de apego materno-fetal, ansiedade e depressão das gestantes, nas três etapas da pesquisa	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Caracterização das participantes da pesquisa, que apresentaram gravidez normal	48
Quadro 2. Caracterização das participantes da pesquisa, que apresentaram gravidez de risco	49
Quadro 3. Caracterização das participantes da pesquisa, que apresentaram gravidez com malformação fetal	88

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	19
1.1.	Gravidez de alto risco e malformação fetal	22
1.2.	Ansiedade e depressão na gestação	23
1.3.	A ultrassonografia obstétrica	27
1.4.	Apego Materno-Fetal	29
2.	OBJETIVOS.....	33
3.	MÉTODO	34
3.1.	Contexto da pesquisa.....	34
3.2.	Participantes.....	34
3.3.	Instrumentos utilizados para coleta de dados	35
3.3.1.	Escala de Apego Materno-Fetal.....	36
3.3.2.	Escalas Beck	38
3.3.3.	Roteiros de entrevista estruturada	40
3.4.	Pré-teste dos instrumentos	41
3.5.	Procedimento para coleta de dados	42
3.6.	Procedimento para análise dos dados.....	44
4.	ASPECTOS ÉTICOS	47
5.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	48
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
6.1.	Análise dos índices de apego, depressão e ansiedade	51
6.2.	Análise dos dados obtidos nas entrevistas	54
6.2.1.	Primeira etapa	55
6.2.2.	Segunda etapa	67
6.2.3.	Terceira etapa.....	78
6.3.	Análise dos casos com diagnóstico de malformação fetal	87
6.4.	Síntese comparativa.....	107

7.	CONCLUSÕES	110
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
	ANEXOS	124

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém, especial na vida da mulher. Representa uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento e envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, principalmente a mudança de identidade e uma nova definição de papéis. Estas mudanças têm início durante a gravidez e terminam com o parto e a vivência posterior a ele (MALDONADO, 1997).

A maternidade é o papel que socialmente se espera da mulher durante um certo período de sua vida e que, por isto, acaba fazendo parte do ciclo vital feminino (CURY, 1997; RZEZINSKI; CORD, 1997). “Deste ponto de vista, o projeto de maternidade inicia-se muito antes da mãe estar, de fato, grávida” (MENDES, 2002, p. 23). “Antes de engravidar também já estão em funcionamento processos que permitirão ou facilitarão que haja ou não gravidez” (NAVAJAS FILHO, 1997, p. 10).

Neste sentido, o período gestacional – aproximadamente 280 dias ou 40 semanas – constitui-se uma fase que prepara a mulher para assumir este novo papel pouco a pouco.

O primeiro passo a ser dado, então, é a adaptação da mulher às alterações fisiológicas inerentes à gravidez e necessárias para que o feto se desenvolva. São alterações que “envolvem globalmente o organismo materno, modificando de um modo mais ou menos evidente o funcionamento dos diversos aparelhos e sistemas em virtude de modificações metabólicas, bioquímicas, hormonais e anatômicas” (MENDES, 2002, p. 25).

Como já é amplamente conhecido, tanto empírica quanto teoricamente, após a concepção e a implantação do óvulo fertilizado, no útero, a gestante começa a perceber as manifestações somáticas habituais relacionadas com o início do período gestacional e decorrentes de todas as mudanças corporais previstas e necessárias. Geralmente, nesta época, a grávida apresenta fadiga, sonolência, náuseas e vômitos, gosto diferente da saliva, leve formigamento na palma das mãos ou na sola dos pés, sudorese aumentada, falta de ar e até discretas alterações na aparência, na pele ou nos cabelos (MALDONADO, 1997; MENDES, 2002; RAPHAEL-LEFF, 1997).

Estas manifestações acontecem de maneira mais evidente durante o chamado primeiro trimestre gestacional, ou seja, entre a primeira e a décima terceira semanas de gravidez. Neste período não ocorrem somente mudanças fisiológicas, mas também é necessário que a mulher se ajuste ao seu novo estado, o de grávida. Para tanto, é preciso que a mulher aceite o feto, a maternidade e as mudanças que o novo estado implica, voltando-se para as “novas sensações

corporais, sintomas e desequilíbrio emocional” e ajustando-se às vivências de seu estado diferente (RAPHAEL-LEFF, 1997, p. 19).

De acordo com Klaus e Kennell (1993, p. 32), “durante o primeiro estágio da gravidez, a mulher adapta-se ao conhecimento do fato de que será mãe”.

Como no primeiro trimestre “o feto ainda não é concretamente sentido e as mudanças do esquema corporal ainda estão bastante discretas” (MALDONADO, 1997, p. 34), os sentimentos mais comuns são os de “dúvida quanto ao fato de estar grávida, mesmo após a confirmação clínica da gestação. Esta confirmação, por sua vez, também tende a evocar uma mistura de sentimentos, tais como alegria, apreensão, irrealidade e, em alguns casos, franca rejeição” (p. 34). Vale ressaltar que, segundo Maldonado (1997), a rejeição não se cristaliza para sempre, podendo dar lugar a uma atitude predominante de aceitação e vice-versa.

Os sintomas como náuseas e sonolência tendem a desaparecer depois da décima quarta semana gestacional, época em que se inicia o chamado segundo trimestre da gravidez, que dura até a vigésima nona semana. De acordo com Mendes (2002), “este trimestre é habitualmente considerado o mais calmo, com uma vivência mais equilibrada” (p. 26). Nesta fase, “a maioria das mães experimenta uma forte sensação de bem-estar físico” e, “apesar da barriga já se tornar mais visível, ainda não é desconfortável” (RAPHAEL-LEFF, 1997, p. 21).

Psicologicamente, a mulher começa a mudar o seu conceito sobre o feto, que passa de um ser, que é parte de si mesma, para um bebê vivo, que logo será um indivíduo independente. (KLAUS; KENNEL, 1993)

Segundo Maldonado(1997),

“o impacto da percepção dos primeiros movimentos fetais é o fenômeno central neste trimestre – é a primeira vez que a mulher sente o feto como uma realidade concreta dentro de si, como um ser separado dela e no entanto tão dependente, mas já com características próprias” (p. 41).

A partir deste fenômeno tão importante durante a gestação, “o bebê anuncia, então, sua existência no interior dos pais muito antes do nascimento” (PICCININI et al., 2004, p. 224), aumentando as expectativas em relação a ele. Passam a ser atribuídas características de personalidade humana ao bebê, as mães geralmente escolhem um nome para ele, imaginam características físicas, gostos e estabelecem ainda uma interação real com ele, através de conversas. Tudo isto é suscitado, em grande parte, pela interpretação dos movimentos fetais (KLAUS; KENNEL, 1993; MALDONADO, 1997; PICCININI et al., 2004; RAPHAEL-LEFF, 1997)

Através desta maior autonomia e independência atribuída ao bebê pela gestante, é possível iniciar a preparação para a separação física real que ocorre com o nascimento. Esta preparação torna-se, emocionalmente, o foco principal da grávida durante o terceiro trimestre gestacional, que ocorre a partir da trigésima semana de gravidez até o momento do parto.

Neste período é comum que ocorram sentimentos contraditórios, como a vontade de que o nascimento aconteça e ao mesmo tempo a vontade de adiar este momento, prolongando a gestação (MENDES, 2002). Por isto, a ansiedade vivenciada nesta fase da gestação e, mais especificamente, ao final da mesma, pode apresentar-se como a mais elevada dentre todos os três trimestres da gravidez. Isto ocorre porque o parto e a mudança nos hábitos rotineiros são eventos bastante estressores para a futura mãe (MALDONADO, 1997).

À medida que a gravidez avança, a gestante torna-se mais consciente da significativa e irreversível mudança que irá acontecer (KLAUS; KENNEL, 1993). É no último período gestacional que ela se põe mais ativamente em tarefas como a preparação do enxoval, da casa, a escolha do nome e os planos para cuidar do filho (PICCININI et al., 2004; RAPHAEL-LEFF, 1997), o que ajuda a grávida a individualizar e personificar o feto, para que este não seja um estranho no nascimento.

É justamente neste momento que o bebê ideal dá lugar ao bebê real e o medo de uma malformação torna-se maior, pois “gerar um filho normal é o principal objetivo da maioria das mulheres” (KLAUS; KENNEL, 1993).

O fato de estar grávida já se constitui uma condição especial. De acordo com Tedesco (1997), “mesmo a gravidez normal é descrita como crise psicológica, crise de vida, que implica em mudanças que atingem a mulher, nos seus aspectos fisiológico, psicológico e social” (p. 99).

Neste contexto, a presença de risco, seja para a mãe, seja para o feto, ou ambos, representa “maior problema emocional e social”. Isto porque “surge o medo real” que a mãe sente “em relação a si própria e ao seu filho, ao que está ocorrendo com o seu corpo, ou ao temor de ter uma criança com anormalidades” (TEDESCO, 1997, p. 100).

A gravidez de alto risco é definida como “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e do feto têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população” (CALDEIYRO-BARCIA, 1973 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A nomenclatura “alto risco” é utilizada para distinguir as gestações com risco daquelas em que as alterações são as esperadas para a condição, também chamadas de “baixo risco”. Segundo Tedesco (1997), o fato de existir algum tipo de risco gestacional já propicia que a

grávida se sinta “diferente” daquela que não apresenta qualquer indício de possíveis complicações, sendo considerada “normal”.

1.1. Gravidez de alto risco e malformação fetal

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza a necessidade primordial de pesquisas em Saúde Reprodutiva, relativas à sexualidade, contracepção e concepção, incluindo a gravidez, o parto e o puerpério. Isto porque, apesar de todos os esforços dos Órgãos da Saúde na assistência pré-natal, 21,3% dos óbitos maternos ocorridos no Brasil, nos anos de 1996-1997, foram atribuídos às causas indiretas, que envolvem as doenças pré-existent, complicadas pela gestação. E ainda, aproximadamente 20% das gestantes apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para elas como para o feto, constituindo o chamado grupo de “gestantes de risco” (DOURADO; PELLOSO, 2007, p. 70).

Para o Ministério da Saúde, a avaliação do risco não é tarefa fácil, uma vez que o conceito de risco associa-se a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Segundo um levantamento bibliográfico realizado por Gomes et al. (2001), as pesquisas apontam que os principais fatores de risco gestacional seriam: hipertensão arterial crônica, diabetes melito, cardiopatia, obesidade e crescimento intrauterino retardado (p. 64).

O manual técnico do Ministério da Saúde (2000), que diz respeito a gestações de alto risco, descreve os fatores de risco associados a este tipo de gravidez, dividindo-os em quatro grandes grupos:

1. *Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis*: Idade menor que 17 e maior que 35 anos; estresse; situação conjugal insegura; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; altura menor que 1,45m; peso menor que 45kg e maior que 75kg e dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

2. *História reprodutiva anterior à gestação atual*: morte perinatal explicada e inexplicada; recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; abortamento habitual; esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade e multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; cirurgia uterina anterior.

3. *Doenças obstétricas na gestação atual*: desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez

prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; amniorrexe prematura; hemorragias da gestação; aloimunização e óbito fetal.

4. *Intercorrências clínicas*: hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas; doenças autoimunes e ginecopatias.

Em alguns casos, a gestação de alto risco pode evoluir para uma gestação com malformação fetal. Em outros, a existência de um feto malformado pode ser independente de qualquer fator de risco.

A prevalência mundial de nascidos vivos com malformações desenvolvidas durante o período pré-natal é de 3 a 5%, enquanto que, nacionalmente, este número varia entre 1,7 e 5% (RAMOS; CARVALHO; ZUGAIB, 2009). Na América Latina, esta prevalência também chega a 5% (HOROVITZ; JUNIOR; MATOS, 2005).

Entre as malformações mais comuns estão os defeitos de fechamento de tubo neural, incluindo anencefalia, mielomeningocele e encefalocele, constituindo as anomalias que mais afetam as taxas de mortalidade e morbidade. (PACHECO et al., 2006)

De acordo com Petean (2004), “na gestante em que foi identificado um bebê com malformação fetal” os medos esperados em qualquer gestante, tornam-se reais. “O temor de estar gerando uma criança com deficiência deixa de ser uma fantasia para se tornar realidade” (p. 53). Quando isto acontece, pode-se desencadear uma gravidez conflituosa, onde o bebê “errado” propicia uma “confusa mistura de conflitos emocionais, bem como a raiva, culpa irracional” e medo de diagnóstico incorreto ou resultado incerto, segundo Raphael-Leff (1997, p. 195).

Isso porque “ao decidir ter um filho, o casal se prepara para receber uma criança perfeita, a criança de seus sonhos. Fantasia a respeito, cria expectativas, idealiza. Espera que seja bonita, esperta, inteligente e, principalmente, que tenha saúde” (PETEAN, 1995, p. 02). Este ser sonhado é um composto de impressões e desejos originados nas próprias experiências dos pais.

Quando este sonho é contrastado com a realidade de um bebê malformado, de acordo com Irvin, Kennell e Klaus (1993) e reforçado por Klaus, Kennell e Klaus (2000), sobrepõe-se aos sonhos uma carga de luto e adaptação com reações turbulentas dos pais, que rompem as vias usuais para o desenvolvimento dos vínculos próximos pais-bebê.

Este fato fica ainda mais claro com a colocação de Nebó e Jambor (1999):

“Ter um filho diferente requer mudanças radicais sobre a visão do mundo. Nos vemos obrigados a reavaliar os valores. Ao encontrarmos uma

realidade tão amarga quanto inesperada, batemos de frente com o medo do desconhecido, e a rejeição é inevitável”(p.18).

Completando ainda este pensamento, Assumpção Jr. (1991) diz que

“o nascimento de um filho envolve sentimentos muito diversos. O nascimento de um filho deficiente traz à tona um sentimento de rejeição inevitável. Não uma rejeição pelo filho propriamente dito, mas pelo problema que o impede de ser o filho perfeito e exemplar que povoava os sonhos do casal” (p. 23).

Segundo Tarelho e Perosa (2001), as reações dos pais e o grau de suas dificuldades em se apegarem aos filhos parecem depender, em parte, da natureza da malformação, principalmente no que diz respeito à aparência, à possibilidade de correção ou a uma morte iminente.

Irvin, Kennell e Klaus (1993) descreveram as reações iniciais dos pais ao receberem a notícia de uma malformação do filho e denominaram este período de *fase de adaptação*. Os autores relatam que, apesar das amplas variações de malformação das crianças e do conhecimento prévio dos pais a respeito, estes passam por fases semelhantes de reações emocionais e identificáveis, variando o tempo de que estes pais necessitam para lidar com os aspectos de uma fase específica e, muito raramente, variando a sequência das fases.

Para estes mesmos pesquisadores, a maior parte das reações dos pais se apresentaria em fases, cujo curso natural seria: de choque, de descrença, de tristeza, raiva e ansiedade, de equilíbrio e de reorganização. A fase de choque acontece em resposta à notícia da anormalidade da criança, quando os pais relatam reações e sensações caracterizadas por choro, sentimentos de desamparo ou desejo de fugir, indicando uma ruptura abrupta de seus sentimentos usuais. Este período seria seguido por uma descrença ou negação, por parte dos pais, na tentativa de evitar admitir que seu filho tem um problema ou mesmo de amortecer a enorme inundação de sentimentos. Tristeza e raiva intensas acompanham este período de descrença e constituem a terceira fase em que quase todas as mães, segundo os autores, hesitam em apegar-se a seus bebês com malformação. Quando começa a haver uma gradual diminuição, tanto da ansiedade quanto das intensas reações emocionais dos pais, inicia-se a quarta fase, a do equilíbrio, quando se sentem cada vez mais confortáveis dentro da situação e confiam na sua capacidade de cuidar do bebê. Por fim, no período de reorganização, passa a existir uma aceitação positiva da criança, o que envolve o apoio mútuo entre os pais (IRVIN; KENNEL; KLAUS, 1993; KLAUS, KENNEL; KLAUS, 2000). Toda a fase de adaptação foi descrita a partir da experiência dos autores com situações de notícia de malformação após o nascimento da criança.

Segundo Roegiers (1996), “pouco se sabe sobre o que ocorre com esse processo durante a gravidez” (p.636). O que se sabe é que o anúncio de uma malformação fetal geralmente acompanha reações não só de depressão, mas também de rejeição e rompimento do apego, transitórios ou permanentes (TARELHO; PEROSA, 2001).

Para Hertling-Schaal et al.(2001), este diagnóstico no período fetal aumenta o nível de ansiedade na mulher grávida, podendo a ansiogênese prolongar-se, em certos casos, até o período pós-natal. Os pesquisadores enfatizam a necessidade de atenção a esta ansiedade, por duas razões: primeiramente, porque pode reduzir o bem-estar materno durante a gravidez e, depois, porque a ansiedade pode ter um efeito deletério sobre a construção da ligação pais-criança.

No mesmo sentido, Klaus, Kennell e Klaus (2000) apontam para o fato de que “a ansiedade e uma sensação de estresse podem afetar a forma como a mulher sente-se em relação a si mesma e ao bebê”. Estas sensações podem retardar a preparação para a chegada do bebê ou para a formação de vínculo (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

1.2. Ansiedade e depressão na gestação

Como já enfatizado anteriormente,

“a gestação é conhecida como um período de muitas transformações físicas e psicológicas para a mulher. Muitos sentimentos vêm e vão durante a gravidez, são comuns as alterações de humor, a irritabilidade, preocupações e depressão” (PETEAN, 2004, p. 53).

Somando-se a isto, o fato de constituir uma situação crítica, implicando naturalmente maior vulnerabilidade e desorganização de padrões anteriores, a gravidez justifica a presença normal de um certo grau de ansiedade, principalmente no início e no final da gestação (MALDONADO, 1997; MENDES, 2002). No entanto, quando a maternidade, por motivos vários, gera um grau de ansiedade mais intenso, há maior probabilidade de se observarem complicações obstétricas na gestação, influenciando o curso da gravidez, do trabalho de parto, do parto propriamente dito e da adaptação entre mãe e bebê no período pós-parto (LOPES et al., 2005; MALDONADO, 1997).

Em revisão da literatura, Conde e Figueiredo (2005) comprovam que a elevação dos níveis de ansiedade materna durante a gravidez tem claras implicações adversas na saúde e bem-estar da mãe e, preponderantemente, na saúde e desenvolvimento do bebê, desde a vida intrauterina e ao longo de todas as fases do ciclo de vida desta criança.

De acordo com Faisal-Cury e Menezes (2006), a preocupação com a saúde do bebê e o medo do parto, por exemplo, são motivos que levam a uma ansiedade esperada durante o período gestacional. Porém, é necessário que se diferenciem sintomas considerados normais daqueles que precisam de um acompanhamento clínico.

A ansiedade considerada patológica constitui-se um estado de desconforto, acompanhado de um conjunto de manifestações fisiopatológicas decorrentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo. Já a ansiedade normal é motivadora e impulsiona o indivíduo. (LORETO, 2005)

De acordo com a autora,

“a maioria das mulheres vivencia preocupações na gravidez que causam ansiedade e que são consideradas normais. Poucas atravessam a gestação livres de ansiedade. Na gestante, a ansiedade é patológica quando suas preocupações são exageradas ou infundadas, passando a ocupar grande parte de seu tempo e comprometendo sua vida de relação.” (LORETO, 2005, p. 427)

Em estudo realizado por Perosa et al. (2009), comprovou-se que mães de recém-nascidos saudáveis apresentam um nível de ansiedade esperada no período logo após o parto, “pois dificilmente a criança imaginária corresponde exatamente à criança real, exigindo dos pais uma adaptação” rápida à nova situação (p. 438). No entanto, no caso das mães estudadas que tiveram crianças com malformações, os escores de ansiedade foram significativamente superiores, evidenciando sinais clínicos de ansiedade. Para os autores,

“a adaptação de mães de crianças que nascem doentes ou com problemas é mais difícil, especialmente frente a quadros graves que acarretam grande frustração, quebram expectativas relacionadas ao desempenho de maternidade e trazem mudanças na estrutura familiar” (PEROSA et al., 2009, p. 437).

Alguns autores têm destacado a necessidade de estudos a respeito da ansiedade materna no período pré-natal, principalmente no caso de gestações com fetos malformados (PEROSA; SILVEIRA, CANAVEZ, 2008; SCHMIDT; ARGIMON, 2009; VASCONCELOS; PETEAN, 2009).

Assim como no caso da ansiedade, Pereira e Lovisi (2008) destacam que a literatura atual sugere que a depressão pré-natal também possa estar sendo negligenciada, “havendo poucas pesquisas científicas sobre o assunto, mesmo existindo um consenso de que os fatores que afetam o binômio materno-fetal tenham suas origens no período pré-concepcional” (p. 145).

De acordo com Perosa, Silveira e Canavez (2008)

“os efeitos da depressão materna não se limitam ao atraso no desenvolvimento dos primeiros tempos de vida, mas podem ocasionar alterações na interação mãe-filho na primeira infância e causar prejuízos no desenvolvimento cognitivo e comportamental, em longo prazo” (p. 437).

Frizzo e Piccinini (2005) enfatizam que instalada a depressão, muitas vezes, as mães ficam emocionalmente indisponíveis para o recém-nascido, respondendo menos às suas solicitações, podendo ocasionar privação psicossocial e gerar condições de desenvolvimento adversas.

De acordo com Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), habitualmente a palavra depressão pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome ou uma doença. “Freqüentemente, é associada a reações normais diante de determinados sofrimentos e sentimentos de perda. Como síndrome ou doença, a depressão inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas.” (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005, p.182)

No período puerperal, a depressão materna caracteriza-se por alterações no apetite, dificuldade para dormir, especialmente depois de amamentar o bebê, crises de choro, desatenção, falta de concentração, energia reduzida, dificuldade de engajar-se em atividades antes agradáveis e a sensação de incapacidade para lidar com situações novas (FRIZZO; PICCININI, 2005).

No entanto, muito se fala sobre depressão pós-natal, porém, muitos estudos sugerem uma maior incidência da depressão materna no período pré-natal (GOMEZ E LEAL, 2007). A depressão durante a gravidez pode ser considerada importante, uma vez que constitui um forte fator de risco à depressão pós-natal, além das novas evidências de que a depressão gestacional possa causar baixo peso ao nascer, prematuridade e ainda pode afetar o desenvolvimento da criança (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Novamente, mesmo com o advento das técnicas de exames pré-natais e o desenvolvimento da neonatologia, muito pouco se sabe a respeito da depressão e da ansiedade, quando acontecem durante o período gestacional, numa intensidade acima da esperada.

1.3. A ultrassonografia obstétrica

A utilização das técnicas ultrassonográficas para fins diagnósticos começou a acontecer nos países desenvolvidos nos anos de 1950. A partir da década de 70, houve um avanço tecnológico importante neste sentido, mesma época em que estas técnicas passaram a

ser utilizadas também no Brasil. Ao lado da cardiologia e da neurologia, a área médica que primeiramente utilizou os recursos do diagnóstico ecográfico foi a obstétrica, substituindo o uso da radiologia para esta finalidade (BENUTE et al., 2006; CHAZAN, 2008).

Desde então, com a introdução de aparelhos de ecografia cada vez menores e mais portáteis, podendo estar presentes nos consultórios médicos, a ultrassonografia obstétrica tornou-se um dos procedimentos diagnósticos mais comuns e usados atualmente (BACALTCHUK, 2000).

Nos dias de hoje, a ultrassonografia obstétrica constitui-se um procedimento seguro, não invasivo, inócuo, com grande aceitação pela paciente, que pode fornecer muitas informações a respeito da gestação. Entre as indicações para o uso desta técnica durante o período gestacional estão: estimativa de idade gestacional; suspeita de gestação múltipla; sangramento vaginal; avaliação da anatomia e crescimento fetais; estimativa do peso fetal; suspeita de morte fetal; história de anomalia fetal prévia; seguimento de anomalia fetal identificada; perfil biofísico fetal; avaliação do colo uterino; suspeita de anormalidade uterina, entre outros (MAUAD FILHO et al., 2006).

O exame ultrassonográfico pode ser realizado durante todo o período gestacional, porém, Bacaltchuk (2000) e Barini et al. (2002) salientam que a avaliação da morfologia fetal, bem como a confirmação da presença ou não de malformações fetais é possível a partir do segundo trimestre gestacional. Neste caso,

“o exame de ultrassonografia permite identificar diretamente alterações morfológicas individuais, sinais indiretos relacionados (crescimento fetal restrito e alterações do volume de líquido amniótico, entre outras), além das malformações associadas, que apresentam estreita correlação com quadros síndrômicos” (BARINI et al., 2002, p. 122).

Para Maldonado (1997), o refinamento dos aparelhos de ultrassonografia trouxe à tona uma realidade até então desconhecida. O universo intrauterino, antes pensado como “escuro, silencioso e isolado do mundo externo dava a idéia de um ambiente homogêneo, constante, confortável e seguro” (p.63). Hoje, as técnicas ultrassonográficas possibilitam pensar no útero como um lugar nada estável, em constante mudança e suscetível a diversas influências externas (MALDONADO, 1997).

Devido a isto e também à possibilidade de ver o feto como um organismo independente, é que a sociedade e as ciências médicas agora concebem que o relacionamento mãe-bebê começa mais cedo, com o desenvolvimento fetal (STORMER, 2003).

O feto, que até então era um ser imaginário, depois da visualização de sua imagem através do ultrassom, passa a ser real. Segundo Quayle (1997), o diagnóstico pré-natal altera a

vivência da gravidez. “O simples fato de se verem, os pais, frente à necessidade de realizarem o exame ultrassonográfico faz com que o nível de ansiedade aumente, pois vivenciam a angústia da espera pelo diagnóstico e o medo de que se confirme algum problema” (PETEAN, 2004, p. 53).

O medo de gerar filhos malformados é um fato presente durante qualquer gestação (MALDONADO, 1997; PICCININI et al., 2004; QUAYLE, 1997). Com o advento da ultrassonografia, o medo pode tornar-se realidade antes do nascimento. O diagnóstico de problemas ou malformações acarreta a perda do filho idealizado e o filho real não mais preenche o papel que lhe era destinado no cenário familiar (QUAYLE, 1997).

Para Samorinha, Figueiredo e Cruz (2009), a visualização do feto através do exame ultrassonográfico pode evocar emoções capazes de promover a vinculação pré-natal. No caso do diagnóstico de uma anomalia, Quayle (1997) salienta que a gestante precisa desenvolver mecanismos para lidar com a nova realidade que lhe foi imposta. A autora argumenta que se deve permitir à gestante a elaboração do luto pelo filho idealizado perdido, enquanto aprende a conhecer o filho real. A vinculação que se estabelece a partir de então será remodelada ou permanecerá a mesma, dependendo das condições emocionais da gestante frente a esta nova situação.

1.4. Apego Materno-Fetal

Ao se falar de apego ou vínculo afetivo é quase impossível não se pensar nos postulados e nas contribuições de Bowlby, uma vez que estes foram e ainda são muito usados para fundamentar trabalhos em diversas áreas, principalmente na Psicologia.

Os primeiros escritos de Bowlby datam da década de 1950, período pós-segunda guerra mundial, época em que, de acordo com Ferreira, Vargas e Rocha (1998), foram criadas creches para que as mulheres pudessem deixar seus filhos e ajudar na reconstrução das cidades devastadas pelo conflito. Naquela época, o momento histórico “reforçava essa tendência; entretanto, nos meios universitários pairava o receio aos efeitos prejudiciais que a separação materna poderia acarretar sobre o desenvolvimento da personalidade da criança, despertado por relatórios acadêmicos sobre o assunto” (FERREIRA; VARGAS; ROCHA, 1998, p. 112).

Um dos principais relatórios escritos na época foi o de Bowlby, em 1951, que teve profundo impacto nos meios científicos e culturais da época e enfatizava a importância dos cuidados e da presença materna na vida das crianças, principalmente no início dela.

A partir de então, John Bowlby popularizou o termo *Apego*, como o vínculo que se estabelece entre a criança e sua mãe, a partir do nascimento (TARELHO; PEROSA, 2001). O psicanalista inglês propõe que o apego “é um produto da atividade de um certo número de sistemas comportamentais” (sugar, sorrir, chorar, seguir com os olhos) “que têm a proximidade com a mãe como resultado previsível” (BOWLBY 1990, p.193).

O apego, segundo Bowlby (1990), seria inato à criança, no sentido de ser próprio da espécie, surgindo, não no momento do nascimento, mas sendo desencadeado posteriormente, em torno dos seis meses de idade.

Segundo esta concepção etológico-evolucionária da teoria do apego, “o neonato nasce com certas tendências instintivas (comportamentos de sugar, mamar, agarrar-se, seguir com os olhos e chorar), cuja função é chamar a atenção da mãe e estimular uma resposta materna” (PICCININI et al., 2001, p. 476).

Depois do surgimento da Teoria do Apego, vários autores desenvolveram suas pesquisas na tentativa de ampliar a teoria de Bowlby, ou até mesmo apresentar novas abordagens sobre o assunto.

Nos últimos anos, uma grande quantidade de pesquisas tem sido feita no sentido de avaliar os comportamentos que dizem respeito à vinculação afetiva chamada apego, em diversas populações, das mais variadas faixas etárias e com problemáticas bastante específicas: crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (HALASZ; VANCE, 2002); adolescentes dependentes de drogas (SCHINDLER et al., 2005); adultos (GOODWIN, 2003); adultos com doenças psiquiátricas (MEREDITH; STRONG; FEENEY, 2006); pessoas com câncer (TACON, 2002) e idosos (COOKMAN, 2005), por exemplo.

Todos estes estudiosos se baseiam na concepção de que o desenvolvimento do apego tem início no período pós-parto, ou seja, quando a criança é recém-nascida. Entretanto, de acordo com Di Pietro (2010), desde a década de 60 começa a surgir um interesse empírico pela orientação psicológica materna em direção à gestação e ao feto. Além deste interesse, a “ampliação dos serviços de pré-natal, aliada ao desenvolvimento das técnicas diagnósticas” promoveu “um aumento no interesse em pesquisar o apego durante o período fetal” (TARELHO; PEROSA, 2001).

Como Feijó (1999) enfatiza, “com o advento de novas pesquisas em Psicologia e Medicina Pré e Perinatal, evidências têm surgido de que o apego tem suas origens já na gravidez, quando se iniciam as relações mãe-bebê” (FEIJÓ, 1999, p. 53).

Nesta nova perspectiva, a “relação da mãe com seu filho já começa desde o período pré-natal e se dá basicamente através das expectativas que a mãe tem sobre o bebê e da

interação que estabelece com ele” (PICCININI et al., 2004, p. 223). De acordo com Cranley (1981), com o início desta relação entre mãe e filho, surge o apego materno-fetal que, de acordo com ela, pode ser definido como “a intensidade com que as mulheres se engajam em comportamentos que representam uma afiliação e uma interação com sua criança que vai nascer” (CRANLEY, 1981, p. 282).

Após a definição e a comprovação da existência do Apego Materno-Fetal, o tema vem sendo, nos últimos 30 anos, mais investigado, principalmente nas últimas décadas. (ALHUSEN, 2008; CANNELLA, 2005). As pesquisas realizadas têm demonstrado algumas tendências para o estabelecimento e desenvolvimento deste apego.

Um dos principais achados diz respeito ao aumento do apego materno-fetal no decorrer da idade gestacional, ou seja, à medida que a gestação avança, a relação entre mãe e filho se torna mais intensa (BRANDON et al., 2008; BUSSEL; SPITZ; DEMYTTENAERE, 2010; CANNELLA, 2005; Di PIETRO, 2010; LAXTON-KANE; SLADE, 2002; LINDGREN, 2001; SALISBURY et al., 2003; YARCHESKI et al., 2009). Alguns pesquisadores também apontam para a relação significativa entre o apego do período gestacional e a interação mãe-bebê no período pós-parto (CANNELLA, 2005; HART; McMAHON, 2006; USTUNSOZ et al., 2010). Neste sentido, Schmidt e Argimon (2009) afirmam que, durante a gravidez, começa a estruturar-se a relação de apego e este modelo interno de funcionamento da futura mãe está associado à intensidade de apego que ela estabelece com seu bebê no período fetal.

O estabelecimento desta relação de apego parece ficar mais evidente a partir do momento em que a mãe toma consciência de seu feto (CRANLEY, 1981). Isto acontece mais especificamente durante o segundo trimestre gestacional, momento em que, segundo Klaus e Kennell (1993), a mulher sente que está realmente grávida, considerando o feto como um ser independente. Então, mãe e filho começam a se “comunicar” através da interpretação dos movimentos fetais, possibilitando as fantasias sobre a criança que vai nascer. A partir de então, a sensibilidade materna e também suas expectativas referentes ao feto aumentam (PICCININI et al., 2004; SALISBURY et al., 2003).

Além disto, os exames realizados durante o acompanhamento pré-natal constituem um importante recurso de adaptação emocional da mulher à gestação (ROWE; FISHER; QUINLIVANT, 2009), principalmente no que diz respeito ao exame ultrassonográfico, aumentando, como consequência, o apego entre mãe e filho (BOUKYDIS, 2006; KLEINVELD et al., 2007; YARCHESKI et al., 2009).

O advento da ultrassonografia obstétrica possibilitou a visualização do feto e, com isto, trouxe para o período pré-natal informações que somente seriam fornecidas após o nascimento, entre elas, a de uma malformação fetal, influenciando, de alguma forma, a vinculação afetiva da mãe em relação ao bebê que está esperando (GOMES; PICCININI, 2005; PICCININI et al., 2004; TARELHO; PEROSA, 2001; VASCONCELOS; PETEAN, 2009).

Tarelho e Perosa (2001) entrevistaram 37 gestantes encaminhadas ao acompanhamento psicológico com suspeita ou constatação de alguma malformação fetal, de três a cinco dias após a notícia dada pelo obstetra. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada para investigação do comportamento de apego e depois houve acompanhamento esporádico até a primeira semana após o parto. Como resultado, as pesquisadoras obtiveram que aquelas mães, que receberam a notícia de uma malformação mais grave, foram as que apresentaram maior desligamento do feto e algumas só refizeram o vínculo após o nascimento do filho.

Assim como verificado por estas autoras, Klaus, Kennell e Klaus (2000) também concluíram que pais com mau prognóstico fetal parecem perder a autoconfiança em como cuidar do filho, apresentam sentimentos de desesperança, falta de controle e fantasias de morte e ressurreição. “Esses sentimentos podem levar a um desligamento do feto, a não pensar nele e, posteriormente, a uma esquiva do contato com o recém-nascido” (TARELHO; PEROSA, 2001, p. 83)

Já em estudo realizado por Vasconcelos e Petean (2009), 22 gestantes, que receberam a notícia de uma malformação fetal após realização de exame ultrassonográfico obstétrico, foram submetidas a instrumentos que avaliam apego materno-fetal, ansiedade, depressão e enfrentamento. As autoras concluem que, mesmo frente a este diagnóstico, as gestantes tendem a manter o apego materno-fetal utilizando diversas estratégias de enfrentamento, sendo a prática religiosa a principal delas.

Outros estudos confirmaram, em suas pesquisas, que não há diferença significativa entre o apego materno-fetal de gestantes normais e daquelas com gravidez de risco (ALHUSEN, 2008; CANNELLA, 2005; LAXTON-KANE; SLADE, 2002).

Assim, todas as pesquisas realizadas na área comprovam a existência e importância deste vínculo construído no período pré-natal, e ainda apontam que ele existe até nas situações mais adversas, como a de um feto malformado. No entanto, ainda são poucos os estudiosos que se dedicam a esta temática, mesmo sabendo-se que o apego é necessário para a qualidade de todos os laços futuros de qualquer indivíduo.

2. OBJETIVOS

Geral: Verificar as possíveis diferenças nos comportamentos de apego materno-fetal apresentados por gestantes normais e com gravidez de risco e a influência dos indicadores emocionais no estabelecimento do apego materno-fetal.

Específicos:

- Verificar a existência de comportamentos de apego materno-fetal antes do exame ultrassonográfico, realizado durante o segundo trimestre gestacional.
- Verificar, no terceiro trimestre gestacional, se houve ou não mudança nos comportamentos de apego materno-fetal após o resultado do exame.
- Verificar se houve ou não mudança nos comportamentos de apego do período pré-natal para o pós-natal, em decorrência do nascimento da criança.
- Verificar a possível influência de diferentes níveis de ansiedade e depressão na formação do apego pré e pós-natal.
- Analisar as peculiaridades apresentadas pelas gestantes com fetos malformados, em relação àquelas com gestação normal e de risco.

3. MÉTODO

3.1. Contexto da pesquisa

A coleta de dados para esta pesquisa foi realizada na Escola de Ultra-Sonografia e Reciclagem Médica de Ribeirão Preto (EURP). Fundada em 1989, a Escola é um centro de treinamento em ultrassonografia, que visa aprimorar e qualificar a assistência médica através de cursos e pesquisa.

Devido a seus objetivos, com finalidade de assistência à docência, a EURP atende pessoas encaminhadas pela Rede Pública, SUS (Sistema Único de Saúde) e de Associações de Excepcionais da cidade de Ribeirão Preto e região, sem ônus algum para os pacientes. A Escola atende, em média, 2500 pacientes por mês.

Os serviços oferecidos pela Escola são das mais variadas áreas médicas que necessitem de diagnósticos por imagem, inclusive a obstétrica. Em relação à ultrassonografia obstétrica, atende gestantes durante todo o período pré-natal, inclusive no segundo trimestre gestacional, que acontece entre a 14^a e a 29^a semana da gravidez e que constitui a fase de interesse neste estudo.

As gestantes são encaminhadas pelos Serviços de Saúde da cidade de Ribeirão Preto e da região, para diagnóstico do progresso gestacional e detecção de eventuais malformações fetais. No dia agendado, as gestantes comparecem ao Serviço, fazem o exame e, após a realização do mesmo, retornam, com o resultado, ao ginecologista responsável, para continuidade do acompanhamento pré-natal, ou são encaminhadas para o centro de referência mais próximo de sua cidade, caso haja necessidade.

3.2. Participantes

Inicialmente, este estudo estimava a participação de 30 gestantes com gravidez de alto risco (denominadas, nesta pesquisa, gestantes de risco ou com gravidez de risco), ou seja, gestantes que apresentavam, por exemplo, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, alcoolismo, idade acima de 35 anos e feto com malformação. Também previa 30 gestantes com gravidez de baixo risco, que, nesta pesquisa, são chamadas de gestantes normais ou com gravidez normal.

Todas as possíveis participantes foram contatadas através da Escola de Ultra-Sonografia, enquanto esperavam para a realização do exame ultrassonográfico.

Foram selecionadas gestantes que vivenciavam o segundo trimestre de gravidez (14^a a 29^a semanas pós-concepção), maiores de 18 anos e residentes na cidade de Ribeirão Preto.

A partir destes critérios de inclusão, 30 gestantes com gravidez de risco e 30 normais concordaram em participar do estudo. Porém, no decorrer da pesquisa, com quatro gestantes normais não foi possível manter o contato, por mudança de endereço e de telefone; duas tiveram nascimento prematuro dos filhos e uma recusou-se a prosseguir na pesquisa. Em relação às gestantes com gravidez de risco, dez não deram continuidade, sendo que com três perdeu-se o contato; três tiveram parto prematuro; duas se recusaram a continuar na pesquisa e outras duas passaram a fazer parte do grupo das gestantes normais, pois a evolução gestacional descaracterizou o risco sugerido no início da gravidez.

Na amostra inicial, seis gestantes com gravidez de risco apresentavam fetos malformados. No entanto, uma teve aborto espontâneo e uma outra mudou de cidade, dificultando o contato.

Devido a estes fatores, foram constituídos os dois grupos de participantes:

- *Grupo 1* – formado por 25 gestantes normais, ou seja, que apresentavam gravidez de baixo risco, chamadas, nesta pesquisa, de **Gn**, e
- *Grupo 2* – reunindo 23 gestantes com gravidez de risco, com ou sem o resultado de malformação no feto, denominadas **Gr**, sendo quatro com fetos malformados.

Todas estas participantes foram submetidas às entrevistas e aos instrumentos propostos para a coleta de dados, nas três etapas previstas para esta pesquisa, conforme detalhamento feito a seguir.

3.3. Instrumentos utilizados para coleta de dados

Segundo Schermann (2001), no estudo da interação mãe-bebê é possível utilizarem-se diferentes métodos, conforme o tipo de abordagem da pesquisa: indireta ou direta. Como foram utilizadas entrevistas, escala e inventários, a abordagem desta pesquisa foi indireta, fornecendo, assim, “informações não só sobre o comportamento em si, mas também sobre atitudes, intenções e sentimentos subjacentes a ele” (SCHERMANN, 2001, p. 473).

O apego materno-fetal ou pré-natal foi avaliado através da Escala de Apego Materno-Fetal e de três Roteiros de entrevista estruturada, elaborados para atender aos objetivos deste estudo e para complementar os dados obtidos pela Escala.

Para a obtenção dos níveis de depressão e de ansiedade das participantes, utilizaram-se os Inventários de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI), que fazem parte das Escalas Beck.

3.3.1. Escala de Apego Materno-Fetal

Nos últimos anos, as pesquisas que investigam o apego materno têm utilizado catálogos ou protocolos observacionais para avaliação da interação mãe-bebê/ mãe-criança (PEDERSON; MORAN, 1995; PICCININI et al., 2001; SCHERMANN et al., 1997; SIGOLO; BIASOLI-ALVES, 1998). Dentre os instrumentos utilizados, encontram-se o Maternal Behavior Q-sort (PEDERSON; MORAN, 1995), o Protocolo de observação da interação mãe-bebê (0 a 6 meses) (SCHERMANN et al., 1997), entre outros.

As pesquisas que utilizam estes protocolos observacionais, no entanto, investigam o apego materno através dos sinais que ocorrem no período de interação mãe-bebê/ mãe-criança pós-natal. Como faz parte dos objetivos desta pesquisa avaliar este comportamento de apego materno, ainda durante a gestação, houve a necessidade da escolha de um instrumento que investigasse o apego mãe-bebê no período pré-natal.

Em 1989, Muller criou o Inventário de Apego Pré-Natal (ALHUSEN, 2008; GAU; LEE, 2003) e Condon, em 1993, desenvolveu a Escala de Apego Materno Pré-Natal (ALHUSEN, 2008; BUSSEL, SPITZ e DEMYTTENAERE, 2010).

No entanto, somente a Escala de Apego Materno-Fetal (**anexo 1**), elaborada por Mecca S. Cranley (1981), aplicou-se satisfatoriamente ao presente estudo, uma vez que é o único instrumento traduzido e validado para a população brasileira (FEIJÓ, 1999) que aborda esta temática. Vale ressaltar que a metodologia que utiliza uma escala estruturada é a mais apropriada para avaliação do apego materno-fetal porque, de acordo com Tarelho e Perosa (2001), “indicadores observacionais como acariciar, beijar, trocar olhares são impossíveis de utilizar com a criança intra-útero” (p.80). E esta escala “avalia os comportamentos das mulheres grávidas que são representativos da ligação, afiliação e interação destas com o feto” (MENDES, 2002, p. 76).

De acordo com Mendes (2002), após a construção e validação da Escala de Apego Materno-Fetal feita por Cranley (1981), vários estudos desenvolvidos a respeito da ligação materno-fetal têm utilizado este instrumento para coleta de dados.

A Escala constitui-se um instrumento que obedece a uma pontuação do tipo Likert, contendo 24 itens, com cinco possibilidades de respostas: Quase sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca, cuja pontuação varia de 5 a 1, respectivamente. “O item 22 tem pontuação invertida” (FEIJÓ, 1999, p. 55).

Inicialmente, Cranley (1981) apresenta cinco subescalas como integrantes da escala total, a saber:

Subescala 1: Diferenciando-se do feto

Item 3 – Eu gosto de ver minha barriga se mexer quando o bebê chuta.

Item 5 – Eu realmente estou ansiosa para ver como vai ser o meu bebê.

Item 10 – Eu já decidi que nome eu vou dar, se for uma menina.

Item 13 – Eu já decidi que nome eu vou dar, se for um menino.

Subescala 2: Interação com o feto

Item 1 – Eu converso com o meu bebê na barriga.

Item 7 – Eu chamo o meu bebê por um apelido.

Item 17 – Eu cutuco o meu bebê para que ele me cutuque de volta.

Item 20 – Eu acaricio minha barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito.

Item 24 – Eu tento pegar o pé do meu bebê para brincar com ele.

Subescala 3: Atribuindo características ao feto

Item 6 – Eu me pergunto se o bebê se sente apertado lá dentro.

Item 9 – Eu quase posso adivinhar qual vai ser a personalidade do meu bebê pelo modo como ele se mexe.

Item 12 – Eu me pergunto se o bebê pode ouvir, dentro de mim.

Item 14 – Eu me pergunto se o bebê pensa e sente “coisas” dentro de mim.

Item 16 – Parece que meu bebê chuta e se mexe para me dizer que é hora de comer.

Item 21 – Eu posso dizer quando o bebê tem soluço.

Subescala 4: Entregando-se ao feto

Item 2 – Eu acho que, apesar de toda a dificuldade, a gravidez vale a pena.

Item 11 – Eu faço coisas, para manter a saúde, que eu não faria se não estivesse grávida.

Item 15 – Eu procuro comer o melhor que eu posso, para o meu bebê ter uma boa dieta.

Item 22 – Eu sinto que o meu corpo está feio.

Item 23 – Eu deixo de fazer certas coisas para o bem do meu bebê.

Subescala 5: Desempenhando um papel

Item 4 – Eu me imagino alimentando o bebê.

Item 8 – Eu me imagino cuidando do bebê.

Item 18 – Eu mal posso esperar para segurar o bebê.

Item 19 – Eu tento imaginar com quem o bebê vai se parecer.

Durante o processo de validação para versão brasileira, Feijó (1999), assim como outros autores (MENDES, 2002; MULLER; FERKETICH, 1993), que também realizaram estudos com a mesma escala, constataram que a correlação entre as subescalas e a escala total foi positiva e relativamente alta (0,61 a 0,83), porém, as correlações das subescalas entre si, apesar de positivas, foram baixas, sendo sugerido por Feijó (1999) o uso apenas da escala total, como medida geral de apego, e não o uso das subescalas separadamente. O coeficiente de fidedignidade para a escala total foi de 0,85 e, para as subescalas, variou entre 0,52 e 0,73, ao que a autora conclui que o constructo Apego Materno-fetal é unidimensional, não podendo ser dividido em subescalas (FEIJÓ, 1999).

3.3.2. Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck

Para avaliação dos níveis de depressão e de ansiedade durante a gravidez, antes e depois da realização da ultrassonografia, durante o segundo trimestre gestacional, e depois do nascimento do(a) filho(a), foram utilizados dois inventários que constituem as Escalas Beck: o Inventário de Depressão Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade Beck (BAI).

O BDI é uma medida de autoavaliação da depressão, desenvolvida por Beck et al.¹ (1961 *apud* CUNHA, 2001). Este instrumento não possui pretensão diagnóstica, sendo utilizado para avaliar intensidade de depressão como medida de complementação dada pela ótica do próprio paciente ou pesquisando (LEMOS, 2005).

A escala é um instrumento estruturado e composto por 21 itens, que constituem categorias de sintomas e atitudes referentes a manifestações de depressão que abordam tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, autoaversão, autoacusação, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na autoimagem,

¹ BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, v. 4, p. 53-63, 1961

dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda da libido (CUNHA, 2001; LEMOS, 2005; MALUF, 2002).

Cada um dos itens da escala possui quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de severidade da depressão, com escores que variam entre 0 e 3. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens e permite a classificação em níveis de intensidade de depressão, da seguinte forma: mínimo – para escores totais entre 0 e 11; leve – entre 12 e 19; moderado – entre 20 e 35; e grave – para escores entre 36 e 63.

O instrumento foi traduzido e validado, na versão em Português, por Cunha (2001) e, de acordo com a autora, o BDI revelou-se um instrumento com alta confiabilidade, uma vez que sua consistência interna é de 0,84 e a correlação entre teste e reteste, 0,86 ($p < 0,001$).

A escolha deste instrumento se deve ao fato de ser amplamente utilizado, tanto em pesquisa quanto em clínica, e também ser considerado referência padrão e uma das escalas autoaplicáveis mais comumente utilizadas para avaliação de depressão. Como exemplo, podem-se citar pesquisas com as mais variadas populações: portadores de doença pulmonar (GODOY; GODOY, 2002); mulheres obesas (FERREIRA, 2007); familiares de usuários de drogas (MALUF, 2002); pessoas que tiveram infarto no miocárdio (LEMOS, 2005).

No caso das pesquisas que investigam, nos últimos anos, a temática da maternidade, um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o nível de depressão materna, tanto em relação ao período pós-natal (GOMEZ; LEAL, 2007; PADOVANI et al., 2004; PEROSA et al., 2009; PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008; SCHWEMGBER; PICCININI, 2005), quanto durante o pré-natal (SCHMIDT; ARGIMON, 2009; VASCONCELOS; PETEAN, 2009), foi o BDI.

Publicado em 1988 por Beck e colaboradores, com versão em Português validada por Cunha (2001), o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foi construído com base em vários instrumentos de autorrelato, e mede a intensidade de sintomas de ansiedade (SCHMIDT; ARGIMON, 2009), constituindo uma boa medida para evitar confusão com os sintomas de depressão (MALUF, 2002).

É um instrumento autoaplicável, constituído por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, com base em uma escala Likert de quatro pontos, que reflete o nível crescente de cada sintoma, desde a não apresentação de sintomas até apresentação de sintomas graves, sendo: 0(absolutamente não), 1(levemente), 2 (moderadamente) e 3(gravemente).

Os itens da escala incluem: 1) dormência ou formigamento; 2) sensação de calor; 3) tremores nas pernas; 4) incapaz de relaxar; 5) medo de que aconteça o pior; 6) atordoado ou tonto; 7) palpitação ou aceleração do coração; 8) sem equilíbrio; 9) aterrorizado; 10) nervoso; 11) sensação de sufocação; 12) tremores nas mãos; 13) trêmulo; 14) medo de perder o controle; 15) dificuldade de respirar; 16) medo de morrer; 17) assustado; 18) indigestão ou desconforto no abdômen; 19) sensação de desmaio; 20) rosto afogueado; 21) suor (não devido ao calor) (CUNHA, 2001).

O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais e permite a classificação em níveis de intensidade da ansiedade, como segue: mínimo – escores entre 0 e 10; leve – entre 11 e 19; moderado – entre 20 e 30; e grave – quando os escores totalizam valores entre 31 e 63.

Na amostra brasileira, a consistência interna do instrumento apresentou propriedades adequadas (coeficiente de fidedignidade acima de 0,90). Na maioria dos itens, apresenta uma correlação com um nível de significância de $p < 0,001$. E ainda, na estimativa de correlação entre o teste e reteste, com o intervalo de uma semana, o resultado foi de 0,53 ($p < 0,001$) (CUNHA, 2001).

Assim como o Inventário BDI, o Inventário de Ansiedade de Beck é indicado não só para pacientes psiquiátricos, mas também para não psiquiátricos, podendo ser aplicado em pessoas a partir dos 17 anos, além de ser uma medida consideravelmente estável em relação ao tempo (CUNHA, 2001).

Nos últimos anos, o Inventário BAI tem sido utilizado em pesquisas com variadas populações (ALMEIDA; ARAÚJO, 2005; BUENO, 2009; FERREIRA, 2007; FISSMER et al., 2008; GODOY; GODOY, 2002; MALUF, 2002; PEREIRA et al., 2009; RODRIGUES; PELISOLI, 2008), pois, além de ser de autoaplicação, os sintomas por ele apresentados não se confundem com os de depressão, como acontece com a maioria dos instrumentos deste tipo (FISSMER et al., 2008). No caso de estudos com gestantes que avaliam a vinculação materna, o BAI também tem sido empregado como medida de intensidade de sintomas de ansiedade (SCHMIDT; ARGIMON, 2009; VASCONCELOS; PETEAN, 2009).

3.3.3. Roteiros de entrevista estruturada

O uso de entrevistas para acesso aos sentimentos, atitudes e pensamentos das mães, durante o período gestacional, tem ocorrido com frequência na literatura (LOPES et al., 2005; PICCININI et al., 2004; TARELHO; PEROSA, 2001).

Segundo Lüdke e André (1986), a grande vantagem da entrevista é permitir a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos.

Assim, as entrevistas utilizadas nesta pesquisa foram construídas visando reforçar e complementar os dados obtidos a partir da Escala de Apego Materno-Fetal. Isto porque este instrumento não aborda questões referentes às expectativas e resultados do exame ultrassonográfico, nem tampouco as referentes ao impacto da notícia e do nascimento de um bebê com malformação.

Além desta justificativa, o roteiro de entrevista se tornou imprescindível na terceira fase da pesquisa, pois a escala utilizada neste estudo se destina somente à avaliação do apego materno no período pré-natal e esta fase (a terceira da pesquisa) ocorreu após o nascimento dos bebês.

Optou-se por entrevistas estruturadas, visando a obtenção de resultados uniformes entre as entrevistadas, o que permite uma comparação imediata, porém, de uma maneira não rígida, possibilitando quaisquer adaptações que sejam necessárias (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Os dois roteiros de entrevista aplicados durante o período pré-natal foram construídos e fundamentados a partir dos resultados obtidos por Tarelho e Perosa (2001) em seu trabalho com gestantes cujos fetos apresentavam malformações. As autoras sugerem que sejam abordados os seguintes temas: 1. dados pessoais e seus históricos gestacionais; 2. impacto da notícia nas emoções e saúde da mãe, nas relações familiares, nos planos futuros e no vínculo mãe-feto; 3. ligação com a criança, seu início e sintomas exteriores de apego.

Desta forma, o roteiro A abordou os seguintes temas: *Dados pessoais, Gestação, Relação de Apego e Pré-Natal (anexo 2)*. E o roteiro B foi construído sobre as temáticas: *Ultrassonografia, Relação de Apego e Impacto do Resultado do Exame (anexo 3)*.

Após o nascimento dos bebês, realizou-se uma terceira entrevista utilizando-se o roteiro C e tendo por objetivo apreender possíveis modificações no comportamento de apego detectado na fase fetal, em decorrência do nascimento e consequente convívio com o bebê, a partir dos temas: *Relação de Apego e Impacto do Nascimento (anexo 4)*.

Todas as gestantes participantes foram entrevistadas utilizando-se os três roteiros descritos.

3.4. Pré-teste dos instrumentos

De acordo com a recomendação da literatura a respeito do uso de entrevistas (BOGDAN; BIKLEN, 1991; LÜDKE; ANDRÉ, 1986), os roteiros construídos para esta

pesquisa foram pré-testados. Da mesma forma, entendeu-se a necessidade da pré-testagem dos outros instrumentos utilizados neste estudo, com o intuito de avaliar sua viabilidade, compreensão e adequação.

Esta pré-testagem foi realizada com três gestantes: uma com gravidez normal e duas com gravidez de risco, sendo que uma delas gestava um feto malformado.. A partir deste pré-teste, constatou-se que os instrumentos eram viáveis aos objetivos da pesquisa, adequados e de fácil compreensão.

Em relação aos roteiros de entrevista, verificou-se que os mesmos eram adequados aos objetivos da pesquisa, porém, seria necessário o acréscimo da questão “*Como soube da gravidez?*” no item referente à *Gestação*, do roteiro A. Já no que diz respeito aos roteiros B e C, a questão “*Como a senhora tem-se sentido depois disso?*” dos itens *Impacto do resultado do exame* e *Impacto do nascimento*, respectivamente, foi suprimida, pois nenhuma das gestantes deu sentido para ela, uma vez que já respondiam o que estava sendo perguntado na questão anterior “*A senhora sentiu alguma mudança na ligação com seu bebê depois da ultrassonografia?*” (roteiro B) e “*A senhora sentiu alguma mudança na ligação com seu bebê depois do nascimento?*” (roteiro C).

Como não houve a necessidade de adaptação de nenhum dos instrumentos e as alterações feitas nos roteiros de entrevista não impediram a obtenção de todos os dados importantes para este estudo, as três gestantes submetidas à pré-testagem dos instrumentos foram integradas aos grupos de participantes da pesquisa.

3.5. Procedimento para coleta de dados

Para atender aos objetivos desta pesquisa, foi realizado um estudo longitudinal, que, de acordo com Silva (2008), neste tipo de estudo, o fenômeno é observado ao longo de um período de tempo, existindo um intervalo conhecido entre o primeiro contato com o sujeito e o desfecho esperado.

Assim sendo, nesta pesquisa, os dados foram coletados em três etapas compreendidas no prazo de um ano e sete meses, entre o mês de maio de 2008 e o mês de dezembro de 2009. A primeira etapa de coleta aconteceu no segundo trimestre gestacional, antes da realização da ultrassonografia. A segunda ocorreu até dois meses após a primeira e a terceira etapa realizou-se em até seis meses após o nascimento da criança.

Devido ao delineamento longitudinal do estudo, foi estabelecido previamente que o primeiro contato com as gestantes seria feito até maio de 2009.

Todas as gestantes pertencentes aos dois grupos de pesquisa (*Gn e Gr*) participaram das três etapas descritas anteriormente.

O segundo trimestre gestacional foi definido para o início da coleta de dados, porque é neste período que os movimentos fetais tornam-se mais evidentes. A percepção e interpretação destes movimentos, pelas gestantes, são importantes para a construção da relação mãe-bebê. Assim, o segundo trimestre de gestação tornou-se o período ideal para coleta das informações relacionadas ao apego pré-natal (ROEGIERS, 1996).

Normalmente, as gestantes que chegavam à Escola de Ultra-Sonografia para a realização do exame ultrassonográfico obstétrico eram chamadas para cadastramento ou confirmação de dados. Em seguida, aquelas que atendiam aos critérios de inclusão neste estudo eram abordadas pela pesquisadora, que lhes explicava os objetivos da pesquisa e lhes fazia o convite para participação da mesma.

Às gestantes que concordaram em participar, foi solicitada a disponibilização de um tempo para que a coleta de dados fosse feita, na própria Escola, enquanto aguardavam a realização do exame ultrassonográfico. Em uma sala reservada, somente na presença da pesquisadora, em atenção ao sigilo exigido pela pesquisa, foram informados novamente os objetivos do estudo, bem como suas etapas de realização. Após a compreensão do que foi explicado e aceitação por parte das gestantes, foi solicitada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**anexo 5**) para solução de possíveis dúvidas.

Após a assinatura deste Termo pelas gestantes, confirmando seu consentimento em participar da pesquisa, foram aplicados a Escala de Apego Materno-Fetal (**anexo 1**), os Inventários de Depressão e de Ansiedade de Beck e realizada a entrevista, com a utilização do Roteiro A (**anexo 2**).

Entre um e dois meses após a realização desta primeira etapa da pesquisa, fez-se contato com as participantes, através de telefonemas, para a realização da segunda etapa do estudo, que aconteceu na residência ou no local de trabalho das gestantes. Na data e horário marcados, reaplicaram-se a Escala de Apego Materno-Fetal e os Inventários Beck (BDI e BAI) e foi realizada nova entrevista, agora utilizando-se o Roteiro B (**anexo 3**).

A última etapa da pesquisa foi realizada até seis meses depois do nascimento do(a) filho(a), após contato telefônico com as participantes, para definição de data, horário e local para a coleta de dados. Nesta etapa aplicaram-se apenas os Inventários das Escalas Beck (BDI e BAI) e realizou-se a entrevista utilizando-se o Roteiro C (**anexo 4**).

Para que nenhuma informação se perdesse, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

3.6. Procedimento para análise dos dados

Tanto os dados obtidos através da Escala de Apego Materno-Fetal, quanto aqueles obtidos através dos Inventários Beck, foram analisados quantitativamente, de acordo com as normas dos instrumentos.

A Escala de Apego possui 24 itens, com pontuações que variam de 1 a 5. Desta forma, o menor índice de apego corresponde a 24 pontos e o maior, a 120 pontos. O escore total da escala é obtido com a soma da pontuação de cada item.

Recomendam-se três níveis de classificação para os resultados obtidos através desta Escala: apego mínimo, para escores entre 0 e 47; apego médio, para escores de 48 a 71 e máximo, para escores entre 72 e 120.

Os Inventários das Escalas Beck (BDI e BAI) apresentam itens que são pontuados a partir de uma escala de quatro pontos e os escores totais são a soma dos escores individuais, podendo variar entre 0 e 63 pontos. A classificação da intensidade de depressão (BDI) e ansiedade (BAI) se faz através de uma tabela com quatro níveis – mínimo, leve, moderado e grave – estabelecidos durante a validação para a versão brasileira dos instrumentos.

A interpretação destes dados foi feita de acordo com as indicações de cada uma das escalas utilizadas. Para os resultados do inventário de depressão (BDI) existem quatro níveis de intensidade distintos, a saber: mínimo (0 a 11 pontos); leve (12 a 19 pontos); moderado (20 a 35 pontos) e profundo (36 a 63 pontos). Em relação ao inventário que avalia a ansiedade (BAI), também existem as quatro intensidades, distribuídas da seguinte forma: mínimo (0 a 10 pontos); leve (11 a 19 pontos); moderado (20 a 30 pontos) e grave (31 a 63 pontos).

De acordo com os autores dos inventários, a escolha do ponto de corte adequado para definir a presença ou não de depressão e ansiedade depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. No entanto, de acordo com Maluf (2002), diversas pesquisas demonstram que, para serem considerados clinicamente casos de depressão e ansiedade, um ponto adequado de corte seria somente a partir da intensidade moderada.

Os dados coletados através das entrevistas foram transcritos na íntegra e analisados quantitativamente, sendo ainda explorados a partir do sistema quantitativo-interpretativo.

Ao utilizar a análise quantitativa como uma forma de interpretação dos dados, lança-se mão da oportunidade de se usar a linguagem matemática para descrever, representar ou interpretar a multidiversidade de formas vivas e suas possíveis inter-relações (MINAYO; SANCHES, 1993).

O Sistema Quantitativo-Interpretativo descrito por Sigolo e Biasoli-Alves (1998), que “visa apreender o significado que a fala dos informantes ou o comportamento dos sujeitos

pode assumir, dentro do contexto do projeto e da abordagem conceitual dele” (BIASOLI-ALVES, 1998, p. 147), prevê dois momentos de agrupamento: o primeiro refere-se a cada pergunta do Roteiro e o segundo compreende a tarefa de categorização das respostas suscitadas pelas questões das entrevistas, de acordo com seus conteúdos e conforme os temas centrais das mesmas.

O valor deste tipo de análise, segundo Biasoli-Alves (1998), deve-se à possibilidade de operacionalização e quantificação dos dados, bem como da interação dos mesmos com a abordagem teórica e a contribuição pessoal do pesquisador.

Nesta pesquisa, foram estabelecidas categorias de respostas para oito questões do roteiro de entrevista A (questões: 10, 11, 12, 13, 15, 17, 21 e 25), cinco questões do roteiro B (questões: 1, 3, 5, 8 e 12) e três do roteiro C (questões: 1, 5 e 12) (**anexo 6**). Os três roteiros de entrevista foram utilizados, respectivamente, com todas as participantes, na primeira, segunda e terceira fases da pesquisa.

Após a quantificação, todos os dados coletados foram relacionados entre si e também com os seguintes fatores constituintes da amostra estudada: idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, número de gestações, número de filhos e risco gestacional.

Inicialmente, realizou-se uma análise intergrupo, onde os dois grupos foram comparados no que diz respeito a cada um dos instrumentos utilizados. Para tanto, foram verificadas possíveis correlações entre o grau de apego materno-fetal e os níveis de ansiedade e de depressão existentes nos dois grupos estudados. Também foram analisadas as possíveis correlações entre os fatores que caracterizam cada um dos grupos.

Sequencialmente, os resultados de cada um dos grupos foram analisados entre si, caracterizando uma análise intragrupos. Além destas comparações, também foram verificadas as relações dos dados obtidos na análise intragrupos com os de cada uma das entrevistas realizadas com todas as gestantes dos dois grupos.

Para que a análise intergrupo fosse possível, foram feitos testes estatísticos não paramétricos, utilizados quando o grupo amostral é considerado pequeno, como é o caso desta pesquisa. As provas estatísticas utilizadas foram selecionadas de acordo com as características das variáveis relacionadas. O teste de Wilcoxon verificou a magnitude da diferença entre os valores dos níveis de apego materno-fetal. Os níveis de depressão e ansiedade foram correlacionados, utilizando-se o teste de Friedman. Para relacionar os dados das entrevistas com os índices de apego, depressão e ansiedade e também os fatores idade, estado civil,

escolaridade, número de gestações, número de filhos nascidos e risco gestacional, utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

Em relação às análises intragrupos, para todas foi aplicado o teste de Mann-Whitney.

Visando ainda destacar as peculiaridades encontradas entre as gestantes com fêtos malformados, que integravam o grupo de gestantes de risco, realizou-se uma análise dos dados apresentados por estas participantes, seguida de uma síntese comparativa com os resultados apresentados pelas demais participantes dos dois grupos que constituíram esta pesquisa: gestantes normais e gestantes de risco.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa segue as normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. (**Anexo 7**)

Entende-se por ética toda conduta que respeita o participante da pesquisa, garantindo-lhe o sigilo e a atenção necessários, bem como a devolutiva dos dados obtidos.

Em função disto, foi formulado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as gestantes participantes, contendo informações a respeito da pesquisa, as condições de participação e as obrigações da pesquisadora frente às participantes. (**Anexo 5**)

As gestantes participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atestando conhecimento de todas as informações.

Durante a pesquisa, houve a necessidade de uma atenção maior a algumas gestantes que solicitaram ajuda ou que apresentaram níveis clínicos de ansiedade e/ou depressão. Nestes casos, a própria pesquisadora colocou-se em posição de escuta e aconselhamento e encaminhou, quando necessário, para atendimento psicológico.

5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Quadro 1. Caracterização das participantes da pesquisa, que apresentaram gravidez normal

Participantes Normais	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Renda Familiar (sal. mín.)	Número de gestações	Número de filhos nascidos
Gn1	31	Casada	Fundamental Incompleto	2	3 ^a	2
Gn2	33	Casada	Superior Incompleto	4	2 ^a	2 (gêmeos)
Gn3	31	Casada	Médio Completo	2	1 ^a	0
Gn4	25	Casada	Médio Completo	2	1 ^a	0
Gn5	19	União estável	Fundamental Incompleto	1,5	2 ^a	1
Gn6	32	Casada	Superior Completo	4	1 ^a	0
Gn7	32	Casada	Médio Completo	4	3 ^a	2
Gn8	31	Casada	Médio Completo	2	2 ^a	1
Gn9	24	Casada	Superior Completo	5	1 ^a	0
Gn10	20	Casada	Médio Completo	2	2 ^a	1
Gn11	20	Casada	Fundamental Completo	1,5	1 ^a	0
Gn12	19	Casada	Médio Completo	1,5	1 ^a	0
Gn13	20	União estável	Médio Completo	1,5	2 ^a	1
Gn14	26	Casada	Médio Completo	2	2 ^a	1
Gn15	18	Casada	Fundamental Incompleto	1	2 ^a	1
Gn16	25	Casada	Médio Completo	7	1 ^a	0
Gn17	31	Casada	Médio Completo	6	2 ^a	1
Gn18	32	Casada	Médio Completo	1,5	1 ^a	0
Gn19	26	Casada	Médio Completo	4	1 ^a	0
Gn20	26	Casada	Médio Completo	4,5	1 ^a	0
Gn21	18	Solteira	Médio Incompleto	1	1 ^a	0
Gn22	20	União estável	Fundamental Completo	2	1 ^a	0
Gn23	18	União estável	Médio Incompleto	1	1 ^a	0
Gn24	18	Solteira	Médio Completo	2	1 ^a	0
Gn25	28	Solteira	Médio Completo	2	1 ^a	0

De acordo com o **quadro 1**, das participantes desta pesquisa que tiveram uma gravidez normal, a maioria (44%) tem entre 20 e 30 anos, 32% possuem mais de 30 anos e 24% têm idade inferior a 20 anos. Dentre estas gestantes estudadas, 72% são casadas, 16% têm união estável e 12% são solteiras. Quanto à escolaridade, somente duas (8%) possuem o 3º grau completo e uma (4%), incompleto; entre as outras participantes, 68% estudaram até o 2º grau, sendo que duas delas não terminaram os estudos secundários; 8% têm o 1º grau completo e 12% das gestantes não concluíram o 1º grau. A renda familiar da grande maioria (68%) estava entre um e dois salários mínimos. Entre as demais, quatro (16%) têm renda entre quatro e quatro salários mínimos e meio e para apenas duas (8%), a renda é superior a seis salários mínimos. No que se refere ao número de gestações, a maioria (60%) está vivenciando sua

primeira gravidez, oito (32%) estão grávidas pela segunda vez e duas delas (8%) estão na 3ª gestação. Quanto ao número de filhos, três participantes têm dois e seis outras já têm somente um filho.

Quadro 2. Caracterização das participantes da pesquisa, que apresentaram gravidez de risco

Participantes Risco	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Renda Familiar (sal. mín.)	Número de gestações	Número de filhos	Fator de risco gestacional ²
Gr1	33	União estável	Fundamental Incompleto	2	3ª	1	Hipertensão arterial
Gr2	40	Solteira	Superior Completo	2	1ª	0	Idade avançada
Gr3	25	Solteira	Superior Completo	4	1ª	0	Hemorragia
Gr4	30	Casada	Med. Compl.	4,5	4ª	3	Golf Ball
Gr5	37	Casada	Fundamental Compl.	1,5	4ª	3	Idade avançada
Gr6	21	Solteira	Médio Incompleto	1,5	1ª	0	Vacina contra rubéola no 2º mês gestacional
Gr7	28	Casada	Superior Completo	12	1ª	0	Hipertensão gestacional
Gr8	38	Casada	Superior Completo	7	2ª	0	Idade avançada e aborto espontâneo anterior
Gr9	22	Casada	Médio Completo	2	1ª	0 (1 filha adotada)	Descolamento de placenta
Gr10	20	União estável	Fundamental Completo	1	1ª	0	Tabagismo
Gr11	19	Solteira	Médio Completo	4	1ª	0	Hipertensão arterial Hemorragia no início da gestação
Gr12	31	Casada	Superior Incomp.	2	2ª	1	Gemelaridade
Gr13	33	Casada	Méd. Compl.	1,6	3ª	2	Hidrocefalia
Gr14	37	Casada	Médio Completo	6	2ª	1	Idade avançada
Gr15	40	Casada	Médio Completo	4	2ª	1	Idade avançada
Gr16	18	União estável	Fund. Compl.	2	2ª	0	Gastrosquize e aborto espontâneo anterior
Gr17	44	Casada	Fundamental Completo	3	4ª	3	Idade avançada e Tabagismo
Gr18	23	Solteira	Fund. Compl.	2	1ª	0	Malformação óssea
Gr19	33	Casada	Fundamental Incompleto	1,5	3ª	2	Rubéola
Gr20	23	União estável	Médio Completo	2	3ª	1	Diabete
Gr21	35	Casada	Fundamental Incompleto	2	3ª	1	Idade avançada e histórico de aborto espontâneo

²As definições de cada um dos riscos e malformações citadas encontram-se em anexo (**anexo 8**).

Participantes Risco	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Renda Familiar (sal. mín.)	Número de gestações	Número de filhos	Fator de risco gestacional ³
Gr22	37	Casada	Fundamental Completo	2	2 ^a	1	Idade avançada
Gr23	18	Solteira	Médio Incompleto	2	1 ^a	0	Hipertensão arterial Tabagismo

O **quadro 2** mostra que 39,1% das participantes desta pesquisa que apresentaram gravidez de risco tinham idades inferiores ou iguais a 25 anos, 34,8% tinham entre 35 e 44 anos e 26,1% das gestantes tinham idade inferior a 35 anos e superior a 25. As gestantes deste grupo, que são casadas, estão em maior número (56,5%), seguidas pelas que são solteiras (26,1%) e, por fim, pelas que têm união estável (17,4 %). No que diz respeito à escolaridade, 17,4% delas possuem o 3º grau completo e uma (4,3%), incompleto; entre as outras participantes, 30,4% terminaram o 2º grau e duas (8,7%) não terminaram os estudos secundários; ainda 26,1% têm o 1º grau completo e apenas 13% não concluíram o 1º grau. A maioria das participantes de risco (70%) têm renda familiar entre um e dois salários mínimos, cinco (21,7%) delas tem renda entre três e cinco salários e somente duas (9%) apresentam renda superior a seis salários mínimos. A maior parte das gestantes deste grupo (39,1%) é primigesta, seis dentre elas (26,1%) estão grávidas pela segunda vez; em menor número, cinco (21,7%) já tiveram duas gestações anteriores e apenas três (13%) estão vivenciando a quarta gravidez. Vale lembrar que três gestantes da amostra apresentaram um aborto espontâneo anterior à gravidez atual. No que se refere ao fator de risco gestacional, a maioria das gestantes (34,8%) tinha idade acima de 35 anos. Quatro gestantes apresentavam fetos malformados, e, dentre as malformações encontram-se: Golf Boll, Hidrocefalia, Gastroesquize e Malformação Óssea.

³As definições de cada um dos riscos e malformações citadas encontram-se em anexo (**anexo 8**).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Análise dos índices de apego, depressão e ansiedade

Os resultados referentes à avaliação de apego, depressão e ansiedade dos dois grupos de gestantes, nas três etapas da pesquisa, encontram-se nas **tabelas 1, 2 e 3**.

Tabela 1. Correlações das médias de depressão, ansiedade e apego dos dois grupos de participantes, nas três etapas do estudo

Etapas do estudo						
Etapas	Primeira		Segunda		Terceira	
<div>Gestantes</div>	Normais	Risco	Normais	Risco	Normais	Risco
Médias						
Depressão	9,2 (<i>mín.</i>)	13,1 (<i>leve</i>)	7,3 (<i>mín.</i>)	11,8* (<i>leve</i>)	9,4 (<i>mín.</i>)	10,6 (<i>leve</i>)
	$\rho = 0,1$		$\rho = 0,02^*$		$\rho = 0,4$	
Ansiedade	10,8 (<i>leve</i>)	14 (<i>leve</i>)	12,4 (<i>leve</i>)	15,2 (<i>leve</i>)	7,8 (<i>mín.</i>)	9,3 (<i>mín.</i>)
	$\rho = 0,3$		$\rho = 0,4$		$\rho = 0,9$	
Apego	87,6 (<i>máx.</i>)	90,9 (<i>máx.</i>)	89,4 (<i>máx.</i>)	97,6 (<i>máx.</i>)		
	$\rho = 0,5$		$\rho = 0,2$			
* $\rho \leq 0.05$						

Os resultados apresentados na **tabela 1** mostram que as gestantes que vivenciaram gravidez de risco foram as que apresentaram os maiores níveis de ansiedade, tanto antes quanto após o nascimento de seus filhos.

O nível de ansiedade na mulher grávida pode aumentar quando existe o diagnóstico de uma malformação fetal ou mesmo quando se apresenta o risco para uma anomalia, podendo a ansiogênese prolongar-se até o período pós-natal (HERTLING-SCHAAL et al., 2001).

Além da ansiedade, os níveis de depressão apresentados por estas gestantes de risco, também mostraram-se superiores àqueles apresentados pelas gestantes normais, sendo significativamente superiores durante a segunda etapa da pesquisa (terceiro trimestre gestacional), e corroborando dados da literatura.

Brandon et al. (2008) avaliaram os sintomas depressivos e os fatores de risco para depressão em 129 gestantes de risco entre a 7^a e a 38^a semana gestacional e concluíram que, quanto maior o risco obstétrico, mais vulneráveis à depressão estão as gestantes.

Na mesma perspectiva, Alami, Kadri e Berradas (2006) entrevistaram mães com complicações durante a gestação que reportaram níveis mais elevados de depressão. Em adição a este dado, Lindgren (2001) afirma que mulheres com menos risco têm menores índices de depressão.

O índice mais elevado de depressão entre as gestantes de risco deste estudo, no entanto, não ultrapassou o nível leve. Porém, apesar de não constituir quadro considerado passível de acompanhamento clínico, um nível leve de depressão influencia de forma negativa a mulher grávida que, de acordo com Furber et al. (2009), pode apresentar menos práticas saudáveis, como boa alimentação e exercícios apropriados, e também pode desenvolver mais desesperança durante a gestação (LINDGREN, 2001).

Em relação ao apego materno-fetal avaliado nas duas primeiras etapas da pesquisa, vale destacar que o mesmo apresentou-se elevado nos dois grupos, durante os dois momentos em que foi coletado, sem diferenças estatisticamente significativas, apesar de ser numericamente mais alto entre as gestantes de risco.

Em levantamento de pesquisas que abordavam o tema apego materno-fetal, realizado por Laxton-Kane e Slade (2002), verificou-se que não havia diferença no apego das gestantes com ou sem risco. Da mesma forma, em revisão da literatura realizada três anos mais tarde, por Cannella (2005), e outra publicada em 2008, por Alhusen, também concluiu-se que não há diferença.

Na mesma perspectiva, Hedrick (2005), em pesquisa com 50 gestantes cujos fetos apresentavam anomalia congênita não-letal, demonstrou que nem mesmo o conhecimento de uma anomalia fetal comprometeu o desenvolvimento do apego materno-fetal, afirmando que o importante para as mães era saber que, apesar de malformado, aquele feto era seu filho.

Tabela 2. Gestantes normais e gestantes de risco: Correlações das médias de apego materno-fetal, depressão e ansiedade, nas três etapas da pesquisa

Gestantes normais								
Índices	Apego		Depressão			Ansiedade		
Etapas	Primeira	Segunda	Primeira	Segunda	Terceira	Primeira	Segunda	Terceira
Médias								
X	87,6	89,4	9,2 *	7,3	9,4	10,8	12,4	7,8
	$\rho = 0,30$		$\rho = 0,05^*$			$\rho = 0,16$		
Gestantes de risco								
Índices	Apego		Depressão			Ansiedade		
Etapas	Primeira	Segunda	Primeira	Segunda	Terceira	Primeira	Segunda	Terceira
Médias								
X	90,9	97,6*	13,1	11,8	10,6	14	15,2	9,3*
	$\rho = 0,01^*$		$\rho = 0,32$			$\rho < 0,001^*$		

* $\rho \leq 0,05$

Os resultados presentes na **tabela 2** demonstram uma diferença significativa no estado emocional das gestantes dos dois grupos estudados no decorrer das etapas da pesquisa. Para as gestantes normais, os níveis de depressão apresentados no segundo trimestre gestacional (primeira etapa da pesquisa) são estatisticamente mais elevados do que aqueles do final da gestação, isto é, terceiro trimestre (segunda etapa da pesquisa).

No período entre o 3º e o 5º mês de gestação, Pirim (2005) sugere que as gestantes em geral podem apresentar sintomas psicossomáticos, tais como náuseas, dores e câibras, em resposta à presença inegável do feto, através, principalmente, dos movimentos fetais. Isto pode aumentar o estado de ansiedade e gerar fobias agudas, hipocondria e depressão. Posteriormente, ao superar esta angústia, a grávida aceita os movimentos fetais e se torna mais ativa e eufórica, deixando o estado depressivo, fato que deve ter ocorrido com as gestantes deste estudo.

Em relação aos níveis de ansiedade, estes diminuem depois do parto para todas as participantes e significativamente para as gestantes de risco, que sentem menos ansiedade depois do nascimento de seus filhos. Isto reafirma o que vários autores já comprovaram e afirmaram: a gestação mobiliza emocionalmente a mulher, sendo que comportamentos mais ansiosos e quadros depressivos são esperados durante a gravidez (ALHUSEN, 2008), e, depois do nascimento do bebê, as mulheres são menos ansiosas (BREITKOPF et al., 2006).

Quanto ao apego materno-fetal, este se mostrou mais elevado na segunda etapa da pesquisa que na primeira, nos dois grupos estudados. Quando se trata das gestantes com gravidez de risco, esta diferença é estatisticamente significativa, ou seja, durante o terceiro trimestre gestacional, o apego é significativamente mais elevado.

Este dado corrobora várias pesquisas que avaliaram o apego materno-fetal durante vários períodos gestacionais e concluíram que, à medida que avança o período gestacional, o apego materno-fetal aumenta (BUSSEL; SPITZ; DEMYTTENAERE, 2010; DI PIETRO, 2010; LAXTON-KANE; SLADE, 2002), sendo o apego, no segundo e terceiro trimestres, superior ao do primeiro (CANNELLA, 2005). Cranley, em 1981, já afirmava que o apego materno-fetal cresce, à medida que a mãe se torna mais consciente de seu feto.

Tabela 3. Correlações entre as variáveis constituintes da amostra (gestantes normais e de risco)

Entre as variáveis constituintes da amostra (gestantes)		
<div><div></div><div><div>Gestantes</div><div>Normais</div><div>Risco</div></div></div>		
Variáveis		
Idade	24,9	29,8
	$\rho = 0,03^*$	
Nº de filhos	0,52	0,9
	$\rho = 0,2$	
Nº de gestações	1,5	2,1
	$\rho = 0,05^*$	
$* \rho \leq 0,05$		

A **tabela 3** mostra que a diferença entre a idade materna dos dois grupos de gestantes é estatisticamente significativa, onde as gestantes de risco possuem, em média, idade mais avançada do que as gestantes normais. Este dado pode ser justificado pela inclusão, no grupo de risco, de todas as participantes com idade acima de 35 anos, pois esta idade materna é considerada um fator de risco obstétrico (MAUAD FILHO et al., 2006).

Em relação ao número de filhos, em média, as gestantes normais têm 0,52 filhos, porque várias são primigestas. O mesmo acontece com as de risco, que, em sua maioria são primigestas e, em média, possuem 0,9 filhos.

O número de gestações é diferente, estatisticamente, nos dois grupos estudados. Este número é maior do que o número de filhos, no caso das gestantes normais, porque o dado inclui a gestação atual. No caso das gestantes de risco, além da gestação atual, também existem algumas participantes que tiveram abortos anteriores, aumentando o número de gestações.

6.2. Análise dos dados obtidos nas entrevistas

Neste estudo foram realizadas três entrevistas, em três momentos distintos, com cada uma das gestantes participantes, com o objetivo de complementar os dados obtidos nas avaliações.

A primeira entrevista foi realizada antes do exame ultrassonográfico, durante o segundo trimestre gestacional. A segunda, até dois meses após a realização deste exame. E a terceira entrevista, até seis meses após o nascimento do bebê esperado.

A apresentação dos resultados obtidos nas entrevistas será feita na ordem de realização das mesmas, sendo que, para análise dos dados, foram elaboradas categorias de resposta. (Anexo 6).

Serão apresentadas as frequências das respostas e as correlações dos dados das entrevistas com os índices de apego materno-fetal, depressão e ansiedade, bem como, as correlações com os fatores que caracterizam a amostra (idade, escolaridade, renda familiar, número de gestações, número de filhos e fatores de risco), quando encontradas diferenças estatisticamente significativas. As correlações foram obtidas através do teste não paramétrico de Mann-Whitney, tendo por significância $p \leq 0,05$.

6.2.1. Primeira etapa

Nesta etapa da pesquisa, as participantes estavam no segundo trimestre gestacional e aguardavam para realizarem a ultrassonografia obstétrica. No caso das gestantes de risco, realizariam a ultrassonografia morfológica fetal.

Gestação

Neste tópico buscou-se conhecer como as gestantes souberam que estavam grávidas e se haviam desejado e planejado a gestação. Os dados estão apresentados nas **tabelas 4, 5, 6, 7 e 8**.

Tabela 4. Como as gestantes normais e de risco souberam que estavam grávidas: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Como souberam*			
Sinais físicos de gravidez		11	13
Atraso menstrual		12	10
Teste anterior à menstruação		1	0
Exames de rotina		1	0

* As respostas foram categorizadas

Tabela 5. Correlações entre a forma como as gestantes souberam da gravidez e os índices de apego, depressão e ansiedade, na primeira etapa da pesquisa

	Gestantes	Normais			Risco		
	Índices	Apego	Depressão	Ansiedade	Apego	Depressão	Ansiedade
Como souberam							
Sinais físicos	- 0,014*	0,62	0,83	1	0,8	0,5	0,5
Atraso menstrual	0,27	0,6	0,8	0,8	0,3	0,2	0,2

* $p \leq 0,05$

Tabela 6. Correlações entre a forma como as gestantes souberam da gravidez e as variáveis idade, escolaridade e número de filhos, na primeira etapa da pesquisa

Número de filhos, na primeira etapa da pesquisa							
Gestantes		Normais			Risco		
Respostas	Fatores	Idade	Escolaridade	Nº de filhos	Idade	Escolaridade	Nº de filhos
	Sinais físicos	0,2	- 0,04*	0,8	0,8	0,9	0,2
	Atraso menstrual	0,3	1,0	1,0	0,5	0,8	0,8

* $\rho \leq 0,05$

Na **tabela 4** constata-se que houve uma semelhança entre o número de gestantes que souberam da gravidez por causa de sinais físicos, tais como, náuseas, distúrbios urinários, fadiga e sonolência, e por atraso no ciclo menstrual, em ambos os grupos, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre estes dados.

Em alguns casos, mesmo antes de saber de sua gravidez, a mulher pode apresentar hipersonia, náuseas e vômitos, “que às vezes desaparecem logo que é feito o diagnóstico da gravidez. Outras vezes permanecem, suaves, até a percepção dos movimentos fetais. Possível, ainda, sua intensificação, em dependência do estado de ambivalência da grávida.” (PIRIM, 2005, p. 129)

Ao correlacionar os dados referentes à forma como souberam da gravidez com os índices de apego materno-fetal, depressão e ansiedade (**tabela 5**), constatou-se que, quanto maior a intensidade dos sinais físicos como sinalizadores da gestação, menores os índices de apego. Estes resultados são semelhantes aos de Nichols, Roux e Harris (2007), que constataram que mulheres que apresentam desconfortos físicos durante a gravidez não vivenciam uma experiência pré-natal positiva, sugerindo ainda que não desenvolvam tão bem o apego materno-fetal.

Em relação à escolaridade (**tabela 6**), neste mesmo grupo, os índices foram significativamente menores nas gestantes que souberam da gravidez através de sinais físicos, tais como enjoo, inchaço nos seios e pés, desconfortos abdominais e tonturas, sendo o enjoo o mais relatado.

“Ah, eu comecei a sentir mais enjoô que eu não sentia, meu peito eu comecei a sentir mais inchado. Ai depois eu fui fazer o teste. Comprei o de farmácia primeiro aí deu positivo, aí já fui no posto e confirmou. Só pra saber mesmo porque eu já sabia que estava. Eu estava quase pra 1 mês, já.”(Gn14)

Na literatura, um dos sintomas mais relatados também são as náuseas que, segundo Maldonado (1997), podem ter etiologia variada, havendo um certo grau de concordância

acerca da influência de fatores bioquímicos, quando estes sintomas são moderados e da importância etiológica de fatores psicológicos, quando ocorrem em intensidade elevada.

Para algumas mulheres, a intensidade destes sintomas pode aumentar pelo fato de ser a gravidez encarada como limitadora existencial, impedindo em definitivo a realização de uma formação profissional ou de uma viagem muito desejada ou de ascensão na carreira (RIECHELMANN, 1997).

Este quadro não parece ser o mostrado nesta pesquisa, uma vez que as mulheres com níveis mais elevados de escolaridade apresentaram menos sintomas de gravidez ou em menor intensidade. Isto se verifica, talvez, pelo fato de as participantes com esta característica já terem, quase em sua totalidade, estabilidade profissional suficiente, para, inclusive, estarem entre aquelas que planejaram a gestação, dado que será apresentado a seguir.

Estes achados reforçam a ideia de que “o conhecimento antecipado e a reforçada confiança no reconhecimento dos sutis sinais corporais podem aumentar a confiança da mulher na capacidade de seu corpo em criar o bebê e de saber como dar a luz” (RAPHAELLEFF, 1997, p.17), diminuindo a necessidade de apresentar mecanismos ansiosos ou de rejeição ao feto.

Tabela 7. Desejo e planejamento da gestação pelas gestantes: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Planejamento			
Desejada e planejada		6	6
Desejada e não planejada		19	17

Tabela 8. Correlações entre o desejo e planejamento da gestação e as variáveis idade, escolaridade e número de filhos, na primeira etapa da pesquisa

	Gestantes			Normais			Risco		
Variáveis	Apego	Depressão	Ansiedade	Apego	Depressão	Ansiedade	Apego	Depressão	Ansiedade
Planejamento									
Desejada e planejada	0,5	0,3	0,2	0,6	0,8	0,6			
Desejada e não planejada	1	- 0,03*	- 0,03*	0,5	0,7	0,4			

* $\rho \leq 0,05$

A **tabela 7** mostra as gestantes participantes, na maioria (36), relatando que desejaram mas não planejaram esta gestação, porém, sem significância estatística entre as variáveis. Entretanto, quando se correlacionam o desejo e o planejamento da gravidez com os índices de apego, depressão e ansiedade (**tabela 8**), constata-se que estes dois últimos índices são significativamente mais baixos entre as gestantes normais que desejaram mas não planejaram a gravidez.

“..Assim, a gente queria, né, mas assim, a gente tinha acabado de comprar a nossa casa... compramos a casa num mês, no outro eu tava grávida..” Gn16

O não planejamento da gravidez é dado semelhante aos encontrados nos estudos de Vasconcelos (2009), Petean (2004) e Okino (2002). No entanto, em concordância com Dourado e Pelloso (2007), este dado deve ser analisado com cuidado pois, de acordo com elas, “o acontecimento da gestação não-planejada é freqüente entre mulheres de diferentes faixas etárias e escolaridade, todavia o fato de a gravidez não ter sido programada não significa que o filho não seja desejado” (p. 73). Afirmam também que “na gravidez desejada e planejada, o sentimento predominante é de felicidade, sentimento considerado como aquele que representa o que é ser mãe.” (p. 73)

Feijó (1999) explica que “... no Brasil, especialmente entre a classe baixa, a maternidade é algo que acontece frequentemente sem planejamento e que, no entanto, é encarada como uma contingência da vida.” (p. 60) Muito provavelmente isso acontece com as participantes desta pesquisa que, em sua maioria, apresentaram nível socioeconômico baixo.

Além disto, sugere-se também que tais afirmações expliquem o fato de não haver altos índices de ansiedade e depressão entre as participantes desta pesquisa, quando relacionados com o desejo e planejamento da gestação, pois não relataram rejeição ao bebê esperado. É fato que somente algumas programaram sua gravidez, porém, outras gestantes engravidaram antes do tempo esperado e outras, ainda, pelo menos aceitaram a gravidez, mesmo não planejada, desejando o filho que iria nascer.

Apesar de alguns estudos afirmarem a presença de apego materno-fetal elevado entre mulheres com gravidez desejada e planejada (USTUNSOZ et al., 2010), outros não encontraram associações significativas entre o planejamento da gestação e o apego materno-fetal (SCHMIDT; ARGIMON, 2009; YARCHESKI et al., 2009). No caso desta pesquisa, os dados corroboram estes últimos, não havendo correlação estatisticamente significativa entre o planejamento da gravidez e o apego materno-fetal.

Relação de Apego

Neste tópico buscou-se identificar quais os comportamentos de apego das gestantes participantes. Para tanto, foram investigados os sentimentos das gestantes em relação ao bebê, as condutas das mesmas para com ele, a escolha do nome e a preferência pelo sexo do bebê (tabelas de 9 a 21).

Tabela 9. Sentimento das gestantes em relação ao bebê que esperavam: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Sentimento*			
Sentimentos positivos		19	18
Outros sentimentos		6	5

* As respostas foram categorizadas

Tabela 10. Correlações entre o sentimento das gestantes em relação ao bebê e o índices de apego, depressão e ansiedade

Gestantes	Normais			Risco		
	Apego	Depressão	Ansiedade	Apego	Depressão	Ansiedade
Variáveis						
Sentimentos						
Sentimentos positivos	+ 0,04*	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3
Outros sentimentos	0,2	0,6	0,9	0,7	0,4	0,8

* $p \leq 0,05$

Tabela 11. Correlações entre o sentimento das gestantes em relação ao bebê e os fatores idade, escolaridade e número de filhos

Número de filhos						
Gestantes		Normais			Risco	
Fatores	Idade	Escolaridade	Nº de filhos	Idade	Escolaridade	Nº de filhos
Sentimentos						
Sentimentos positivos	0,3	0,2	0,6	0,3	- 0,05*	0,5
Outros sentimentos	0,4	0,4	0,7	0,2	0,1	0,3

* $p \leq 0,05$

As gestantes participantes dos dois grupos estudados, na sua maioria (37), relataram que possuíam sentimentos positivos em relação ao bebê que gestavam (tabela 9). Em relação às gestantes normais, a tabela 10 mostra que aquelas que apresentavam os sentimentos positivos de amor e felicidade ou contentamento, foram as que apresentaram significativamente os mais elevados índices de apego materno-fetal.

“Ah, eu sinto amor, né. Que vai ser minha companheira, que eu vou ter que me dedicar, essas coisas, né. Coisa boa só, nada ruim.” Gn6

Em pesquisa realizada por Okino (2002), gestantes normais, ao saberem da gestação, demonstraram sentimentos considerados pela autora como positivos, sendo surpresa e felicidade os predominantemente relatados, independente do planejamento da gravidez, como é o caso da maioria das participantes desta pesquisa.

Pirim (2005) aponta que “apesar de atender o desejo psicobiológico de reprodução da espécie, a maternidade sofre influências importantes do meio social no qual a mulher está inserida”, sendo socialmente esperado que a mãe ame o bebê desde o início da gravidez.

Assim, os sentimentos positivos em relação ao feto são naturalmente esperados entre as gestantes, e podem elevar os índices de apego entre aquelas que vivenciam sentimentos como amor e contentamento. Por sua vez, Cranley (1981) afirma que o apego materno-fetal tem como fatores constitutivos justamente a afiliação e o significado emocional que a grávida atribui ao seu bebê.

Em relação às gestantes de risco, as participantes com maiores níveis de escolaridade relatam outros sentimentos, como ansiedade e preocupação em relação ao bebê ou à sua eficácia na maternagem (**tabela 11**).

“Uma ansiedade muito grande, no dia que eu descobri que era gêmeos, eu chorei muito, eu sentia que era gêmeos.” Gr 12

“Como é o primeiro filho, eu fico pensando: Será que eu vou conseguir cuidar.” Gr 8

O papel maternal tem grande valor em nossa cultura e é esperado que, além de amar seu bebê, a mãe desempenhe com sucesso esta função. Tais exigências, de acordo com Pirim (2005), “se refletem na insegurança da mulher desde a gestação e se traduzem em conflitos, em sentimentos de medo da incapacidade de cumprir seu dever de mãe”.

Tabela 12. Sentimento das gestantes quando seus bebês se movimentavam dentro do útero: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Sentimento*			
Contentamento		20	20
Sobressalto		4	2
Não se mexe		1	0
Não respondeu		0	1

* As respostas foram categorizadas

Tabela 13. Correlações significativas entre o sentimento das gestantes em relação aos movimentos dos bebês e o índices de apego, depressão e ansiedade

Gestantes		Normais			Risco		
Sentimento	Variáveis	Apego	Depressão	Ansiedade	Apego	Depressão	Ansiedade
	Contentamento	0,8	0,3	0,2	+ 0,08 *	0,2	0,8
	Sobressalto	0,2	0,9	0,9	- 0,03 *	0,3	0,7

* $\rho \leq 0,05$

As gestantes dos dois grupos, na grande maioria (40), relatam que se sentem felizes quando seu bebê se mexe dentro do útero (**tabela 12**). Estes dados vão ao encontro daqueles apresentados por Piccinini et al. (2004), que expressam que a percepção materna dos movimentos fetais “é considerada um grande marco na gravidez, pois faz com que a mãe sinta o feto como mais real e personificado, e incrementa, por isso, as expectativas referentes a ele.” (p. 224)

Entre as gestantes de risco, conforme a **tabela 13**, aquelas que manifestaram este contentamento, em resposta aos movimentos de seus bebês, são também as que apresentaram os mais elevados índices de apego materno-fetal. Este resultado corrobora dados da literatura que afirmam que “os índices de apego parecem ser influenciados (...) principalmente pelos movimentos fetais, ou seja, há um aumento no grau de desenvolvimento de apego depois da vivificação do feto com aproximadamente 18 a 22 semanas de gestação” (SALISBURY et al., 2003, p. 1701).

Entretanto, a **tabela 13** mostra participantes normais e de risco que se sentiam assustadas ou sobressaltadas quando os movimentos fetais aconteciam. Para as gestantes que tiveram gravidez de risco, os índices de apego foram significativamente mais baixos entre aquelas que sentiam este sobressalto.

Ah... Num primeiro momento eu fiquei assustada, pensei: Será que isso é contração, aí eu fiquei assustada. Gr8

Segundo Pirim (2005), nem sempre os movimentos fetais são bem tolerados pela grávida. Algumas vezes, podem causar ansiedade e culpa, sendo sentidos com estranheza e medo. Além disso, quando esta percepção ocorre, a gestante pode atribuir ao feto características de agressividade e ataque e os movimentos são sentidos como bruscos e violentos, como se fossem socos ou ‘patadas’. (MALDONADO, 1997)

Tabela 14. Frequência com a qual as gestantes participantes conversavam com seus bebês intraútero

	Gestantes	Normais	Risco
Frequência			
Sim		20	22
Não		5	1

Na **tabela 14**, observa-se que, na maioria (42), as gestantes participantes desta pesquisa interagiram com seus bebês através de conversas durante o período gestacional. Não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos estudados, nem tampouco correlação significativa entre esta interação e os índices de apego, depressão e ansiedade ou os fatores que constituem a amostra.

A interação das grávidas com seus bebês, através de conversas, é uma prática muito comum entre as gestantes, pois, segundo Piccinini et al. (2004),

“As conversas mãe-bebê apareceram como uma das formas preferidas pelas mães de entrarem em contato com seus bebês, seguida da comunicação através dos movimentos fetais. As conversas parecem servir tanto para que a mãe possa incluir, desde já, o bebê no seu dia-a-dia, informando-o sobre sua rotina, sobre novidades, como também para dividir com ele sentimentos mais íntimos, muitas vezes, ligados à maternidade. Elas podem explicar e justificar situações passadas ou futuras, podendo fazer da relação algo mais verdadeiro, real e sincero.” (p. 231)

Tabela 15. Idealização que as gestantes faziam de seus bebês durante o segundo semestre de gestação: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Idealização*			
Características físicas		10	11
Características comportamentais		3	2
Parecido com um familiar		6	5
Não idealiza		6	5

* As respostas foram categorizadas

Tabela 16. Correlações entre a idealização que as gestantes tinham de seus bebês e os fatores idade, escolaridade e número de filhos

Idealização \ Fatores	Gestantes			Normais			Risco		
	Idade	Escolaridade	Nº de filhos	Idade	Escolaridade	Nº de filhos	Idade	Escolaridade	Nº de filhos
Características físicas	0,7	0,6	0,1	0,7	0,2	0,9			
Características comportamentais	0,5	0,2	0,7	0,6	0,8	0,6			
Parecido com um familiar	0,7	0,9	+ 0,01*	0,6	0,8	0,6			
Não idealiza	1,0	0,9	0,2	1,0	0,5	0,4			

* $\rho \leq 0,05$

A respeito da idealização de seus bebês (**tabela 15**), a maioria (21) das gestantes participantes falou sobre características físicas de seus bebês, como cor da pele, dos olhos ou dos cabelos, formato do rosto ou corpo, e cinco revelam que pensam em características comportamentais ou psicológicas, de humor e temperamento, principalmente. Algumas (11) imaginam que seus bebês sejam semelhantes a alguém da família, como o irmão, o pai ou ela mesma. É interessante ressaltar que 11 participantes informaram que não conseguiam idealizar seus bebês, sendo seis com gravidez normal e cinco, com gravidez de risco.

Estes dados vão ao encontro daqueles obtidos por Laxton-Kane e Slade (2002), mostrando que no segundo trimestre gestacional, com a intensificação dos movimentos fetais, a gestante consegue imaginar melhor seu bebê ainda não nascido, tornando-o mais real. Maldonado (1997) afirma que a percepção dos movimentos fetais auxilia fundamentalmente a personificação do feto, e a mulher passa a interpretar seus movimentos atribuindo características pessoais ao filho.

Nesta pesquisa, as gestantes normais, que tinham outros filhos, foram significativamente as que mais idealizaram seus bebês parecidos com algum outro familiar (**tabela 16**).

De acordo com Piccinini et al. (2004), “as expectativas quanto às características psicológicas do bebê apareceram muito ligadas à transgeracionalidade, fazendo com que muitas mães expressassem suas crenças de que o bebê seguiria ‘o jeito’ de um ou dos dois genitores”, por exemplo. Nesta pesquisa, além do ‘jeito’ dos genitores, também houve relato de possíveis características físicas semelhantes, não só às dos pais, mas também às dos irmãos.

Este dado pode ser explicado nas múltiparas, pelo fato de já terem concretizadas ou não outras idealizações das gestações anteriores. Como muitas das participantes mencionaram idealizar uma criança parecida com outros filhos, sugere-se que seja mais simples imaginar semelhanças, em grande parte, físicas, com os frutos de gestações anteriores, principalmente se estes forem saudáveis e sem nenhum comprometimento físico ou mental.

Neste sentido, Pirim (2005) enfatiza que o medo de gerar um filho malformado é tão grande que, em geral, para prosseguir a gravidez, “a grávida recorre a fantasias maníacas de parir um filho perfeito” e bonito, como muitas das entrevistadas relataram, “que só lhe trará felicidade”. (p. 131)

Tabela 17. Preferência pelo sexo do bebê que esperavam: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Preferencia			
Sim		13	12
Não		12	11

Tabela 18. Correlações entre a preferência das gestantes pelo sexo do bebê e os fatores constitucionais da amostra estudada

	Gestantes			Normais			Risco		
	Fatores	Idade		Escolaridade	Nº de		Idade	Escolaridade	Nº de
Respostas					filhos				filhos
Preferência pelo sexo		0,9		- 0,04*	+ 0,04*		0,8	0,09	0,7

* $p \leq 0,05$

A preferência ou não de todas as gestantes participantes desta pesquisa pelo sexo de seus bebês consta da **tabela 17**, onde 13 participantes com gravidez normal e 12 com gravidez de risco revelaram ter preferência quanto ao sexo do bebê.

Pirim (2005) afirma que, “ao longo da gestação, a mulher expõe fantasias em relação ao fato de o bebê ser menino ou menina”, sendo possível identificar, “em algumas mulheres, a percepção inconsciente e, em muitos casos, sensações conscientes do sexo do bebê”.

Em uma outra perspectiva, Maldonado (1997) aponta que, muitas vezes, o desejo por um determinado sexo está associado a estereótipos sociais, como, por exemplo, o fato de acreditar-se que menina é mais parecida com a mãe e o menino é mais companheiro do pai, ou que a menina é mais fácil de educar do que o menino.

Neste estudo, as gestantes normais com o maior número de filhos e os menores níveis de escolaridade foram as que significativamente apresentaram maior preferência pelo sexo de seu bebê (**tabela 18**).

Há, entre as participantes desta pesquisa, uma diferença grande entre o número de primíparas e multíparas, nos dois grupos estudados. Desta forma, destacou-se que foram as multíparas, principalmente aquelas com maior número de filhos, as que apresentaram esta maior preferência pelo sexo do bebê que gestavam. Neste sentido, estes dados corroboram os apontamentos de Piccinini et al. (2004), sugerindo que em multíparas haveria uma maior preferência por filho ou filha e, em primíparas, uma tendência em aceitar incondicionalmente o sexo do bebê.

Tabela 19. Escolha do nome do bebê pelas gestantes: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Escolha			
Sim		20	18
Não		5	5

Tabela 20. Correlações entre a escolha do nome do bebê e os índices de apego, depressão e ansiedade das gestantes

Gestantes		Normais			Risco	
Variáveis	Apego	Depressão	Ansiedade	Apego	Depressão	Ansiedade
Repostas						
Escolha do nome	+ 0,02*	0,1	1	+ 0,05 *	1	0,5

* $\rho \leq 0,05$

Pela **tabela 19** observa-se que somente cinco das gestantes normais e outras cinco dentre aquelas com gravidez de risco, não haviam escolhido o nome para colocar em seu bebê. Entre todas as outras que já haviam escolhido, o índice de apego materno-fetal foi mais elevado nos dois grupos estudados (**tabela 20**), antes de realizarem a ultrassonografia durante o segundo trimestre gestacional.

Esta relação positiva entre a escolha do nome e os índices de apego materno-fetal talvez possa ser explicada pelo fato de que a escolha do nome facilita a interação entre a mãe e o bebê. A escolha de um nome contribui para que as “conversas” da mãe com o bebê fiquem mais personificadas, por exemplo, e o bebê se torne menos desconhecido. (RAPHAEL-LEFF, 1997)

Tabela 21. Preparação para a chegada do bebê pelas gestantes: frequência

Gestantes	Normais	Risco
Preparação*		
Não iniciou	6	9
Iniciou	17	10
Pronto	2	4

* As respostas foram categorizadas

Ao abordar o envolvimento da mãe nas atividades de preparação para a chegada do seu bebê, constata-se, na **tabela 21**, que uma parte significativa das gestantes normais e de risco (27) iniciou estas atividades durante o segundo trimestre gestacional; 15 gestantes não iniciaram os preparativos, sendo nove participantes com gravidez de risco; apenas seis, dentre todas as participantes, relataram já estarem com tudo pronto para o nascimento do(a) filho(a), e, destas, quatro eram gestantes de risco.

Apesar de alguns estudos apontarem relações positivas entre práticas de maternagem (que incluem a preparação para a chegada do filho) e apego materno-fetal e também entre práticas de maternagem e estados emocionais mais equilibrados (HART; McMAHON, 2006; SCHMIDT; ARGIMON, 2009; USTUNSOZ et al., 2010), os dados deste estudo não apresentaram qualquer correlação estatisticamente significativa entre si ou em relação aos índices e fatores que caracterizam a população estudada.

Pré-natal

Com o objetivo de conhecer a importância dada pelas gestantes participantes ao acompanhamento pré-natal, foram abordadas as expectativas das mesmas em relação ao exame ultrassonográfico que iriam realizar (**tabela 22**).

Tabela 22. Expectativas das gestantes em relação ao resultado da ultrassonografia realizada no segundo trimestre: frequência

Gestantes	Normais	Risco
Expectativa*		
Conhecer o sexo do bebê	19	13
Evolução da gestação	6	10

* As respostas foram categorizadas

A **tabela 22** mostra que conhecer o sexo do seu bebê foi a principal expectativa da grande maioria das gestantes normais (19) e com gravidez de risco (13) sem, no entanto, existirem diferenças com significância elevada entre os dois grupos.

De acordo com Fonseca et al. (2000), o desejo de saber o sexo do seu bebê é intenso e se torna a principal expectativa das gestantes, ainda durante a gravidez. Conhecer o sexo do bebê possibilita reconhecê-lo, nomeá-lo e torná-lo menos desconhecido.

As demais participantes tinham expectativa de saberem sobre a evolução da gestação, sendo que as gestantes normais apresentaram uma preocupação mais generalizada com o bebê e as de risco foram mais atentas aos detalhes que as preocupavam, por exemplo, a formação dos órgãos, o estado do útero e as condições morfológicas do feto.

“Ah, ótimo. Que está tudo bem e eu espero que vai estar.” Gn7

“Por causa da placenta, pra ver como é que está. Ah, eu queria ver se dá pra ver já, né. E eu não queria que a minha placenta tivesse descolada não...” Gr9

Sabe-se que a partir do segundo trimestre gestacional, a anatomia e o crescimento fetal são os principais focos da ultrassonografia obstétrica, incluindo a avaliação de pacientes de risco (MAUAD FILHO et al., 2006). Para a população em geral, este exame já faz parte da rotina na prática médica pré-natal. Por isto, suas possibilidades de diagnóstico vêm sendo amplamente conhecidas, proporcionando, além da descoberta do sexo, uma segurança maior para a gestante, em relação à evolução do desenvolvimento fetal durante o período da gravidez.

6.2.2. Segunda Etapa

Visando verificar o resultado do exame realizado e a condição de apego manifesto pelas gestantes em função do diagnóstico recebido, foi realizada a segunda entrevista até dois meses após a primeira.

Informações da ultrassonografia

A seguir serão apresentados os dados referentes às informações recebidas pelas gestantes durante a realização da ultrassonografia, no segundo trimestre gestacional (**tabela 23**).

Tabela 23. Informações recebidas pelas gestantes durante a ultrassonografia, no segundo trimestre gestacional: frequência

Informações*	Gestantes	Normais	Risco
Sexo do bebê		21	15
Evolução da gestação		4	8

* As respostas foram categorizadas

De acordo com a maioria das gestantes (36), conhecer o sexo do bebê que esperavam foi o principal resultado do exame ultrassonográfico que realizaram (**tabela 23**). As demais relataram que foram informadas sobre a evolução da gestação, especificando peso e tamanho, formação física e orgânica do bebê, assim como tiveram a confirmação ou não de algum quadro clínico específico.

“Então falou que tá bem que a posição está encaminhando para o parto normal e assim o médico na hora não fala muita coisa que no geral ele disse que está tudo bem que ele está desenvolvendo tudo bem e no resultado do ultrassom deu que ele tá com 900 gramas e 23 centímetros assim cabeça, pezinho, mãozinha está tudo certo está tudo bem.” Gn25

“Ah, eles falaram pra mim que ele vai nascer com um probleminha que vai se resolver com uma cirurgia... Aí eu fiquei mais tranqüila...” Gr16

Ao comparar estes dados com as expectativas das gestantes, contidas na **tabela 22**, pode-se afirmar que a ultrassonografia possibilita às gestantes confirmarem ou não seus desejos e idealizações, muitas vezes tranquilizando-se quanto à saúde de seu bebê, contribuindo, assim, para a diminuição de sua ansiedade. De acordo com Mauad Filho et al. (2006), o exame da morfologia fetal torna-se mais apurado a partir do segundo trimestre gestacional, ganhando eficácia em seus diagnósticos e podendo confirmar ou não hipóteses antes levantadas, conforme o que foi percebido pelos relatos das participantes desta pesquisa.

Relação de Apego

Neste tópico buscou-se conhecer quais comportamentos de apego as gestantes participantes apresentavam até dois meses após a ultrassonografia, durante o terceiro trimestre gestacional. Para tanto, foram investigados os sentimentos das gestantes em relação ao bebê e também as condutas das mesmas para com o seu bebê, bem como se houve mudança em alguma delas (**tabelas de 24 a 32**).

Tabela 24. Sentimentos das gestantes em relação ao seu bebê no terceiro trimestre gestacional: frequência

Sentimento*	Gestantes	Normais	Risco
Sentimentos positivos		16	17
Outros sentimentos		9	6

* As respostas foram categorizadas

Os sentimentos relatados pelas gestantes foram classificados em sentimentos positivos (33) – amor e contentamento – e outros sentimentos (15) – ansiedade e preocupação – (**tabela 24**), sem diferenças estatisticamente significativas entre as respostas.

“Agora estou animada e bastante ansiosa...” Gr6

“Ah, feliz, aparentemente nenhum problema esta tudo perfeito, tudo ok.” Gn1

Não houve grandes mudanças nos sentimentos expressos pelas participantes durante o período gestacional, entre a primeira e a segunda entrevistas. A discreta alteração dos dados ocorreu em relação aos sentimentos de ansiedade e preocupação, que aumentaram durante a segunda etapa da pesquisa no grupo das gestantes normais, quando comparados com aqueles apresentados pelo mesmo grupo, na primeira etapa, ou seja, durante o segundo trimestre gestacional. Conforme a literatura (BREITKOPF et al., 2006; FURBER et al., 2009; HART; McMAHON, 2006), no terceiro trimestre gestacional, estes sentimentos de preocupação e ansiedade já são esperados entre as gestantes normais, pela proximidade do parto.

Tabela 25. Frequência de conversas que as gestantes relatavam manter com seus bebês, no terceiro trimestre gestacional

Frequência	Gestantes	Normais	Risco
Sim		22	21
Não		3	2

A **tabela 25** mostra que, em comparação com os dados da primeira etapa da pesquisa, uma das gestantes de risco passou a não conversar com seu bebê no final da gestação e duas gestantes normais passaram a conversar, no mesmo período. A gestante de risco confirmou, durante o exame, a malformação em seu filho, o que, de acordo com Brandon et al. (2008), Hart e McMahon (2007), Lindgren (2001) e Tarelho e Perosa (2001), pode levar a um afastamento do feto por parte da mãe, justificando o fato de não conversar mais com ele.

Já as gestantes normais, que passaram a conversar com seus bebês, tinham em comum a forma como vivenciavam a experiência de sentir os movimentos fetais, com sobressalto, durante o segundo trimestre gestacional, ainda apresentando um desconforto com a gestação. Na segunda entrevista, percebeu-se que estas duas participantes estavam mais tranquilas em relação ao feto e à gestação, sugerindo uma maior disponibilidade para o contato emocional com o bebê, através de conversas, por exemplo.

Desta forma, pode-se enfatizar o que Schmidt e Argimon (2009) afirmam sobre a maior sintonia entre a mãe e o feto, que é construída nos últimos meses gestacionais, pelo fato de o feto já ouvir e responder ao toque, dando respostas a estímulos externos.

Tabela 26. Idealização que as gestantes faziam de seus bebês durante o terceiro trimestre gestacional: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Idealização*			
Características físicas		7	13**
Características comportamentais		2	3
Parecido com um familiar		8	5
Não idealiza		8	2

* As respostas foram categorizadas

** Estatisticamente significativo

Tabela 27. Correlações entre a idealização do bebê e os índices de apego, depressão e ansiedade

Tabela 2.1: Características das 4 subamostras de 2000 gestantes de apego, depressão e ansiedade							
Gestantes		Normais			Risco		
<div><div></div><div>Idealizações</div></div>	Índices	Apego	Depressão	Ansiedade	Apego	Depressão	Ansiedade
	Características físicas	0,3	0,6	0,2	0,5	0,4	0,4
	Características comportamentais	0,6	+ 0,05*	0,1	0,3	0,3	0,5
	Parecido com um familiar	1,0	0,8	0,2	0,4	0,9	0,3
	Não idealiza	0,5	0,7	0,4	0,3	0,9	0,4

* $p \leq 0,05$

Tabela 28. Correlações entre a idealização do bebê e os fatores constitucionais da amostra estudada

Tabela 26. Correlações entre a idealização do bebê e os fatores constitucionais da amostra estudada						
Gestantes		Normais			Risco	
<div> <div></div> <div>Fatores</div> <div></div> </div>	Idade	Escolaridade	Nº de filhos	Idade	Escolaridade	Nº de filhos
Idealizações						
Características físicas	0,7	0,3	0,1	0,8	0,09	0,09
Características comportamentais	0,3	+ 0,02*	0,5	0,5	0,5	0,6
Parecido com um familiar	0,7	0,3	0,8	0,8	0,6	0,1
Não idealiza	0,9	0,2	0,4	0,6	0,2	0,9

* $\rho \leq 0,05$

A idealização dos bebês por parte das gestantes (**tabela 26**) mantém-se diversificada, sendo, em sua maioria, baseada em características físicas (20), como na primeira etapa da pesquisa. No caso das gestantes de risco, a idealização do bebê através de características físicas é significativamente superior aos outros tipos de respostas, nesta segunda entrevista. A elevação deste número se deve ao fato de três gestantes deste grupo de risco, que não conseguiam visualizar mentalmente seus bebês, passarem a idealizá-los – duas, fisicamente e uma, comportamentalmente –, principalmente com o auxílio do exame ultrassonográfico que realizaram, segundo o próprio relato das participantes.

“Pelo que eu vi lá (exame ultrassonográfico), assim, é que não tem, pelo que eu vi, parece comigo, o narizinho é igual o meu, a mão dele é bem grande, comprido, aí eu acho mais que parece com o pai dele.” Gr11

Devido ao fato da entrevista da segunda etapa da pesquisa ter sido realizada após a ultrassonografia do segundo trimestre, pode-se sugerir que este exame contribui para a idealização de características do bebê por parte da mãe, principalmente pela possibilidade de visualização do feto (DI PIETRO, 2010). No entanto, Piccinini et al. (2004) sugerem que o bebê real não seja conhecido no período gestacional unicamente através da ultrassonografia, mas a partir dos dados reais que vão sendo percebidos durante a gestação e dados fantasiosos da representação mental da mãe, assim como de seus desejos de que o filho seja de determinada forma.

Já a **tabela 27** mostra que as gestantes normais, que idealizaram características comportamentais dos filhos, apresentaram os maiores índices de depressão e também os mais elevados níveis de escolaridade (**tabela 28**). Estes dados diferem daqueles apresentados como

resultados das correlações estabelecidas entre as respostas das participantes à primeira entrevista realizada e os fatores referentes à primeira etapa da pesquisa (**tabela 16**).

Estes dados também não se assemelham a outros encontrados na literatura. No entanto, pode-se pensar que sejam importantes pelo fato de mostrarem que, mesmo com índices mais elevados de depressão, as gestantes conseguiram idealizar seus bebês. Talvez isto se deva ao fato de tais índices não terem atingido níveis moderados ou graves de depressão, sem caracterizar, portanto, casos passíveis de tratamento clínico e assim, não impedirem a demonstração de apego por parte da mãe.

De qualquer forma, a grande maioria da população estudada fez representações cognitivas do seu bebê, atribuindo-lhe características físicas e emocionais, o que, segundo Siddiqui e Hägglof (2000), constitui parte da adaptação da mulher à gravidez. Estas representações, segundo Hart e McMahon (2006), acabam influenciando o modo como a mãe percebe o seu bebê e interage com ele, depois do nascimento.

Tabela 29. Permanência do nome escolhido para seus bebês pelas gestantes participantes: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Permanência			
Sim		24	21
Não		1	2

Na **tabela 29**, observa-se que as participantes da pesquisa, na grande maioria (45), mantiveram o nome escolhido para seu bebê, e somente três mudaram o nome, sendo uma normal e duas, com gestação de risco.

Tabela 30. Preparação para a chegada do bebê pelas gestantes, após o exame ultrassonográfico: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Preparação*			
Não iniciou		1	0
Iniciou		15	9
Pronto		9	14

* As respostas foram categorizadas

Tabela 31. Correlações entre a preparação para a chegada do bebê e os índices de apego, depressão e ansiedade, na segunda etapa da pesquisa

Gestantes		Normais			Risco		
Respostas	Índices	Apego	Depressão	Ansiedade	Apego	Depressão	Ansiedade
Não iniciou		0,2	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0
Iniciou		0,9	+ 0,05*	0,7	0,2	0,3	0,8
Pronto		0,5	0,08	1,0	0,4	0,1	0,2

* $\rho \leq 0,05$ **Tabela 32.** Correlações entre a preparação para a chegada do bebê e os fatores idade, escolaridade e número de filhos, na segunda etapa da pesquisa

Gestantes		Normais			Risco		
Respostas	Fatores	Idade	Escolaridade	Nº de filhos	Idade	Escolaridade	Nº de filhos
Não iniciou		0,1	0,09	0,3	0	0	0
Iniciou		0,8	0,6	0,08	- 0,02*	0,9	0,2
Pronto		0,4	0,2	- 0,03*	+ 0,02*	0,9	0,2

* $\rho \leq 0,05$

Depois da realização do exame ultrassonográfico e durante o terceiro trimestre gestacional, grande parte das participantes da pesquisa (23) relatou ter tudo preparado para a chegada de seu bebê, sendo nove normais e 14 com gravidez de risco, e apenas uma gestante normal ainda não havia iniciado os preparativos (**tabela 30**). Estes dados diferem muito daqueles relatados na primeira entrevista, onde apenas seis gestantes (duas normais e quatro de risco) já tinham tudo pronto e 15 participantes ainda nada haviam começado a preparar para o nascimento (**tabela 21**).

Na **tabela 31**, verifica-se que existe uma correlação positiva entre os índices de depressão apresentados pelas gestantes normais e o fato de terem apenas iniciado os preparativos para a chegada do bebê, ou seja, aquelas que ainda não haviam terminado os preparativos, mesmo já estando no terceiro trimestre da gestação, foram as que apresentaram os índices mais elevados de depressão.

Mesmo não constituindo níveis clínicos de depressão, estes dados podem ser compreendidos de acordo com dados da literatura. Seimyr et al (2009) afirma que o estado depressivo pré-natal influencia as reações da mulher durante a gestação, o que é confirmado por Hart e McMahon (2006), cuja pesquisa com primigestas de baixo risco obstétrico constatou que mães com índices mais elevados de depressão possuem atitude mais negativa a respeito da maternagem.

Quanto à correlação destes dados com os fatores constitutivos da população estudada, a **tabela 32** mostra que as gestantes normais, que possuíam menor número de filhos, foram as que mais relataram significativamente já terem tudo pronto para a chegada dos bebês; e que as gestantes de risco com idade mais avançada relataram já terem tudo pronto para o nascimento de seus bebês, sendo que as mais jovens somente tinham iniciado os preparativos.

Quanto ao número de filhos, Nichols, Roux e Harris (2007), em pesquisa onde comparou o estado emocional de multíparas e primíparas, concluiu que aquelas que já possuem outros filhos são mais estressadas e focam menos na gravidez por causa destes filhos. Esta situação não existe na vida das primíparas ou acontece em menor intensidade quanto menos filhos a mulher tiver, como parece acontecer nesta pesquisa.

Impacto do resultado do exame

Neste tópico visa-se averiguar se a realização da ultrassonografia modificou a ligação das gestantes com seus bebês (**tabelas 33 a 38**). Também buscou-se conhecer os projetos futuros das gestantes (**tabela 39 e 40**).

Tabela 33. Mudança na ligação materno-fetal, segundo as gestantes, depois da realização da ultrassonografia: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Mudança			
Sim		21	18
Não		4	5

A **tabela 33** mostra que 21 gestantes normais e 18 gestantes com gravidez de risco relataram que a ligação materno-fetal mudou depois do exame: Houve aumento de afinidade entre mãe e bebê, mais felicidade, porém, maior ansiedade e medo também.

“Mudou por que no começo eu era meio sentida por que eu não queria depois do ultrasson ai eu fiquei mais feliz e senti que tinha alguém dentro de mim e a ansiedade aumentou muito.” Gn22

“Ah a ansiedade e o medo também.” Gn18

Mudanças na ligação afetiva com bebês, bem como mudanças emocionais após a realização da ultrassonografia, são comuns e têm sido discutidas na literatura.

Os exames pré-natais podem afetar a adaptação emocional da mulher à gestação, principalmente quando se trata do crescimento do apego da mulher a seu feto (ROWE; FISHER; QUINLIVANT, 2009). Em se tratando da ultrassonografia, Piccinini et al. (2004) sugerem que este exame possibilita que a gestante se apodere mais do seu papel de mãe, incrementando seus sentimentos maternos, e perceba o feto como mais real e próximo.

Além disto, o aumento dos movimentos fetais, em geral, instala a ideia de que a interação passou a ser recíproca, e que as mães podem até compreender certas mensagens dos filhos (MALDONADO, 1997; RAPHAEL-LEFF, 1997).

Tabela 34. Mudança nas relações das gestantes com amigos e familiares: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Mudança			
Sim		16	18
Não		9	5

Tabela 35. Correlações entre as relações das gestantes com seus amigos e familiares e os índices de apego, depressão e ansiedade, no terceiro trimestre gestacional

depressão e ansiedade, no terceiro trimestre gestacional						
Gestantes		Normais		Risco		
Índices	Apego	Depressão	Ansiedade	Apego	Depressão	Ansiedade
Alteração nas relações	0,2	0,2	+ 0,04*	0,2	0,8	0,4

* $\rho \leq 0,05$

Tabela 36. Correlações entre as relações das gestantes com seus amigos e familiares e os fatores idade, escolaridade e número de filhos, no terceiro trimestre gestacional

Escolaridade e número de filhos, no terceiro trimestre gestacional						
Gestantes		Normais			Risco	
Fatores	Idade	Escolaridade	Nº de filhos	Idade	Escolaridade	Nº de filhos
Alteração nas relações	0,09	0,2	0,3	+ 0,03*	1,0	0,06

* $\rho \leq 0,05$

A maior parte (34) das gestantes participantes da pesquisa relata que suas relações com amigos e familiares se alteraram com a gestação (**tabela 34**).

Tais mudanças são tanto positivas quanto negativas, com aproximação ou distanciamento das pessoas, confirmando dados obtidos por Laxton-Kane e Slade (2002) através de levantamento bibliográfico na área.

“Não, acho que tá até mais forte. Minha mãe não vinha aqui direito, tá vindo agora, minha mãe... e os daqui também tão mais apegados.” Gn5

“Meu marido um pouquinho. Agora ele fica implicando com a minha mãe, que fica me mimando, implica com o serviço, ele acha que eu tenho que parar...”Gr8

Estes dados e os resultados apresentados pela literatura mostram, provavelmente, uma maior sensibilidade das gestantes às mudanças que acontecem a sua volta e também com elas próprias. Enfatizam a sugestão de Piccinini et al. (2004) de que, na gravidez, acontecem mudanças corporais, psicológicas e interpessoais, que influenciam a dinâmica individual e as demais relações sociais da gestante, sendo esperado que percebam alteração nestas relações.

Estas alterações podem trazer consequências mais sérias, como Brandon et al. (2008) demonstram em sua pesquisa com gestantes de alto risco obstétrico, onde obtiveram que mulheres com menor satisfação nos relacionamentos sociais apresentavam níveis mais elevados de depressão e riscos fetais mais altos.

Nesta pesquisa, as participantes com gestação normal, que afirmaram sentirem esta alteração, não apresentaram índices elevados de depressão, porém, foram as que significativamente tiveram os maiores índices de ansiedade (**tabela 35**), demonstrando, da mesma forma, uma possível influência do estado gestacional na dinâmica emocional da mulher.

Ainda, no que diz respeito às gestantes de risco, aquelas que relataram terem-se alterado as relações foram as de idade mais avançada (**tabela 36**).

Tabela 37. Mudanças na saúde das gestantes em decorrência da gestação: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Mudanças			
Sim		6	14**
Não		19	9

** Estatisticamente significativo

Tabela 38. Correlações entre alteração da saúde das gestantes e os índices de apego, depressão e ansiedade, no terceiro trimestre gestacional

Gestantes	Normais			Risco		
	Apego	Depressão	Ansiedade	Apego	Depressão	Ansiedade
Índices						
Alteração na saúde	0,2	0,08	+ 0,04*	0,4	0,2	0,3

* $p \leq 0,05$

Na **tabela 37**, pode-se observar que o número de gestantes de risco, que responderam afirmativamente, é significativamente superior ao das gestantes que responderam que não houve alteração em sua saúde. Entre as alterações de saúde relatadas, estão dores nas costas, na cabeça e no corpo em geral, indisposição física, mudanças de humor e alterações fisiológicas.

“A minha pressão; deu uma elevada. Ai eu fui na médica e ela aumentou minha medicação. Ai eu fiquei super chorona, preocupada. Ai eu fui no cardiologista e ele me tranqüilizou. Ele falou que é normal devido ao peso. Mas eu não sei porque agora eu estou muito mais emotiva.” Gr7

Dentre as participantes que responderam ter-se alterado sua saúde, as gestantes normais são as que apresentam significativamente os índices de ansiedade mais elevados (**tabela 38**).

“... Só senti que minha ansiedade aumentou um pouquinho e essas dores de cabeça constante que eu não tinha e agora eu tenho.” Gn 16

Tabela 39. Projetos futuros das gestantes: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Projetos			
Pessoais		5	7
Com o bebê		17	14
Não tem projetos		3	2

Tabela 40. Correlações entre projetos futuros das gestantes e os índices de apego, depressão e ansiedade

	Gestantes	Normais			Risco		
	Índices	Apego	Depressão	Ansiedade	Apego	Depressão	Ansiedade
Respostas							
Pessoais		0,08	0,2	1,0	0,8	0,7	0,2
Com o bebê		1,0	1,0	0,1	0,8	0,7	0,2
Não tem projetos		- 0,03*	0,1	- 0,03*	0,9	0,1	0,3

* $p \leq 0,05$

Com base na **tabela 39**, pode-se afirmar que, durante a segunda etapa desta pesquisa, a maioria (31) das participantes projetava o futuro, pensando em seu bebê, com associação ou não de projetos pessoais.

No entanto, no que diz respeito às gestantes normais, existe uma relação negativa entre os índices de apego e ansiedade e o relato de não terem projetos para o futuro. Assim, aquelas

que apresentaram os mais baixos índices de apego e ansiedade são as mesmas que mais relataram não terem projeto algum, seja pessoal ou com o bebê, para o futuro (**tabela 40**).

Pode-se entender esse resultado supondo que fazer planos para o futuro incluindo o filho caracteriza um comportamento de apego e gera expectativa e ansiedade esperada para o final da gestação, conforme aponta a literatura da área (LORETO, 2005; PIRIM, 2005). Assim, esta ansiedade pode estar positivamente associada ao vínculo que se cria entre mãe e filho, corroborando o que afirmam Hart e McMahon (2006): gestantes mais ansiosas – dentro dos parâmetros esperados – são também mais apegadas e apresentam os comportamentos de vinculação apropriados. Nesse caso, mesmo com altos níveis de apego, as gestantes normais menos ansiosas demonstram significativamente os menores índices de apego e menos comportamentos de vinculação do que as mais ansiosas.

6.2.3. Terceira Etapa

Relação de apego

Buscou-se conhecer, a partir deste tópico, os comportamentos de apego que as gestantes participantes apresentavam após o nascimento dos seus bebês. Para tanto, foram investigados os sentimentos das gestantes em relação ao bebê e também as condutas das mesmas para com o filho, bem como se houve mudança em alguma delas (**tabelas de 41 a 50**).

Tabela 41. Sentimento das gestantes em relação aos seus bebês, depois do nascimento dos mesmos: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Sentimento*			
Sentimentos positivos		23	23
Outros sentimentos		2	0

* As respostas foram categorizadas

Tabela 42. Correlações entre o sentimento das gestantes e os índices de depressão e ansiedade, depois do nascimento dos bebês

Gestantes	Normais		Risco	
Índices	Depressão	Ansiedade	Depressão	Ansiedade
Sentimentos positivos	+ 0,03*	1,0	0,0	0,0

* $p \leq 0,05$

Na grande maioria, as participantes cujas gestações foram normais (23) e de risco (23) relataram ter sentimentos positivos por seus filhos depois do nascimento dos mesmos, tais como amor e contentamento (**tabela 41**), mesmo aquelas que tiveram gestação normal e apresentaram índices significativamente mais elevados de depressão (**tabela 42**). A pesquisa realizada por Siddiqui e Hägglof (2000), com grávidas durante o terceiro trimestre gestacional e depois de 12 meses do nascimento do bebê, mostra que as mães, que apresentaram relação de afeição com seus fetos, tinham maior envolvimento com os filhos no período pós-natal, sugerindo que o apego começa no período gestacional e se estende para depois do nascimento.

Resultados semelhantes foram obtidos nesta pesquisa em que a maior parte das participantes já nutria sentimentos positivos por seus filhos desde o período pré-natal (**tabelas 9 e 24**), sendo que estes sentimentos de amor e contentamento perduraram e até aumentaram no período pós-natal.

Os índices significativamente mais elevados de depressão, no caso das gestantes normais, apresentados na **tabela 42**, não são indicadores para acompanhamento clínico, pois, mais uma vez, não atingem nível moderado ou grave. Além disto, nota-se, ao longo das três etapas da pesquisa, uma tendência, entre estas gestantes normais, de apresentarem índices significativamente mais elevados de depressão, principalmente quando se correlacionam alguns fatores, tais como desejo e planejamento da gestação, idealização de seus bebês, preparação para a chegada do bebê e sentimentos em relação ao bebê depois do nascimento.

Tabela 43. Frequência com a qual as gestantes conversam com seus bebês, após o nascimento.

Gestantes	Frequência	Normais	Risco
Sim		25	22
Não		0	1

Praticamente todas as participantes desta pesquisa informaram que interagem com seus bebês através de conversas depois do nascimento deles, sendo que somente uma delas, cuja gravidez foi de risco, relatou que não conversava com seu filho (**tabela 43**). Esta gestante foi a mesma que relatou ter diminuído a intensidade de suas conversas com o filho, depois da confirmação de sua malformação (**tabela 25**). Tendo por base esta mesma tabela, observa-se que três gestantes normais e uma de risco, que não conversavam com seus bebês no final da gestação, relataram conversar com os filhos, depois do seu nascimento.

Estes dados reforçam os resultados apresentados na **tabela 42**. Na grande maioria, as participantes desta pesquisa, tanto aquelas cuja gestação foi normal, quanto as que

vivenciaram gravidez de risco, apresentaram sentimentos positivos e comportamentos de afeição e apego em relação a seus filhos desde o período pré-natal e estes comportamentos foram aumentando, de acordo com o crescimento da intimidade entre mãe e filho. Entre estes comportamentos estão as conversas que, no caso desta pesquisa, também apresentaram um aumento de intensidade depois do nascimento das crianças.

Tabela 44. Confirmação da idealização dos bebês feita pelas mães: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Confirmação			
Sim		13	16
Não		12	7

No que diz respeito à confirmação da idealização feita pelas mães, antes do nascimento de seus filhos, a **tabela 44** mostra que 29 participantes disseram que seus bebês eram, após o nascimento, da forma como imaginaram. Dentre as que fizeram este relato, estão 13 que tiveram gestação normal e 16 que tiveram gestação de risco. As demais gestantes, 12 normais e sete que tiveram gravidez de risco, relataram que os bebês são diferentes do que imaginavam, sendo que algumas disseram que a realidade era melhor do que a idealização e outras afirmaram que as características físicas e comportamentais que imaginaram não eram reais.

“É melhor. Ele é uma criança maravilhosa, não dá trabalho, ele é calmo, não chora. Ele é melhor do que esperava.” Gr 2

“Mais ou menos. Eu pensei que ele fosse mais moreninho, sei lá. Ele é a cara do pai dele. Igualzinho.” Gn 4

Quando o bebê idealizado corresponde ao bebê real, os pais quase sempre sentem-se recompensados, mas, quando isto não acontece, sentimentos contraditórios dificultam, por vezes, o reconhecimento do bebê real.

Guimarães e Monticelli (2007) entrevistaram casais antes e depois do nascimento de seus filhos e constataram que o impacto do bebê “real” (o que está aí), em contraste com o “ideal” (aquele que era projetado), principalmente com relação às suas características físicas e comportamentais, gerou sentimentos ambivalentes, ficando difícil perceber, naquela criança, a realização dos seus sonhos.

Após o nascimento da criança ainda “aparecem fantasias, projeções e expectativas que permearão o relacionamento durante praticamente toda a vida, quer em função da correspondência ao esperado, quer em função da total decepção”. (ASSUMPÇÃO JR, 1991)

Tabela 45. Permanência, após o nascimento, do nome escolhido pelas gestantes para seus bebês: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Permanência			
Sim		24	22
Não		1	1

Na **tabela 45**, constatou-se que as participantes desta pesquisa, na quase totalidade(46), – sendo 24 do grupo das gestantes normais e 22 do grupo de gravidez de risco – mantiveram os nomes escolhidos para seus filhos, após o nascimento dos mesmos. Apenas uma participante de cada grupo alterou o nome previamente escolhido. As demais mantiveram os mesmos nomes que haviam escolhido e que foram mencionados desde a primeira etapa desta pesquisa, durante o segundo trimestre gestacional.

As duas participantes que alteraram os nomes escolhidos não justificaram a mudança, porém, no caso da que teve gestação normal, havia uma preferência explícita por um sexo que não correspondeu à realidade. Já, para a gestante de risco, houve a confirmação de uma malformação em seu bebê que, no nascimento, se revelou pior do que a esperada. Desta forma, percebe-se que nenhuma das duas participantes teve na realidade o bebê sonhado, o que gerou frustração.

“Eu fiquei um pouco triste porque eu tava na esperança que fosse um menino... Fiquei meio frustrada, fiquei naquela expectativa... e nem é tanto por mim e sim meu marido, que queria um menino. Agora eu já até acostumei da ideia de ser uma menina.” Gn16

O impacto da realidade não esperada, seja de uma malformação fetal, seja do sexo não desejado para o bebê, pode resultar na mudança do nome para o filho, deixando aquele escolhido anteriormente reservado para o bebê sonhado, que poderá vir a ser gerado em uma próxima gravidez, conforme apontam Perosa (2002) e Vasconcelos (2009).

Tabela 46. Cuidados com o bebê: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Cuidados			
Somente a mãe		16	16
A mãe e familiares		9	7

Tabela 47. Correlações entre quem realiza os cuidados com o bebê, segundo as mães, e os índices de depressão e ansiedade, depois do nascimento

	Gestantes	Normais		Risco	
	Índices	Depressão	Ansiedade	Depressão	Ansiedade
Cuidados					
Somente a mãe		- 0,03*	0,1	0,5	0,9
A mãe e familiares		+ 0,03*	0,1	0,5	0,9

* $\rho \leq 0,05$

O resultado em relação aos cuidados com o bebê após o nascimento, na **tabela 46**, mostra que a maior parte do grupo das gestantes normais (16) e também do grupo das participantes que tiveram gravidez de risco (16) consideraram os cuidados com o bebê como algo que somente elas desempenhavam. As outras participantes (9 normais e 7 de risco) relataram que receberam ajuda de familiares, incluindo o pai da criança.

Na **tabela 47**, observa-se que existem associações significativas entre os cuidados com o bebê e os índices de depressão apresentados pelo grupo de gestantes normais. Quando a mãe relata ser somente ela quem cuida do bebê, a correlação é negativa e quando relata ser ela, juntamente com familiares, a correlação é positiva. Então, baixos índices de depressão associam-se à percepção, por parte da mãe, de que realiza as atividades de cuidado sozinha. Quanto às mães que dizem serem auxiliadas por familiares nos cuidados com o bebê, são as que apresentam os índices mais elevados de depressão.

O que se percebe, através das entrevistas, é que a rede de apoio existe, mesmo que pequena (somente o marido), auxiliando a todas as participantes da pesquisa. A diferença está na percepção e na ênfase dada a esta ajuda.

É esperado que a mãe ame seu bebê desde o início da gravidez, assim como é de sua responsabilidade assumir cuidados básicos com o filho, mesmo quando delegados, em parte, a outras pessoas que constituem a rede de apoio à mãe. Schmidt e Argimon (2009) esclarecem que esta rede de apoio é formada, não somente pelo parceiro, mas também por outros membros da família, além de avós, enfermeiras e babás. É o caso desta pesquisa, em que a maior parte do apoio relatado veio do esposo e também da avó e tias, maternas, principalmente.

Sugere-se que, para aquelas que estavam bem, emocionalmente, os cuidados com o bebê, além de uma responsabilidade, constituía-se finalmente a vivência de seu papel de mãe, tendo a necessidade de afirmar e mostrar sua competência para tal.

“Eu, tudo eu. Só uns três banhos que minha sogra me ajudou... Que eu fiquei com medo, né. Mas o resto tudo eu...” Gn18

Quanto às mães com índices mais elevados de depressão, existia uma sensação de incapacidade, por parte das participantes, para assumirem sozinhas esta responsabilidade, havendo a necessidade de contarem sempre com uma pessoa de seu convívio.

“Eu precisei de ajuda. Minha mãe, me ajudou muito. O F. mesmo me ajuda muito. Ele dá banho, ele troca, acho que até melhor que eu. Ele me surpreendeu. Todo mundo me ajuda, a família dele também. Mas eu sei fazer tudo, só no resguardo eu precisei mais de ajuda, agora sou tudo eu.” Gn3

Ademais, neste caso, o auxílio no cuidado ao bebê é positivo, pois Rapoport e Piccinini (2006) constataram que, especialmente em situações estressantes, o apoio social aumenta a responsividade materna, beneficiando a relação mãe-bebê.

Tabela 48. Passeios com o bebê: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Passeia			
Sim		17	16
Não		8	7

Tabela 49. Correlações entre passear ou não com o bebê e os índices de depressão e ansiedade

Gestantes	Normais		Risco	
Índices	Depressão	Ansiedade	Depressão	Ansiedade
Passeia	- 0,05*	0,2	0,2	0,08

* $p \leq 0,05$

Após o nascimento de seus bebês, a maioria das gestantes relatou que passeava com o filho (**tabela 48**), sendo que 17 tiveram gravidez normal e 16 vivenciaram gravidez de risco.

Dentre as que foram gestantes normais, aquelas que informaram passear com seus bebês foram as que demonstraram os menores índices de depressão (**tabela 49**).

O fato de passear com o filho demonstra aceitação e satisfação em relação a ele, incentivando o contato social por parte da mãe. Entende-se, com isto, o que Quayle (1997) quer dizer quando traz para este contexto a afirmação popular de que “boas árvores dão bons frutos”, sendo que passear com seus filhos é para a mãe uma maneira de expor a qualidade de suas “sementes”.

Na mesma perspectiva, receber visitas faz parte da função social materna, principalmente quando as visitas acontecem em função da criança que nasceu. Nesta pesquisa, a maior parte das participantes relatou que recebia visitas (**tabela 50**).

Tabela 50. Relato das gestantes sobre receber ou não visitas: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Visitas			
Sim		16	9
Não		19	4

“Apesar de atender o desejo psicobiológico de reprodução da espécie, a maternidade sofre influências importantes no meio social no qual a mulher está inserida.” (PIRIM, 2005, p. 127) Em nossa cultura, atribui-se grande valor ao papel maternal, conforme já discutido, “e a mãe é avaliada como pessoa por sua participação e sucesso nessa função”. (p. 127)

“Todo dia tem gente aqui, aumentou por causa dela, querem pegar.” Gr20

Assim como passear, receber visitas é um ato socialmente esperado no que diz respeito à maternagem, sendo algo que ocorre com certa frequência e em uma intensidade alta.

Impacto do nascimento

Neste tópico buscou-se averiguar se houve alteração na ligação afetiva com o bebê, na saúde das mães e em suas relações com amigos e familiares, após o nascimento do filho (**tabelas 51 a 57**). Os projetos futuros das mães também buscou-se conhecer (**tabela 58**).

Tabela 51. Mudança na ligação mãe-filho após o nascimento, segundo as mães: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Mudança			
Sim		23	23
Não		2	0

Tabela 52. Correlações entre a mudança na ligação entre mãe e filho, segundo as próprias mães, e os índices de depressão e ansiedade, depois do nascimento dos bebês

depressão e ansiedade, depois do nascimento dos bebês				
Gestantes		Normais		Risco
Índices	Depressão	Ansiedade	Depressão	Ansiedade
Mudança na ligação	+ 0,03*	0,7	1,0	1,0

* $p \leq 0,05$

A **tabela 51** mostra que praticamente todas as participantes desta pesquisa (46) relataram algum tipo de mudança na ligação afetiva estabelecida entre ela e seu bebê desde o período pré-natal, seja pela presença real do bebê, seja pela maior possibilidade de interação por parte da criança, ou ainda pelo reconhecimento das pessoas do seu convívio familiar. Somente duas participantes do grupo das gestantes normais não sentem qualquer mudança em relação a isto. As gestantes normais, que relataram mudança na ligação, foram as mesmas que tiveram os maiores índices de depressão (**tabela 52**).

“Ah, ficou mais concreta assim, sabe...” Gn19

“Muda porque era mais distante, agora ele está mais próximo. Ele me entende bem, fica se jogando pra mim, ele reconhece o pai a mãe, a irmã então. Ela fala ela já tá rindo já”.. Gn14 Michele

Tabela 53. Alteração na saúde das participantes, depois do nascimento dos seus bebês: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Alteração			
Sim		15	14
Não		10	9

Tabela 54. Correlações entre a alteração na saúde das participantes e os índices de depressão e ansiedade

Gestantes	Normais		Risco	
Índices	Depressão	Ansiedade	Depressão	Ansiedade
Alteração na saúde	+ 0,05*	0,8	0,07	0,1

* $p \leq 0,05$

A maior parte das gestantes dos dois grupos deste estudo relatou sentir alterações em sua saúde depois do nascimento de seu bebê (**tabela 53**). Dentre as participantes que relataram sentirem estas alterações, aquelas que tiveram gestações normais apresentaram os índices mais elevados de depressão (**tabela 54**). As alterações relatadas diziam respeito a mudanças de humor e dificuldades físicas, principalmente.

“Eu só acho que eu emagreci demais, eu não tenho muito tempo pra me alimentar. Eu voltei a fumar, fiquei muito ansiosa. Mas fumo pouco, só emagreci demais” Gn 10

“Olha. Eu acho que mudou, porque eu sinto muita falta de ar agora, antes eu fumava, antes de saber que eu tinha ele, e sentia menos falta de ar que agora. Pra subir escada, eu não sei se é porque eu não consigo emagrecer. Nossa eu fico louca.” Gn 3

Apesar de os índices de depressão apresentados pelas participantes, nas três etapas do estudo, não se encontrarem em níveis graves ou moderados, passíveis de acompanhamento clínico, deve-se considerar o que Lindgren (2001) comprovou: a mulher que está depressiva durante a gestação pode ter menos práticas de saúde, podendo, por exemplo, alterar o senso de desesperança, diminuir o interesse em atividades, mudar o apetite e cansar-se mais facilmente.

Tabela 55. Alteração na relação com amigos e familiares após o nascimento dos bebês: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Alteração			
Sim		19	20
Não		6	3

Tabela 56. Correlações entre alteração na relação com amigos e familiares e os índices de depressão e ansiedade

Gestantes	Normais		Risco	
Índices	Depressão	Ansiedade	Depressão	Ansiedade
Alteração na relação	+ 0,02*	0,6	0,7	0,9

* $\rho \leq 0,05$

Tabela 57. Correlações entre alteração na relação com amigos e familiares e os fatores idade, escolaridade e número de filhos

Gestantes	Normais			Risco		
Fatores	Idade	Escolaridade	Nº de filhos	Idade	Escolaridade	Nº de filhos
Alteração nas relações	0,1	0,8	0,6	1,0	+ 0,05*	0,6

* $\rho \leq 0,05$

Em relação às possíveis alterações na relação com amigos e familiares, depois do nascimento dos seus bebês, a grande maioria das participantes (39) relatou ter percebido que houve modificações (**tabela 55**), sendo que as participantes cujas gestações foram normais e fizeram este relato, foram as que apresentaram os maiores índices de depressão (**tabela 56**). As gestantes, que tiveram gravidez de risco (**tabela 57**) e que fizeram este relato, foram também as que possuíam os mais elevados níveis de escolaridade. A maior parte das mudanças que aconteceram foram positivas, no sentido de unir as pessoas em torno do bebê e de sua mãe. A percepção da maior parte das participantes é de que o filho uniu, principalmente, a família.

“Ah, acho que ficou mais próximo, né? Com os parentes que moram longe é mais difícil, né? Mas eles sempre ligam... Mas com os parentes do meu marido... eles vem sempre ver, então tá assim, né?” Gn 8

“Mudou para melhor, ficou todo mundo mais unido, minha menina mesmo chega agora do serviço doidinha, ela era muito saideira, agora ficou mais apegada a ele, fica mais em casa para ficar com ele.” Gr 19

Tabela 58. Projetos futuros das mães, após nascimento do filho: frequência

	Gestantes	Normais	Risco
Projetos*			
Pessoais		7	7
Com o bebê		17	13
Não tem projetos		1	3

* As respostas foram categorizadas

Com base na **tabela 58**, pode-se afirmar que, na sua maioria (30), as participantes desta pesquisa projetavam o futuro depois do nascimento, incluindo seus bebês recém-nascidos, com associação ou não de projetos pessoais também e outras 14 relataram somente projetos pessoais, dos quais os bebês não faziam parte.

Estes dados não sofreram grandes alterações quando comparados aos obtidos através da mesma pergunta, durante a segunda etapa da pesquisa, no terceiro trimestre da gestação (**tabela 39**). Este resultado demonstra que o filho havia sido incluído nos planos da mãe desde o período pré-natal, comprovando, desde então, o estabelecimento da vinculação necessária para que a nova criança fizesse parte da vida da mãe e da família que a receberiam.

6.3. Análise dos casos com diagnóstico de malformação fetal

Neste estudo, quatro gestantes com gravidez de risco tiveram a confirmação, no segundo trimestre gestacional, de que seus bebês apresentavam malformações. Os resultados referentes a este grupo de participantes serão apresentados a seguir. Para tanto, o grupo será chamado *Gmf (Grupo malformação fetal)* e as gestantes serão identificadas por números, de 1 a 4.

Caracterização

Quadro 3. Caracterização das participantes da pesquisa, que apresentaram gravidez com malformação fetal.

Participantes Malformação Fetal	Idade (anos)	Estado Civil	Renda familiar mensal (salários mínimos)	Escolaridade	Número de filhos	Número de gestações	Malformação
Gmf1	30	Casada	4,5	Médio Completo	3	4 ^a	Golf Boll (coração)
Gmf2	33	Casada	1,6	Médio Completo	2	3 ^a	Hidrocefalia
Gmf3	18	União estável	2,0	Fundamental Completo	0	2 ^a	Gastrosquize
Gmf4	23	Solteira	2,0	Fundamental Completo	0	1 ^a	Malformação óssea

A gestante *Gmf1*, casada, tinha 30 anos, três filhos e estava vivenciando sua quarta gestação. Seu grau de instrução era o ensino médio completo e a renda familiar mensal era de 4,5 salários mínimos. Através de exames ultrassonográficos realizados, a participante soube que o bebê que gestava apresentava um foco ecogênico, que recebe o nome de “golf ball” (LOPES, 2000). De acordo com o autor, “em pacientes de baixo risco a presença isolada do “golf Ball” tem pouco valor diagnóstico, sendo considerada variação do normal”, porém, devido à importância dada pela gestante a esta alteração morfológica e por apresentar um perfil muito parecido com os casos de malformação fetal, o mesmo foi considerado próprio para compor este grupo específico.

A gestante *Gmf2* estava com 33 anos de idade na época da pesquisa, grávida pela terceira vez e tinha dois filhos. Completou o ensino médio, era casada e tinha uma renda familiar de 1,6 salário mínimo. No início da gestação, suspeitava-se que seu bebê tivesse Síndrome de Down, devido ao resultado do exame de translucência nuchal. Depois da ultrassonografia realizada no segundo trimestre gestacional, detectou-se que o feto poderia ter hidrocefalia, mantendo a suspeita de uma malformação fetal.

A gestante *Gmf3*, com 18 anos, estava grávida pela segunda vez, após um aborto espontâneo na primeira gravidez. Vivia uma união estável, com renda familiar de dois salários mínimos e tinha cursado o ensino fundamental. O bebê que estava esperando apresentava uma gastrosquize, caracterizando uma malformação.

A gestante *Gmf4*, de 23 anos, era solteira, tinha o ensino fundamental completo e vivenciava sua primeira gestação, com renda familiar de 2,3 salários mínimos. O bebê que gestava apresentava malformação óssea e seu diagnóstico não estava definido.

Avaliação do Apego Materno-Fetal, Depressão e Ansiedade

Tabela 59. Índices de apego materno-fetal, ansiedade e depressão das gestantes, nas três etapas da pesquisa

Índices Participantes	Primeira			Segunda			Terceira	
	Apego	Ansiedade	Depressão	Apego	Ansiedade	Depressão	Ansiedade	Depressão
<i>Gmf1</i>	77	6	3	103	27	14	4	7
<i>Gmf2</i>	92	12	15	100	19	27	21	21
<i>Gmf3</i>	37	37	37	99	40	10	34	15
<i>Gmf4</i>	21	21	24	97	6	29	5	15

Conforme mostra a **tabela 59**, as quatro gestantes com feto com malformação apresentaram nível máximo de apego, tanto antes como após o diagnóstico da malformação fetal, verificando-se o índice mais elevado depois do diagnóstico, no terceiro trimestre gestacional.

Este dado confirma os resultados apresentados em outros estudos, onde se encontra que a presença de uma malformação no feto não interrompe a formação do apego materno-fetal (BRANDON et al., 2008; HEDRICK, 2005). Esta vinculação se forma e aumenta com o passar da gestação, como aconteceu tendencialmente com a maioria das gestantes que participaram deste e de vários outros estudos que abordam esta temática (BUSSEL; SPITZ; DEMYTTENAERE, 2010; CANNELLA, 2005; YARCHESKI et al., 2009). Porém, este achado deve ser considerado com cuidado pelo pequeno número de gestantes com fetos malformados deste estudo.

Os índices de ansiedade e depressão apresentaram-se, de modo geral, mais elevados do que aqueles do restante da população pesquisada (**tabela 1**), sendo que cada uma das quatro gestantes aqui estudadas apresentou, ao longo das etapas da pesquisa, uma evolução diferente destas medidas (**tabela 59**).

O nível de ansiedade da participante *Gmf 1* no segundo trimestre gestacional era mínimo, porém, no terceiro trimestre gestacional, após a confirmação do “golf ball”, a ansiedade desta gestante chegou a um nível moderado, voltando ao índice mínimo após o nascimento do bebê. Os níveis de depressão se distribuíram da mesma maneira, sendo mínimos antes do exame ultrassonográfico para confirmação do diagnóstico e após o

nascimento do bebê, e mais elevados após a confirmação do quadro, alcançando um nível leve.

No caso da participante *Gmf2*, o índice de ansiedade manteve-se leve durante as duas primeiras avaliações e, após o nascimento do bebê, elevou-se a moderado. No caso da depressão apresentada pela participante, houve um aumento significativo, no terceiro trimestre gestacional, de leve para moderado, permanecendo assim até período pós-natal.

Os índices de ansiedade apresentados pela participante *Gmf3* atingiram o nível grave nas três etapas da pesquisa. Já os índices de depressão foram de moderado, antes do exame ultrassonográfico, para leve, após o exame e também depois do nascimento do seu bebê.

A gestante *Gmf4* apresentou um índice de ansiedade moderado, antes do exame ultrassonográfico, que depois diminuiu ao nível mínimo, após a confirmação do diagnóstico, no terceiro trimestre gestacional, mantendo-se assim depois do nascimento do filho. Em relação à depressão, os índices mantiveram-se no nível moderado durante todo o período gestacional e reduziram-se ao nível leve, após o nascimento do bebê.

De acordo com Bretkopf et al. (2006), depois do parto, as mulheres, em geral, são menos ansiosas, o que se comprovou nesta pesquisa. Entretanto, entre as gestantes com fetos com malformações, somente duas (*Gmf1* e *Gmf4*) tiveram seus índices de ansiedade diminuídos.

A participante *Gmf2* apresentou ansiedade mais elevada após o nascimento de seu filho, chegando a um nível moderado. E, no caso *Gmf3*, estes níveis estiveram graves, desde o último trimestre gestacional. Estes resultados demonstram, mais uma vez, uma provável dificuldade de adaptação à realidade do filho com anomalia.

No que diz respeito aos índices de depressão, no entanto, somente a participante *Gmf3* apresentou um nível mais baixo de depressão após confirmação do diagnóstico, sendo que este índice aumentou após o nascimento do filho. Este aumento pode ser explicado pelas malformações aparentes que sua criança apresentava e que, segundo Perosa et al. (2009), elevam a possibilidade do desenvolvimento de quadros ansiosos e depressivos nas mães.

Análise das Entrevistas

Através das três entrevistas, realizadas para investigar a relação de apego entre a mãe e seu filho, fez-se a sondagem dos sentimentos vivenciados pelas participantes e também os comportamentos considerados demonstrativos de afeição e ligação da mãe para com o filho, tais como, conversas com o bebê intraútero e depois de nascido, idealização e confirmação da imagem que a mãe fazia da sua criança, escolha e permanência do nome, bem como os preparativos para o nascimento, que indicariam este apego.

Antes da confirmação do diagnóstico, além da relação de apego, perguntou-se às gestantes sobre o desejo, o planejamento e a descoberta da gravidez, bem como sobre as expectativas para a ultrassonografia que realizariam. Especificamente após a realização da ultrassonografia, foi investigado o possível impacto que o resultado do exame ultrassonográfico causou nestas gestantes. Também foi abordado, após o nascimento do filho malformado, o impacto deste acontecimento na vida destas mães.

A literatura, que aborda o nascimento de crianças com malformações e as reações paternas a esta situação, relata que, em quase a totalidade dos casos, ocorre o luto pelo filho perfeito e sonhado, que não nasceu (PETEAN, 2004, VASCONCELOS; PETEAN, 2009). Para que este luto seja elaborado, é preciso ocorrer um processo de adaptação ao filho real. Para que esta adaptação aconteça, as fases (choque, negação, tristeza e raiva, equilíbrio e reorganização), descritas por Irvin, Klaus e Kennel (1993) têm sido utilizadas para explicar este fenômeno pela grande maioria dos autores da área.

Atualmente, com o desenvolvimento da ultrassonografia e a sua utilização como prática clínica básica durante os exames pré-natais, este processo de adaptação ao bebê real tem-se iniciado antes mesmo do seu nascimento. Os pais precisam começar a adaptar-se à nova realidade a partir do momento em que é gerada a suspeita de uma malformação intraútero, que posteriormente é confirmada, através de um exame ultrassonográfico especializado.

Assim aconteceu com as gestantes deste grupo específico. De acordo com o seu relato, pode-se perceber que as gestantes vivenciaram pelo menos as quatro primeiras etapas do processo de adaptação, durante o período em que esta pesquisa foi realizada: choque, negação, tristeza e raiva e equilíbrio.

Gestação

Todas as que gestavam fetos malformados desejaram a gestação, mas, somente uma delas (Gmf4) planejou previamente a época em que queria engravidar.

“Então, ó, eu queria mais um neném mas mais pra frente... Porque eu gosto de criança, gosto sabe, mas não agora. Não estava nos nossos planos ainda. Ele trabalha com Publicidade e Propaganda, é bem complicado... então...” Gmf1

“Com 18, 19 anos eu já queria engravidar. É, até então eu queria engravidar de qualquer pessoa, o que importava pra mim era o meu filho. Ai depois que eu engravidei mudou, né, porque eu queria mais que o pai estivesse do lado. Mas hoje ele não quer.” Gmf4

O não planejamento da gestação condiz com os dados encontrados em diversas pesquisas (OKINO, 2002; PETEAN, 2004; VASCONCELOS, 2009). O fato de, na maioria, as gestações não serem planejadas pelos casais, não significa que não sejam desejadas, mesmo para as gestantes cuja gravidez é considerada de risco. Isto que se comprovou neste estudo com todas as gestantes, normais e de risco.

Somente uma das gestantes (Gmf3) soube da gravidez devido a atraso no ciclo menstrual. Todas as outras perceberam os sinais físicos característicos e comprovaram a gestação através de exames.

“Ah, eu passei muito mal e eu fiz uma teste de farmácia.” Gmf3

No caso destas gestantes, comprova-se que “muitas manifestações adaptativas da mulher à gravidez são facilmente reconhecíveis e constituem importantes elementos para o diagnóstico e para a avaliação da prenhez”. (ROCHA; SIECZKO; PEREIRA, 2005, p. 75)

Relação de apego

No segundo trimestre gestacional, ao serem questionadas sobre o que sentiam em relação aos bebês que esperavam, a maioria das gestantes cujo feto tinha suspeita de malformação relatou sentimentos como preocupação e medo.

“Ah, eu acho que é amor, né. Ah, eu não sei te explicar o que eu sinto agora...Mas é bom, igual quando o médico no primeiro ultrassom deu o probleminha que ele falou, o médico me explicou mas eu fiquei preocupada. Me deu vontade de chorar, tudo, que ele falou que era no coração do nenê... Então eu to meio assim, sabe, sem saber o que é. Meu médico falou que pode ser um erro, pra eu não ficar... mas eu fiquei preocupada, eu fiquei chorando...” Gmf1

“Ah, eu quero muito, muito mesmo mas eu tenho medo que nem eu pus na cabeça, o médico não deu certeza mas falou que pode ser, pelos exames, mas eu pus na minha cabeça que eu vou levar a gravidez os 9 meses e eu espero que não assusta né, o que for vai ser e se não for.... eu espero que não seja nada, eu peço pra Deus, mas... se for que eu não fique assustada.... né...” Gmf2

“Ah, ta muito difícil agora, né. Eu fiquei sabendo a semana passada.” Gmf4

. O impacto do possível diagnóstico já podia ser notado pelas respostas das participantes e também pelos índices moderados de ansiedade apresentados pelas gestantes Gmf3 e Gmf4 (tabela 59), apesar de não ter sido expresso verbalmente por Gmf3. Pelo

contrário, esta gestante fala somente sobre sentimentos positivos (amor e contentamento) em relação a seu filho.

“Muito amor, muito amor.” Gmf3

Uma possível explicação para a não verbalização de uma preocupação mais intensa, por parte desta gestante, talvez seja o fato de ainda não ter conhecimento mais detalhado e claro do que seu bebê poderia desenvolver. Assim, não sabia explicar o que poderia acontecer, conforme relato da própria participante.

“Ai, eu não sei. Está tudo no protocolo, mas eu não entendi muito bem, acho que tem alguma coisa no cordão umbilical, então eu quero tirar a minha dúvida (na ultrassonografia que realizaria).” Gmf3

De qualquer forma, a preocupação e o medo relatados pelas participantes dirigem-se à preservação da vida do feto e, além disto, mesmo com as suspeitas de malformação, as gestantes também nutriam sentimentos positivos em relação aos filhos, o que pode justificar-se pelos índices elevados de apego materno-fetal apresentados por esta população (**tabela 59**). Estes resultados não diferem daqueles apresentados pelas demais gestantes estudadas, com gravidez normal e de risco.

A formação do apego também é bastante influenciada pelos movimentos fetais que comprovam, definitivamente, a presença do bebê dentro do útero materno (DI PIETRO, 2010; LAXTON-KANE; SLADE, 2002; SCHMIDT; ARGIMON, 2009). Como a primeira etapa desta pesquisa foi realizada durante o segundo trimestre gestacional, e é neste período da gravidez que os movimentos ficam mais evidentes para a gestante, sugere-se que, de fato, os altos níveis de apego materno-fetal apresentados pela população estudada nesta pesquisa devem-se, em grande parte, ao contentamento que a maioria das participantes relatou sentir quando seus bebês se movimentavam.

Esta situação não é diferente entre a maioria das gestantes deste grupo. Três delas sentiam-se contentes quando os movimentos aconteciam.

“Ai, eu fico doida, né. Quando ele mexe eu converso com ele. Adoro quando ele mexe.” Gmf4

Somente uma das gestantes (Gmf1) não apresentava este contentamento.

“Ah, me dá um mal estar... Incomoda um pouco, assim, pouquinho, né. Às vezes eu to em pé e ele começa a se mexer...” Gmf1

Interessante é que, mesmo tendo outros três filhos, esta gestante (*Gmf1*) tem a percepção de que os movimentos fetais são incômodos. Da mesma forma que Pirim (2005) afirma que, para cada mulher, a gravidez e o parto são vivenciados de maneiras diferentes, pode-se pensar que, para a mesma mulher, cada gestação constitui uma nova relação com sua própria imagem, com seu papel de mãe e com o feto que vai nascer. De acordo com a autora, a experiência gestacional prévia não impede que os movimentos fetais causem ansiedade e culpa, nem que sejam sentidos com estranheza e medo (PIRIM, 2005). Neste caso específico, pode-se pensar também que a situação de ter um filho com malformação é lembrada a todo momento em que ele se manifesta com sua movimentação, sugerindo uma possível dificuldade de aceitação deste bebê.

Mesmo assim, os índices de apego materno-fetal atingiram o nível máximo para esta gestante (*Gmf1*) e para as demais participantes aqui estudadas (**tabela 59**). Por sua vez, estes resultados estão em conformidade com aqueles obtidos depois da confirmação da malformação fetal em seus filhos, quando as gestantes continuaram demonstrando sentimentos positivos em relação a eles. No entanto, neste momento, o medo do que poderia acontecer é mais claramente manifestado por elas, inclusive por aquela que só dizia sentir amor pelo bebê antes da confirmação do diagnóstico (*Gmf3*).

“To meio com medo porque ta no final, mas eu to feliz. Não vejo a hora de ver ele... de ver, de cuidar...”Gmf2

“Medo. Medo do que pode acontecer...”Gmf3

Este medo que as gestantes sentiam é sugestivo de uma ansiedade que vai além daquela esperada para a época gestacional que viviam, no terceiro trimestre. Este sentimento, muito provavelmente, estava relacionado com a confirmação da malformação fetal, pois, de acordo com Antunes e Patrocínio (2007), este diagnóstico sempre tem repercussões violentas nas expectativas da mãe, relacionadas com a finalização de um sonho. Mas, por outro lado, apesar de haver medo e apesar de estarem gerando um filho que não era o sonhado, as participantes ainda apresentavam altos índices de apego materno-fetal, o que também comprova, mais uma vez, que o importante para a mãe é que aquele feto é seu filho, acima de qualquer problema gestacional, como ressalta Hedrick (2005).

Tanto é verdade, que a gestação destas participantes, apesar da malformação e de tudo o que isto implica, apresentou elementos esperados para qualquer tipo de gravidez. Comprovou-se que a ligação entre mãe e filho aumenta com a intensificação dos movimentos

fetais, também neste grupo, principalmente a partir do segundo trimestre gestacional, bem como com o avanço da própria gravidez, assim como já afirmaram Cranley (1981), Lindgren (2001) e Salisbury et al. (2003). As gestantes manifestaram maior intimidade através de conversas que passaram a ter com o feto, mais frequentemente, a partir deste período intermediário da gestação.

Antes da confirmação do diagnóstico, as quatro participantes afirmavam que conversavam com seus filhos ainda dentro do útero. Com o passar do tempo, já no terceiro trimestre gestacional, após a confirmação da malformação, três, destas quatro gestantes, relataram intensificação do contato com os filhos, seja com conversas, seja com contato físico através de sua barriga.

“(A conversa) Aumentou porque ele mexe bastante, ele põe o pé nesse ossinho aqui e faz um calombinho, então eu venho e falo, ai, tira o pé daí, assim, então... Fico mexendo na barriga pra ver se mexe...”Gmf1

Somente uma delas (Gmf4) relatou que as conversas diminuíram no terceiro trimestre gestacional e após o diagnóstico da malformação fetal, ao que se pode pensar que um feto malformado causa impacto na gestante e torna-se angustiante e desestruturante para ela, podendo provocar um rápido desinvestimento na gravidez (SOUSA⁴, 2003 *apud* ANTUNES; PATROCÍNIO, 2007). Este afastamento do feto também foi observado em pesquisa realizada por Tarelho e Perosa (2001), em que as mães com a notícia de uma malformação mais grave desligaram-se afetivamente de seus bebês, reestabelecendo o vínculo somente depois de seu nascimento.

“Ah, eu não converso muito não.”Gmf4

Depois do nascimento dos filhos, as mães relataram conversar com eles da mesma forma que no período pré-natal, ou até mais. Aquela, porém, que relatou não conversar muito com o bebê no final da gestação (Gmf4), mantinha a mesma postura após o nascimento do filho.

“Ah, eu não converso muito não. Eu brinco um pouquinho... mas eu não tenho muita paciência não. Minha mãe fica brava comigo... Mas é assim. Eu brinco com ela, assim. Eu ensino ela bater palminha, ela mostra a língua... E ela ta aprendendo as coisas devagarzinho, mas quem conversa mais com ela é a minha mãe.”Gmf4

⁴ SOUSA, S. A saúde do feto. In: SÁ, E. (Ed.). **Psicologia do feto e do bebê**. Lisboa: Fim do Século, 2003, p. 39-66.

Esta mãe (*Gmf4*) relatou que também ela nasceu com uma malformação óssea, que foi corrigida com cirurgias, conforme aconteceu com sua filha recém-nascida. Talvez este fato interfira significativamente em sua relação com a filha, uma vez que poderia haver o pensamento, mesmo que inconsciente, de que a “herança de malformação” vinha dela própria, sentindo-se, portanto, culpada. Foi a única gestante deste grupo que planejou a gestação, o que pode contribuir para que esta mãe tenha mais dificuldade em lidar com uma problemática que ela pensa ter ela mesma desejado e provocado. De acordo com Tarelho e Perosa (2001), todos estes sentimentos podem levar a um desligamento do feto e, posteriormente, a uma esquiva do contato com o recém-nascido, exatamente conforme aconteceu neste caso específico.

Uma outra manifestação da vinculação que já se desenvolve é a idealização do filho por parte da mãe grávida. Além de intensificar as conversas entre mãe e filho, os movimentos fetais também propiciam que o bebê seja idealizado. Isto acontece, tanto pela interpretação destes movimentos, quanto pela presença do feto que, a partir de então, é realidade. (LAXTON-KANE; SLADE, 2002; PICCININI et al., 2004)

Antes da confirmação do diagnóstico, a idealização que estas gestantes faziam de seu filho foi bastante variada. A gestante *Gmf1* pensava em uma criança semelhante a seus outros filhos; a gestante *Gmf3* idealizou características comportamentais semelhantes às dos próprios pais; a gestante *Gmf4* idealizou características físicas, como cor de pele e de cabelo.

“Eu acho que é do jeito do P.. Eu penso que ele vai ser um nenezinho igual o P., igual a F.... Eu imagino bebê igual é bebê, sabe..” Gmf1

“Olha, eu imagino. Se puxar o gênio do pai e da mãe vai ser irritadíssimo. Sempre bravo mas amoroso, querendo ou não ele sabe ser amoroso.” Gmf3

“Porque o pai é negro, então eu não consigo imaginar se vai ser branquinho, não sei... Eu penso mais no cabelinho, cabelinho duro, encaracolado....” Gmf4

Somente uma delas (*Gmf2*) pensava no bebê com a malformação que poderia ser aparente e visualizava esta possibilidade como uma característica física do filho.

“Então, eu penso nele como uma criança normal ou numa criança que pode vir com a síndrome, né.” Gmf2

Todas as outras participantes deste grupo idealizaram crianças sem qualquer anomalia. Isto reforça a hipótese de que a ansiedade gerada pela possibilidade de uma malformação é

muito grande e que, para prosseguir com a gestação, a grávida recorre a pensamentos fantasiosos de que terá um filho perfeito (PIRIM, 2005).

Este tipo de pensamento caracteriza a necessidade de negação que parece fazer-se presente frente a esta possibilidade de anomalia fetal. Assim, pode-se pensar também que este mecanismo de defesa auxilia a gestante, neste momento, na manutenção do apego em formação.

Além dos comportamentos demonstrativos de apego já salientados, as gestantes já haviam escolhido o nome para seus bebês e iniciado os preparativos para sua chegada, manifestando comportamentos considerados atrelados ao papel de mãe. Ou seja, já no segundo trimestre gestacional, as gestantes possuíam, mesmo que fantasiosa, uma representação psíquica do bebê que já era portador de um nome (SOUZA, 2003 *apud* ANTUNES; PATROCÍNIO, 2007).

Um dado interessante e semelhante, entre estas quatro gestantes, diz respeito à não preferência por um sexo específico para seu bebê.

“Pra mim dessa vez tanto faz. Podia vir menino ou menina que ... eu já tenho os dois...” Gmf1

A postura de aceitar o sexo da criança incondicionalmente que, de acordo com Nichols, Roux e Harris (2007), é esperada entre as primíparas, também foi adotada pelas duas múltiparas deste grupo. Pode-se supor que o fato de já terem filhos de ambos os sexos faz com que qualquer sexo seja bem-vindo. Outra hipótese a ser considerada é que, com a suspeita da malformação, o que mais importa neste momento é a saúde do feto e a evolução da gestação. Este fato se confirmou quando as gestantes informavam a expectativa que tinham para a ultrassonografia que realizariam.

Estas quatro gestantes consideravam que a ultrassonografia seria realizada com o intuito de saber a evolução da gestação e, principalmente, para confirmar ou não as suspeitas que todas já tinham da existência de uma malformação em seus fetos.

“Que dê negativo, né. Que foi um engano.” Gmf1

“Ai, eu espero que eles falem que o meu neném está muito bem, que foi um erro... E... que eles falem o sexo da criança... Mas eu quero mais ainda que eles falem que não é nada, que está tudo normal...” Gmf3

As quatro participantes estavam realizando este exame por indicação médica, devido à hipótese levantada de uma anomalia, o que pode ter aumentado a ansiedade deste grupo de grávidas, justificando os níveis moderado e grave a que chegaram os índices de ansiedade destas gestantes. Isto reforça que o aumento da ansiedade, durante a gestação, pode estar significativamente associado a anomalias neonatais congênitas e ao aumento do risco de complicações, conforme afirmam Breilkopf et al. (2006).

Com a realização do exame ultrassonográfico, confirmou-se a suspeita da malformação para três destas quatro gestantes. Entretanto, para a gestante *Gmf2* não foi confirmada a Síndrome de Down em seu bebê (sua suspeita diagnóstica), mas ainda continuava a dúvida sobre um possível quadro de hidrocefalia.

“Ah, falaram que tinha a bolinha, que tinha o Golf Ball no coraçãozinho, mas que não era grave porque era por fora, era uma bolinha no coraçãozinho mas que eu não era pra me preocupar...” Gmf1

“Bom, ele viu tudo, falou que estava tudo bem, que não tinha mais o líquido na cabeça e a questão da medida que tinha dada alterada agora é só na hora que nascer... Então ele acha que não tem nada, pode ser que tenha, mas ele acha que não tem nada.” Gmf2

Três gestantes relataram que receberam como resultado do exame a confirmação do diagnóstico de uma malformação fetal, isso porque o exame ultrassonográfico propicia um diagnóstico mais preciso e eficaz de alterações fetais, podendo confirmar hipóteses ou não. (MAUAD FILHO et al., 2006). No caso da gestante *Gmf2*, continuava a suspeita sobre o diagnóstico da malformação de seu filho, e talvez este fato justifique o nível grave da ansiedade que esta participante apresentava no final da gestação (**tabela 59**).

Durante o terceiro trimestre gestacional, presenciavam-se mais duas fases (tristeza e equilíbrio) do processo de adaptação à notícia da malformação fetal, oscilando ainda com a vivência das duas anteriores (choque e negação).

Quando as gestantes falavam sobre a confirmação da anomalia em seus fetos, a atitude era de negação, numa tentativa de suavizar uma realidade que lhes era tão dura e difícil de encarar.

“Ah, eles falaram pra mim que ele vai nascer com um probleminha que vai se resolver com um cirurgia,... aí eu fiquei mais tranqüila...” Gmf3

Com isto, os comportamentos de apego não cessaram, mas se alteraram com os sentimentos positivos em relação ao feto, acrescidos de ansiedade e medo.

“Medo. Medo do que pode acontecer...” Gmf3

Em relação aos nomes e às idealizações, o pensamento das mães continuava o mesmo e as conversas e os preparativos para o nascimento até se intensificaram. Isto não ocorreu com a gestante *Gmf4*, que parece ter desinvestido emocionalmente no filho, depois da confirmação do diagnóstico, demonstrando, por vezes, choque e, também tristeza, pela situação.

A gestante *Gmf2* alternava o seu pensamento, visualizava uma criança com alguma anomalia, mas, mudava o pensamento rapidamente na direção oposta, imaginando um bebê sem problema.

“Então, eu imagino ele normal e imagino ele com problema, né, que é a Síndrome de Down, mas eu vejo mais pro lado normal... um menino assim... não sei... não consigo visualizar...” Gmf2

Manter a idealização de um filho perfeito, mesmo após o diagnóstico ou a suspeita de uma malformação, pode representar um mecanismo de defesa da mãe ou até mesmo uma negação da realidade, que necessitam ser melhor compreendidos pelos profissionais de Saúde. Para estas gestantes, neste estudo de caso, não aconteceu a transição esperada para o terceiro trimestre gestacional sugerida por Piccinini et al. (2004), que seria o bebê ideal dar lugar ao bebê real. Para elas, o bebê real somente foi conhecido com o parto, pois as mães adiaram mentalmente este encontro frustrante, o máximo que conseguiram.

Mais uma vez, vê-se este distanciamento do contato com o bebê real como uma possibilidade para que a gestante possa ainda se dedicar aos preparativos para o nascimento. Das quatro gestantes deste grupo, duas delas diziam já ter tudo pronto (*Gmf1* e *Gmf2*).

“Ah, já arrumei tudo. Já arrumei o quarto, já arrumei o berço... A roupa já está toda lavada, só está esperando ele.” Gmf2

Considerando a negação da realidade como um mecanismo de defesa neste momento da gestação, entende-se que as grávidas utilizem tais preparativos também como uma tentativa de fuga. Por outro lado, ter as atenções voltadas para a preparação de uma chegada indesejada é angustiante e, talvez por isto, as outras duas (*Gmf3* e *Gmf4*) não tenham conseguido terminar os preparativos até o nascimento dos filhos.

Após o nascimento dos bebês, nota-se que algumas reações, como choque, negação e tristeza, estavam presentes nos relatos das participantes.

Quanto ao apego, agora entre as mães e seus filhos nascidos e após o primeiro impacto do nascimento desta criança malformada, as quatro mães relataram sentimentos positivos em relação a eles.

“Ah... É um amor louco, igual, amamentar, eu não quero tirar o peito porque é tão bom ele me olhar, é tão bom, se eu puder deixo ele mamar até...” Gmf1

Como a criança que nasceu não constitui o bebê idealizado nos sonhos da mãe, é necessário que o novo bebê se torne familiar e bem-vindo. De acordo com Antunes e Patrocínio (2007), quando acontece o nascimento de um bebê malformado, existe, da parte dos pais, uma necessidade de afeiçoamento a ele, para que possam lidar com a frustração de não gerar uma criança perfeita.

Neste estudo, esta frustração não foi revelada pelas mães, mas sugerida através dos níveis moderado e grave de ansiedade, que algumas delas (**tabela 59**) apresentaram após o nascimento de seus filhos, corroborando os resultados de Perosa et al. (2008), que encontraram níveis altos de ansiedade e depressão em mães de crianças com malformações visíveis.

Quanto à idealização que faziam de seus bebês, duas das quatro mães deste grupo não confirmaram o que elas imaginavam dos filhos no período gestacional, sendo diferentes, física (*Gmf4*) e comportamentalmente (*Gmf3*), do esperado.

“Mas eu pensava ele agitado, isso ele não é. Ele é calmo, dorme muito, come tudo o que vc dá pra ele comer. Mama de tudo. Eu imaginava ele assim: gordinho e moreninho. Ele só não é gordinho. Ele é moreninho e grandão. Ele é a cara do pai dele.” Gmf3

“Eu achava que ela ia ser uma menininha bem pretinha, eu esperava uma menininha bem pretinha, com o cabelinho ruim (risos), bem cabeluda, mas ela não veio...” Gmf4

Com o nascimento, não há mais como protelar o encontro com a criança real, conforme as mães vinham fazendo até o final da gestação, quando ainda idealizavam bebês sem anomalias. Neste sentido, supõe-se que, em resposta ao choque causado por este encontro, seja difícil para a mãe visualizar qualquer característica sonhada para o filho.

“É, é mais lindo ainda. E olho no olhinho dele e vejo que é meio clarinho, tem o olho bonito, a sobrancelha, quando ele fica bravo e dobra a sobrancelha.”Gmf1

Outra hipótese é a de que ser o filho mais bonito que o esperado pode indicar alívio para a mãe, por não ter ele uma malformação aparente ou pelo fato de estar bem, sem ter precisado de qualquer procedimento ou cuidado especial.

A malformação não aparente do filho da participante *Gmf2* também pode ter influenciado para que esta mãe tenha relatado que houve confirmação da idealização de que o filho nasceria “normal”, mesmo tendo uma hidrocefalia.

“Eu acho. Tirando aquela parte que eu tinha medo, eu achava que ele ia ser normal. Eu nunca sonhei com ele que ele tinha síndrome de Down, sempre sonhava que ele era normal.Gmf2

No caso desta mãe, houve a necessidade, durante todo o período do estudo, de afirmar que o filho era normal, apesar da suspeita de hidrocefalia, demonstrando, claramente, negação da realidade. Entretanto, esta negação não impediu que ela apresentasse níveis moderados de ansiedade e depressão, o que possivelmente é um indício de que tinha consciência da gravidade da situação, comprovando seu esforço para adaptar-se ao filho. Um dado que deve ser destacado, em relação a esta mãe, é o fato de já ter tido um filho com uma deficiência intelectual moderada e ter que conviver com a hipótese de um outro filho com o mesmo quadro. Este fato constitui mais um motivo para que negue a condição do feto.

De acordo com Irvin, Kennell e Klaus (1993), normalmente já existe a tarefa, entre os pais de qualquer criança, de conciliar a imagem idealizada do bebê com a realidade. No caso de um bebê que nasceu com uma malformação, a discrepância é muito maior e “os pais devem lutar para fazer esta grande e necessária adaptação” (p. 247).

Um aspecto relacionado com esta adaptação é a disponibilidade da mãe para cuidar dele. Neste estudo, todas as quatro mães relataram que somente elas desempenharam esta função, sem a ajuda de terceiros.

“Foi. Eu fiz tudo.”Gmf3

“Eu, desde o começo.”Gmf4

Apesar de receberem ajuda de familiar e/ou terem o pai da criança presente, todas tomaram para si a incumbência dos cuidados com o bebê, sentindo como uma obrigação somente sua. Esta postura aparentou uma necessidade de demonstrar, ora que eram capazes de cuidar do filho, mesmo com a sua problemática, ora que o fato da malformação do filho era

algo de que elas precisavam dar conta, já que foram as progenitoras de tal quadro e desta forma aplacariam a culpa.

Este comportamento pode demonstrar uma busca de equilíbrio e reorganização por parte das participantes, uma vez que, à medida que os sentimentos de angústia da mãe diminuem, é notável “um ajustamento cada vez maior à situação e uma confiança em sua capacidade para cuidar do bebê” (IRVIN; KENNEL; KLAUS, 1993).

No entanto, esta tentativa, de forma alguma, elimina os sentimentos e comportamentos característicos das outras fases de adaptação à criança que não era a desejada, tais como choque, tristeza e negação. Estas reações acontecem, para cada mãe, conforme constatado neste estudo, de uma forma e em uma velocidade específicas.

Em relação ao desempenho do papel social da mãe, através de passeios com o filho e recebendo visitas em casa, em função da criança, somente duas mães (*Gmf2* e *Gmf4*), dentre as quatro, relataram passear com seus bebês. No entanto, as quatro relataram que recebiam visitas em casa, em função do nascimento dos filhos.

Muitas vezes, neste contato social, a exposição do filho pode ser uma tarefa difícil para a mãe, que não carrega em seus braços o bebê que sonhara ter. Esta perda do bebê sonhado leva a um luto, chamado por Antunes e Patrocínio (2007) de “normal”, que predispõe a mãe a preocupações e sentimentos de culpa, assim como hostilidade em relação ao meio e mudanças nos comportamentos. De acordo com os autores, este processo de luto é a única saída da depressão que pode instalar-se neste momento.

Impacto do exame

As quatro participantes aqui estudadas relatam que houve mudanças em sua ligação com o filho, depois do exame ultrassonográfico realizado durante o segundo trimestre gestacional. Para três participantes, as mudanças foram positivas.

“Mudou. Mudou muito, eu fiquei mais tranqüila e senti que pode dar certo. Melhorou muito porque eu vi que ele está forte, está forte, está grande.” Gmf3

A mudança positiva relatada pelas mães significa um aumento ou intensificação dos sentimentos que unem a mãe a seu filho. Uma explicação possível para tal mudança pode ser o avanço da idade gestacional, que geralmente implica em aumento na intimidade com o filho e apego a ele (BUSSEL; SPITZ; DEMYTTENAERE, 2010; LAXTON-KANE; SLADE, 2001). Uma outra hipótese é que o exame ultrassonográfico realizado, por possibilitar a

visualização do feto e, neste caso, o maior detalhamento do quadro de malformação, pode propiciar uma maior aproximação por parte da mãe com relação a seu bebê, como aponta a literatura a respeito (DI PIETRO, 2010; ROWE; FISHER; QUINLIVANT, 2009; STORMER, 2003; YARCHESKI et al., 2009). Somente no caso da gestante *Gmf4* houve um desinvestimento afetivo no bebê ainda intraútero, confirmando os dados de Tarelho e Perosa (2001).

Em relação à própria saúde, nenhuma delas relatou ter sentido qualquer alteração durante a gestação. No entanto, em sua relação social e com familiares, todas as participantes relataram que houve mudança em decorrência da gestação, sendo que esta mudança foi para pior.

“Estou com mal-humor, estou cansada, começa a me cansar, sabe, vem cansada, vem um monte de coisa. Aí eu quero ficar quieta, não quero ninguém, não quero ver gente, sabe...” Gmf1

“Mudou. Eu estou muito nervosa por causa do serviço e do pai dela, né. Que se afastou quando eu engravidei...” Gmf4

As mudanças relatadas pelas gestantes dizem respeito a comportamentos alterados, principalmente delas em relação aos outros, e não dos outros em relação a elas. Neste sentido, vale destacar que todas as grávidas deste grupo aparentavam consciência de que estava acontecendo algo bastante complexo em suas vidas, que exigia maior empenho emocional da parte delas, gerando a sensação de desgaste e esgotamento psíquico.

Seus relatos também demonstraram que, apesar de não estarem se relacionando bem com as pessoas a sua volta, pelo seu próprio estado emocional, elas tinham uma rede de apoio ao seu lado, principalmente de suas próprias mães. Este suporte, muito provavelmente, foi fundamental para o apego que conseguiram estabelecer durante o período gestacional, confirmando o que Antunes e Patrocínio (2007) afirmam: de que o apoio familiar e o social são fatores fundamentais para enfrentar uma situação tão avassaladora quanto o diagnóstico de uma malformação fetal.

Mais uma vez, os resultados mostram que o impacto desta notícia interfere em vários aspectos, sociais e emocionais, da vida da mãe. Porém, não impede a formação do vínculo materno-fetal, uma vez que todas relataram aumento na sua ligação com seu bebê não

nascido. Esta ligação é tão importante que as gestantes não se queixam de problema algum de saúde, indicando que estavam totalmente voltadas para aquela criança que iria nascer, sem se preocuparem com elas mesmas.

No entanto, o fato de que uma malformação fetal interfere no modo como a mãe se relaciona com as pessoas que a circundam foi comprovado, pois as gestantes relataram mudanças nas suas relações sociais, antes e depois do nascimento de seus filhos.

Todas as quatro gestantes relataram que incluíam, em seus projetos futuros, os filhos que ainda gestavam.

“Então agora, em matéria de filhos, eu já até procurei o posto pra fazer aconselhamento familiar, pra não ter mais, porque é muito difícil... E assim, tentar curtir, porque como vai ser o último filho, tentar curtir mais do que os outros. Não porque eu goste mais, mas faz sete anos que eu tive o meu menor, então eu quero bajular mais, sabe? Coisa que eu não fazia pro outro eu vou tentar fazer por ele.”Gmf1

“Ah, é cuidar dela, criar ela... ficar junto pra cuidar dela...”Gmf4

Isto demonstra uma busca pelo equilíbrio necessário para exercer seu papel de mãe e adaptar-se à nova realidade do filho nascido.

Impacto do nascimento

Todas as quatro participantes relataram mudanças positivas em sua ligação com os filhos no período pós-natal. No entanto, é importante salientar que, inicialmente, logo após o nascimento, três delas mostraram dificuldades de aceitação do filho (Gmf 2, Gmf3 e Gmf4).

“Ah, mudou bastante. Porque assim, é até difícil a gente falar, mas até um mês e meio dele eu num..... eu não estava muito ligada, sabe... Mas aí depois as coisas foram mudando... O tempo foi passando e a coisa ficou melhor...”Gmf3

“Ah, primeiro eu rejeitei ela. Quando eu vi ela na encubadora primeiro eu desmaiei porque eu não sabia do joelho. O joelho era virado ao contrário e o pé ficava batando no rostinho dela, porque agora ela está bem grande e não fica mais... Aí eu não quis por a mão nela nada, não quis ficar com ela. Mas isso durou 5 minutos só... Aí minha mãe ficou falando pra mim por a mão nela, e eu não queria colocar, mas aí na hora que eu coloquei, parece que o amor entrou pela minha mão. Eu pus a mão na cabecinha dela aí a partir dali ela é tudo na minha vida.”Gmf4

É muito difícil para as mães de filhos doentes, ou com problemas, adaptarem-se à realidade do bebê que não foi idealizado, conforme Perosa et al. (2009). As autoras afirmam ser difícil para as mães “especialmente frente a quadros graves que acarretam grande

frustração, quebram expectativas relacionadas ao desempenho da maternidade e trazem mudanças na estrutura familiar” (p. 437). É provável que estas três mães (*Gmf2*, *Gmf3* e *Gmf4*) estivessem com dificuldades de aceitação do filho, buscando adaptação a esta realidade.

A única mãe que não relatou esta dificuldade foi a participante *Gmf1*, que apresentou sinais de maior busca pelo próprio equilíbrio emocional, sem atitudes de rejeição e incluindo o filho nos projetos da família para o futuro, desejando para ele o mesmo que para os outros filhos. Talvez isto tenha acontecido pelo fato do bom prognóstico do quadro que seu filho apresentava, não sendo considerado como uma malformação. Assim, com o nascimento, houve a constatação de que não existia, de fato, algo que comprometesse o desenvolvimento da criança, havendo a confirmação de um bebê aparentemente saudável.

O mesmo não ocorreu com as gestantes *Gmf3* e *Gmf4*, que foram as únicas deste estudo a relatarem alterações em sua saúde depois do nascimento de seus filhos. As outras duas não sentiram qualquer mudança neste aspecto.

“Mudou. Eu tive cisto da uretra, tive que fazer cirurgia... Agora eu continuo tratando com a uro lá do HC, né, porque está com suspeita de um outro cisto na uretra, mas assim, algumas coisinhas assim... O humor também muda muito, ficou péssimo. Eu me irrita muito fácil com as coisas, com bagunça, grito, é.... televisão alta me irrita, som alto me irrita...”
Gmf3

*“Eu tenho muita, muita, muita enxaqueca, muita mesmo. Eu não consigo cuidar dela à noite porque eu fico muito mal mesmo. E eu tenho muita coisa de mulher de corrimento, muita cólica, tipo... muita dor na cesária, mas eu nunca fui atrás.”**Gmf4*

Estas duas mães, que relataram sentirem-se fisicamente mal, foram as que tiveram filhos com malformações aparentes, os quais necessitaram de cirurgias e internações após o nascimento. A gestante *Gmf4* foi a única deste grupo que alterou o nome de seu bebê após o nascimento do mesmo, demonstrando realmente grande dificuldade para aceitá-lo.

A ansiedade gerada pela incerteza, vivenciada pelas gestantes no período pré-natal, claramente perdura depois do nascimento, devido à constatação visível das anomalias físicas que seus filhos possuem. Esta alteração na vivência afetiva das mães pode manifestar-se de diversas formas, inclusive fisicamente. No caso das mães (*Gmf3* e *Gmf4*), todas as mudanças na saúde, relatadas, relacionaram-se com aspectos emocionais, mesmo porque suas angústias não cessaram com o nascimento dos filhos, e persistiram em decorrência das consequências

do quadro que seus bebês apresentaram (Gastrosquize e Malformação Óssea). De acordo com Perosa et al. (2008), mães de crianças com malformações aparentes são as que mais se perturbam com “incertezas geradas pelos cuidados que requerem suas crianças”. (p. 33)

Um fator importante a ser considerado é que estas mães -Gmf3 e Gmf4- sentiram que suas relações sociais e com familiares melhoraram, que ganharam respeito dos outros e delas mesmas.

“...eu aprendi a respeitar mais as pessoas. Mas com gente que merece, né...” Gmf3

“É, agora as pessoas me respeitam mais, né. Todo mundo me trata como mulher agora, né.” Gmf4

Assim, como a incerteza de saber cuidar de seu filho, também pode existir o conforto emocional constituído a partir do convívio com esta criança e consequente constatação diária de sua competência, frente a estes cuidados. Nesta oscilação de sentimentos, pode surgir com dificuldade, mas gradativamente, a confiança em si mesma, refletida socialmente na vivência de seu papel de mãe frente às pessoas que a circundam, bem como a si mesma.

Esta maior confiança, certamente, interfere nos projetos feitos para o futuro, que incluem o bebê. Especialmente em três destes quatro casos (Gmf2, Gmf3 e Gmf4), o novo filho é o único foco de seus pensamentos.

“Mas, assim, de saber que agora não tem nada, eu espero que ele vai numa escola normal, aprende normal, como uma criança normal. Mas se tiver alguma coisa não tem problema.” Gmf2

“Ah, não sei.... eu queria trabalhar pra melhorar a vida do meu filho, né, poder dar mais, fazer mais por ele. Talvez fazer uma poupança pra uma faculdade, né... a gente pensa longe, né, quando é pro filho da gente. A gente vai lá com 30 até...” Gmf3

“Ah, agora eu só penso nela, viu. Não penso em arrumar ninguém, eu penso só eu e ela. Dar tudo pra ela, fazer tudo o que for possível pra ela.” Gmf4

Os projetos futuros sugerem, mais uma vez, a busca pela reorganização emocional por parte destas mães, prevista por Irvin, Kennell e Klaus (1993) como última fase para a adaptação ao filho real. Entretanto, mesmo após o nascimento, elas ainda vivenciavam sentimentos característicos das reações de choque, negação e tristeza, tentando, claramente, formas de se manterem equilibradas para cuidarem de seus filhos e conseguirem, no futuro, já

reorganizadas, proporcionarem uma vida com qualidade para sua criança, sua família e para si mesma.

6.4. Síntese comparativa

Quando reunidas como um grupo especial de gestantes, por apresentarem em comum o diagnóstico de um feto malformado, observou-se a existência de peculiaridades que se destacam ao serem comparadas com os demais resultados apresentados pelos grupos de gestantes normais e de risco.

Estas quatro mulheres – *Gmf1*, *Gmf2*, *Gmf3* e *Gmf4* – apresentaram apego materno-fetal dentro do nível máximo, sendo mais elevado no final da gestação, após a confirmação do diagnóstico da malformação. Estes resultados não diferem daqueles encontrados entre as demais gestantes de risco estudadas, tampouco do grupo das gestantes normais.

No entanto, somente nestas quatro gestantes, a ansiedade e a depressão avaliadas tenderam a níveis moderado e grave. Entre todas as outras participantes normais ou de risco, os índices de depressão não ultrapassaram o nível leve.

Os relatos demonstram a ocorrência das reações características do processo de adaptação descrito por Irvin, Kennell e Klaus (1993), que acontecem em situações em que o filho sonhado pelos pais é substituído por uma criança com malformação. De fato, este processo somente aconteceu entre as quatro gestantes com suspeita e depois com a confirmação de malformação em seu bebê, o que particulariza alguns comportamentos destas participantes.

Independentemente da suspeita ou confirmação da anomalia fetal, todas as quatro gestantes manifestaram atitudes características de uma relação de apego, que teve seu início no período pré-natal.

Antes da confirmação do diagnóstico, enquanto esperavam para se submeterem ao exame ultrassonográfico morfológico, durante o segundo trimestre gestacional, as quatro relataram sentimentos positivos em relação aos filhos e a seus movimentos intraútero, bem como apresentaram comportamentos de apego, como conversar com os bebês, idealizar suas características físicas e comportamentais, nomeá-los e iniciar os preparativos para o seu nascimento. Estes comportamentos também foram apresentados pelo grupo de gestantes normais e de risco.

No entanto, com o avanço da gestação e após a confirmação ou manutenção da suspeita da malformação fetal, as gestantes deste grupo específico (*Gmf*) começaram a

vivenciar sentimentos e comportamentos um pouco distintos daqueles apresentados pelo restante da população estudada. Seus sentimentos, a partir de então, incluíam medo e ansiedade sobre o que poderia acontecer com seu bebê. Os nomes dos bebês se mantiveram, assim como as idealizações que foram feitas pelas mães, semelhante ao que fizeram as demais gestantes. As conversas continuavam acontecendo, porém, em um dos casos diminuíram, caracterizando um possível desinvestimento na gestação. Da mesma forma, os preparativos pareceram ficar mais lentos em dois destes quatro casos, podendo demonstrar choque e tristeza pela preparação para o nascimento do filho que não era o sonhado.

Em relação ao sexo do bebê, nenhuma das quatro gestantes manifestou preferência. No entanto, metade de toda a população estudada nesta pesquisa manifestou preferência pelo sexo da criança, tanto que a principal expectativa para o exame ultrassonográfico, que realizariam, era saber o sexo do bebê. Para as gestantes com suspeita de terem fetos malformados, a preocupação central era com a evolução da gestação e com a confirmação ou não da anomalia em seu bebê. As quatro, entretanto, desejavam que as suspeitas não fossem confirmadas, mostrando negação ao problema que já se apresentava.

Particularmente no caso das quatro participantes que receberam a notícia da presença de uma malformação ou mantiveram esta suspeita, o foco das suas atenções parecia direcionar-se estritamente à saúde do bebê que gestavam. Estas gestantes não relataram qualquer problema em sua própria saúde e todos os seus projetos eram em relação ao filho que nasceria. As alterações que referiram ter em seus relacionamentos sociais e familiares foram por mudanças em seu próprio humor, conforme percepção delas próprias.

Estes resultados diferem das gestantes normais e gestantes de risco desta pesquisa, que, em sua maioria, relataram alterações em sua saúde, principalmente as de risco, e em seus projetos futuros incluíram planos pessoais, além da criança que iria nascer, demonstrando que conseguiam pensar em outras coisas além do bebê. Em termos das relações sociais e familiares, também apontaram mudanças, mas foram poucas as que conseguiram admitir que isto acontecia por causa de seu próprio humor que estava alterado.

Após a confirmação do diagnóstico, que coincidiu com o terceiro trimestre gestacional, observou-se uma oscilação entre choque, tristeza e busca de equilíbrio, por parte das gestantes com fetos malformados. Estas reações, principalmente as de choque, negação e tristeza, manifestaram-se de forma mais intensa novamente, depois do nascimento destes bebês, de acordo com o relato das mães. Isto foi observado quando estas participantes, apesar de demonstrarem sentimentos positivos por seus filhos e continuarem conversando com eles, relataram que houve rejeição às crianças num primeiro contato, caracterizando choque. Este

choque também se fez presente quando a mãe não conseguia visualizar o filho sonhado, não confirmando a idealização feita no período gestacional e também não conseguindo nomeá-lo como havia programado. A negação foi claramente percebida quando a mãe afirmou que o filho era “normal”, mesmo sabendo que ele tinha hidrocefalia.

Em relação às gestações normais ou de risco, em que o bebê esperado não apresentou complicações ou problemas, confirmou-se a maior parte das idealizações feitas no período pré-natal. Estas mães conversavam até mais com seus filhos recém-nascidos, mantiveram os nomes escolhidos anteriormente e realizavam os cuidados esperados para o seu papel de mãe. Dentro dos comportamentos esperados socialmente, também passeavam com seus filhos e recebiam visitas para eles.

Sugere-se que realizar os cuidados do filho seja uma tentativa, por parte das mães de crianças com anomalias, de adaptarem-se ao filho e à nova realidade que ele traz, caracterizando uma busca por equilíbrio. No entanto, esta busca por equilíbrio se choca com a possível fuga que acontece do contato social, quando as mães com bebês malformados desta pesquisa relataram que não passeavam com seus filhos e algumas, que não recebiam visitas.

É interessante destacar que todas as participantes desta pesquisa, inclusive as que tiveram filhos com malformação, perceberam que sua saúde e seus relacionamentos sociais e familiares se alteraram após o nascimento de suas crianças. Talvez isto tenha acontecido em decorrência também da mudança permanente que o nascimento de um filho traz para a vida de uma mulher.

Ao se destacar este grupo de gestantes com diagnóstico de malformação fetal, buscou-se enfatizar que, apesar da dificuldade de aceitação do filho e da necessidade de adaptação à realidade que não era a sonhada, as mães de crianças que apresentaram alguma malformação conseguiram desenvolver, desde o período pré-natal, um vínculo afetivo significativo com seus bebês, não diferindo das demais gestantes, normais e de risco.

7. CONCLUSÕES

Ao concluir esta pesquisa, constatou-se que alguns dados reforçam tendências que vêm sendo apontadas na literatura. Uma delas é a confirmação de que a ligação afetiva entre mãe e filho se inicia precocemente, no período pré-natal, tende a aumentar de acordo com o avanço gestacional e é composta por comportamentos que se mantêm os mesmos depois do nascimento dos filhos.

Também confirmou-se neste estudo que esta ligação, ou apego materno-fetal, não diferiu quanto ao tipo de gestação que a mulher vivencia: Tanto as gestantes normais, como aquelas com gravidez de risco e as que tiveram fetos malformados apresentaram níveis elevados de apego no segundo e terceiro trimestres gestacionais. Entretanto, salienta-se que, em relação às gestantes com fetos malformados, esta afirmação deve ser cautelosa, devido ao seu pequeno número.

Sabe-se que certos eventos que acontecem durante a gravidez podem influenciar de forma positiva a formação e o desenvolvimento desta relação mãe-filho. Com as gestantes deste estudo, percebeu-se que a experiência dos movimentos fetais é muito importante, pelo fato de dar à grávida a possibilidade de interagir com seu filho e, através da frequência e intensidade destes movimentos, dar à mãe a possibilidade de atribuir ao bebê, por exemplo, características, idealizando-o.

Outro evento que quase sempre acontece durante o período pré-natal é a ultrassonografia obstétrica, que constitui uma contribuição valiosa por sua eficácia diagnóstica, nas mais diversas situações que podem ocorrer intraútero, conforme concluído pelo relato das próprias participantes desta pesquisa. Além disto, as gestantes confirmaram que este exame se tornou o principal recurso para poderem entrar em contato com o feto, pela possibilidade de visualização do mesmo.

Frente à confirmação do diagnóstico de uma malformação fetal, as gestantes tenderam a apresentar reações de choque, negação e tristeza, caracterizando o luto pelo bebê sonhado que não nasceria. Este impacto na ligação entre mãe e filho também aconteceu quando os bebês nasceram, momento em que as mesmas reações já vivenciadas ressurgiram. Verifica-se, porém, que os laços afetivos formados no período pré-natal foram muito importantes para que as mães conseguissem buscar o equilíbrio necessário para cuidarem de seus filhos, dando a eles a assistência de que precisassem.

Quanto aos indicadores emocionais, que nesta pesquisa correspondem aos índices de ansiedade e depressão, não ultrapassaram, de maneira geral, o nível leve. Entretanto, houve

uma diferença significativa entre as gestantes com gestação normal e aquelas com gravidez de risco. Mesmo não atingindo níveis muito elevados, a ansiedade e a depressão foram superiores entre as mulheres que tiveram gestação de risco. Entretanto, quando se tratou das gestantes cujos fetos eram malformados, nestes casos, sim, os índices alcançaram níveis moderado e grave, caracterizando a necessidade de tratamento clínico.

De modo geral, à medida que as gestações progrediram, os índices de depressão diminuíram e os de ansiedade aumentaram, provavelmente pela proximidade do parto, independentemente de risco gestacional ou não.

Embora os resultados aqui obtidos sejam consistentes, não se pretende com isto afirmar que possam ser generalizados. Existe ainda a necessidade de outras pesquisas que investiguem tanto o apego materno-fetal, quanto os fatores que influenciam o seu desenvolvimento e manutenção entre todos os tipos de gestantes, principalmente as que apresentam diagnóstico de um feto malformado.

Também é necessário que os Serviços de Saúde se preocupem com a assistência psicológica pré-natal a todas as gestantes, principalmente àquelas que passam por situações adversas durante o período gestacional. Neste sentido, os profissionais da Saúde, principalmente o Psicólogo, podem, com base nestes resultados e nos de outros estudos, auxiliar, de maneira mais eficaz, mulheres com gestações de risco, para que elas vivenciem sua gravidez da forma mais equilibrada possível, potencializando um relacionamento mais saudável entre mãe e filho.

Cabe ainda destacar que os instrumentos utilizados foram pertinentes aos objetivos propostos para este estudo, permitindo obter dados significativos e consistentes entre si. Ressalta-se que a utilização de roteiros estruturados de entrevistas possibilitou uma complementação dos dados, uma vez que contemplam questões não abordadas nas escalas utilizadas. A partir dos relatos das participantes é possível uma sistematização dos dados em comum, através da análise quantitativa-interpretativa, bem como o seu aprofundamento com uma análise qualitativa.

Deve-se ainda considerar que o fato de se ter trabalhado com pessoas que frequentam um Serviço de nível secundário, que atende gratuitamente a população dentro de um prazo pré-determinado, dificultou a homogeneidade da amostra, no que diz respeito às suas variáveis constituintes, tais como idade, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, número de gestações e de filhos e também o tipo de risco gestacional que algumas das participantes estudadas apresentavam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEWUYA, A. O.; OLA, B. A.; ALOBA, O. O.; MAPAY, B. M. Anxiety disorders among Nigerian women in late pregnancy: a controlled study. **Arch Womens Ment Health**, vol. 9, p. 325-328, 2006

AGUIAR, R. M. de; VASCONCELLOS, M. J. do A. Descolamento prematuro de placenta. In: CHAVES NETTO, H. **Obstetrícia Básica**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu. 2005. cap. 29

ALAMI, K. M.; KADRI, N.; BERRADAS, S. Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. **Arch Womens Ment Health**, vol. 9, p. 343-346, 2006

ALMEIDA, S. C.; ARAÚJO, R. B. Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 135-142, jul./dez. 2005

ALHUSEN, J. L. A literature update on Maternal-Fetal Attachment. **JOGNN**, v. 37, p. 315-328, 2008

ANTUNES, M. S. C.; PATROCÍNIO, C. A malformação do bebê. Vivências psicológicas do casal. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 8, n. 2, p. 239-252, 2007

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. **A família e o deficiente mental**. São Paulo: Ed. Paulinas, 1991

BACALTCHUK, T. Avaliação do papel da ultrassonografia obstétrica de rotina, no rastreamento pré-natal das anormalidades cardíacas. 2000. 76 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

BARINI, R.; STELLA, J. H.; RIBEIRO, S. T; LUIZ, F. B.; ISFER, E. V.; SANCHEZ, R. C.; FAÚNDES, A.; PINTO E SILVA, J. L. Desempenho da Ultra-sonografia pré-natal no diagnóstico de cromossomopatias fetais em serviço terciário. **RBGO**, v. 24, n. 2, p. 121-127, 2002

BENUTE, G. R. G.; NOMURA, R. M. Y.; LUCIA, M. C.; ZUGAIB, M. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.28, n.1, p.10-17, 2006.

BIASOLI-ALVES, Z.M.M. A Pesquisa em Psicologia – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: BIASOLI-ALVES, Z.M.M.; ROMANELLI, G. (Org.). **Diálogos Metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998, p. 135-158.

BOWLBY, J. **Apego**. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990 (Trilogia Apego e Perda – v. 1)

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto Editora, 1991.

BOUKYDIS, Z. Ultrasound consultation to reduce risk and increase resilience in pregnancy **Annals New York Academy of Sciences**, vol. 1094, p. 268-271, 2006.

BRANDON, A. R.; TRIVEDI, M. H.; HYNAN, L.S.; MILTENBERGER, P. D.; LABAT, D. B.; RIFKIN, J. B.; STRINGER, C. A. Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. **J. Clin. Psychiatry**, vol. 69, n. 4, p. 635-643, 2008.

BREITKOPF, C. R.; PRIMEAU, L. A.; LEVINE, R. E.; OLSON, G. L.; WU, Z. H.; BERENSON, A. B. Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, vol. 27, n. 3, p. 157-162, 2006.

BRISCH, K. H.; MUNZ, D.; BEMMERER-MAYER, K.; KÄCHELE, H. Ultrasound scanning for diagnosis of foetal abnormality and maternal anxieties in a longitudinal perspective. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, vol.20, n. 4, p. 223-235, 2002.

BRUN, E.H.M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 9, n.2, p. 457-467, 2004.

BUENO, M. F. **Avaliação da ansiedade e percepção do suporte familiar em hipertensos**. 2009. 75 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, 2009

BUSSEL, J.C.H.; SPITZ, B.; DEMYTTENAERE, K. Reability and validity of the Dutch version of the maternal antenatal attachment scale. **Arch Womens Ment Health**, vol. 13, p. 267-277, 2010.

CANNELLA, B. L. Maternal-fetal attachment: an integrative review. **Journal of Advanced Nursing**, vol. 50, n. 1, p. 60-68, 2005.

CHAVES NETTO, H. ; SÁ, R. A. M. de. Esqueleto e extremidades. In: CHAVES NETTO, H. **Obstetrícia Básica**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu. 2005. cap. 70

CHAZAN, L. K. **Pioneiros da ultra-sonografia obstétrica no Brasil**. 2008. 72 f. Relatório de pesquisa (Pós-doutorado). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro

CONCEIÇÃO, L. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida em pacientes que apresentam quadro de pós infarto do miocárdio. 2006. 79 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Cardiologia), Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Fundação Universitária de Cardiologia, Porto Alegre, 2006

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na Gravidez: Implicações para a saúde e bem-estar do bebê e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 36, n. 1, p. 41-49, 2005

COOKMAN, C. Attachment in older adulthood: concept clarification. **J Adv Nurs**, vol.50, n.5, p. 528-35, jun. 2005

CRANLEY, M.S. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. **Nursing research**, vol.30, n.5, p. 281-284, set./out. 1981.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005

CUNHA, J.A.. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

CURY, A. F. Psicodinâmica da gravidez. In: TEDESCO, J.J.A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. (Org), **Obstetrícia e Psicomática**. São Paulo: Atheneu, 1997, p. 77-84

DE LAMARE, R.; COSLOVSKY, S. **A vida do bebê. Da gravidez ao Parto**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006

DI PIETRO, J. A. Psychological and Psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationships. **Infant and Child Development**, vol. 19, p. 27-38, 2010.

DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.1, p.69-74, 2007

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **RBGO**, v. 28, n. 3, p. 171-178, 2006

FEIJÓ, M.C.C. Validação Brasileira da “Maternal-Fetal Attachment Scale”. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, vol.51, n.4, p. 52-62, 1999

FERREIRA, H.G. **Depressão e ansiedade em mulheres obesas: implementando e avaliando uma intervenção multidisciplinar**. 2007. 87 f. Monografia. Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007

FERREIRA, E. A.; VARGAS, I. M. A.; ROCHA, S. M. R. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica neonatal. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 111-116, outubro 1998

FISSMER, J. F. W.; GARANHANI, R. R.; SAKAE, T. M.; TRAEBERT, J. L.; SOAR FILHO, E. J. Relação entre ansiedade e bruxismo em acadêmicos de odontologia. **Arquivos Catarinenses de Medicina** v. 37, n. 1, p. 25-29, 2008

FONSECA, M.; MAGALHÃES, J.; PAPICH, H.; DIAS, R.; SCHIMIDT, A. Ultra-sonografia em obstetrícia: explorando um novo mundo. In CARON, N. (Org.). **A relação pais-bebê: da observação à clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p.97-118

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.1, p.47-55, jan./abr. 2005

FURBER, C. M.; GARROD, D.; MALONEY, E.; LOVELL, K.; MCGOWAN, L. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. **International Journal of Nursing Studies**, vol. 46, p. 669-677, 2009.

GAU, M. L.; LEE, T. Y. Construct validity of the prenatal attachment inventory: a confirmatory factor analysis approach. *Journal of Nursing Research*, v. 11, n. 3, p. 177-187, 2003

GODOY, D. V.; GODOY, R. F. Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. **J Pneumol**, v. 28, n. 3, mai-jun 2002

GOMES, A. G.; PICCININI, C. A. A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 381-393, out./dez. 2005

GOMES, R.; CAVALCANTI, L. F.; MARINHO, A. S. N.; SILVA, L. G. P. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 62-67, 2001

GOMEZ, R.; LEAL, I. Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal amotional attachment scale. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 8, n. 2, p. 153-165, 2007

GOODWIN, I. The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care. **Clin Psychol Rev**, v.23, n.1, p. 35-56, fev. 2003.

GUIMARAES, G. P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. Florianópolis: **Texto Contexto Enferm**, v.16, n. 4, p.626-35, 2007

HAGEMANN, L. L.; ZIELINSKY, P. Rastreamento populacional de anormalidades cardíacas fetais por ecocardiografia pré-natal em gestações de baixo risco no município de Porto Alegre. **Arquivos Brasileiros de Caridologia**, v. 82, n. 4, p. 313-319, abr. 2004

HALASZ, G.; VANCE, A.L. Attention deficit hyperactivity disorder in children: moving forward with divergent perspectives. **Med J Aust**, vols.18, 177, n.10, p.554-557, nov. 2002

HART, R.; McMAHON, C. A. Mood state and psychological adjustment to pregnancy. **Arch Womens Ment Health**, vol. 9, p. 329-337, 2006.

HEDRICK, J. The lived experience of pregnancy while carrying a child with known, nonlethal congenital abnormality. **JOGNN**, vol. 34, n. 6, p. 732-740, 2005.

HERTLING-SCHAAL, E.; PERROTIN, F.; de PONCHEVILLE, L.; LANSAC, J.; BODY, G. Maternal anxiety induced by prenatal diagnostic techniques: detection and management. **Gynecologie et Obstetrique Fertilité**, vol. 29, n.6, p. 440-446, jun. 2001

HOROVITZ, D. D. G.; LLERENA JUNIOR, J. C. L.; MATOS, R. A. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1055-1064, 2005

HORTÊNCIO, A. P. B.; LANDIM, E. R.; NOGUEIRA, M. B.; FEITOSA, F. E. L.; ALENCAR JÚNIOR, C. A. Avaliação ultra-sonográfica da hidrocefalia fetal: associação com mortalidade perinatal. **RBGO**, v. 23, n. 6; p. 383-389, 2001

IRVIN, N.; KENNEL, J. H.; KLAUS, M. H. Atendimento aos pais de um bebê com malformação congênita. In: KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. **Pais/Bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 245-275, 1993.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H.; KLAUS, P.H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Maria Rita Hofmeister (trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 187p.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. **Pais/Bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 329p.

KLEINVELD, J. H.; TIMMERMANS, D. R. M.; BERG, M.; EIJK, J. T. M.; KATE, L. P. T. Does offering and performing prenatal screening influence women's attachment to their unborn child? A longitudinal randomized controller trial. **Prenatal Diagnosis**, vol. 27, p. 757-764, 2007.

LAXTON-KANE, M.; SLADE, P. The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. **Journal of reproductive and infant psychology**, vol. 20, n. 4, p. 253-266, 2002.

LEAL, T. D. B. G.; MARTINS, W. P.; NASTRI, C. O.; MAUAD FILHO, F. Anemia fetal: diagnóstico através da ultra-sonografia Doppler. **Experts in ultrasound: reviews and perspectives**, v.1, n.1, p. 17-20, 2009

LEMOS, C. **Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida em pacientes que apresentam quadro de pós infarto do miocárdio**. 2005. 79 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Fundação Universitária de Cardiologia, Porto Alegre, 2005

LINDGREN, K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. **Research in Nursing & Health**, vol. 24, p. 203-217, 2001.

LOPES, M. A. B. Polêmica em ecocardiografia fetal: o *Golf Ball* tem significado clínico? **Revista da Associação Médica Brasileira**, vol. 46, n. 4, p. 298, 2000

LOPES, R. C. S.; DONELLI, T. S.; LIMA, C. M.; PICCININI, C. A. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005

LORETO, V. Transtornos psiquiátricos. In: CHAVES NETTO, H. **Obstetrícia Básica**. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. cap. 45.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986. 99p.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. 14ª Ed. São Paulo: Saraiva, 1997. 230p.

MALUF, T. P. G. Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentavam grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos. 2002. 59 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2002

MAUAD FILHO, F.; COSTA, A. G. da; GADELHA, P. S.; GADELHA, E. B. Ultra-sonografia morfológica fetal. In: MAUAD FILHO, F. **Ultra-sonografia na prática obstétrica**. Rio de Janeiro: Livraria e editora Revinter LTDA, 2006. cap. 15

MENDES, I. M. **Ligação materno-fetal**. Coimbra: Quarteto, 2002. 125 p.

MEREDITH, P.; STRONG, J., FEENEY, JA. Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. **Pain**, vol. 123, n.1-2, p.146-54, jul e abr. 2006.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília, DF: 3ª ed., 2000

MOISÉS, E. C. D.; MAUAD FILHO, F. Óbito fetal. In: MAUAD FILHO, F. **Ultra-sonografia na prática obstétrica**. Rio de Janeiro: Livraria e editora Revinter LTDA, 2006. cap 24

MULLER, M.; FERKETICH, S. Factor analysis of maternal fetal attachment scale. **Nursing Research**, v.42, n. 3, p. 144-147, 1993

NAVAJAS FILHO, E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: TEDESCO, J. J. A., ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. (Org), **Obstetrícia e Psicomática** São Paulo: Atheneu, 1997, p. 10-14

NEBÓ E JAMBOR, M. **Marcela... uma lição de vida!** São Paulo: Memnon, 1999

NICHOLS, M. R.; ROUX, G. M.; HARRIS, N. R. Primigravid and multigravid women: prenatal perspectives. **The journal of perinatal education**, vol. 16, n. 2, p. 21-32, 2007.

OKINO, E. T. K. **Estudo dos aspectos psicológicos e sua influência no desenvolvimento da hipertensão gestacional**. 2002. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PADOVANI, F. H. P.; LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. C.; DUARTE, G.; MARTINEZ, F. E. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. 4, p. 251-254, 2004

PACHECO, S. S.; SOUZA, A. I.; VIDAL, S. A.; GUERRA, G. V. Q. L.; BATISTA FILHO, M.; BAPTISTA, E. V. P.; MELO, M. I. B. Prevalência dos defeitos de fechamento do tubo neural em recém-nascidos do Centro de Atenção à Mulher do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP: 2000-2004. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, p. 35-42, maio 2006. (Supl 1)

PATRONI, L.; BRIZOT, M. L.; MUSTAFÁ, S. A.; CARVALHO, M. H. B.; SILVA, M. M.; MIYADAHIRA, S.; ZUGAIB, M. Gastrosquise: avaliação pré-natal dos fatores prognósticos para sobrevida pós-natal. **RBGO**, v. 22, n.7, p. 421-428, 2000

PEDERSON, D. R.; MORAN, G. Caregiver, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: new growing points of attachment theory and research. **Monographs of the society of research in child development**, v. 60, n. 2/3, p. 11-132, 1995

PEREIRA, W. M. P.; SCHMITT, A. C. B.; BUCHALLA, C. M.; REIS, A. O. A.; ALDRIGHI, J. M. Ansiedade no climatério: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v.19, n.1, abr. 2009

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev Psiq Clín.** V. 35, n. 4, p.144-153, 2008

PEROSA, G. B. Suporte psicológico a gestantes portadoras de fetos com diagnóstico de malformação. In: Hélio José Guilhardi (Org.). **Comportamento e Cognição**, Santo André, v. 10, p. 113-124, 2002

PEROSA, G. B.; SILVEIRA, F. C. P.; CANAVEZ, I. C.; PADOVANI, F. H. P.; PERAÇOLI, J. C. Sintomas depressivos e ansiosas em mães de recém-nascidos com e sem malformações. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 9, p. 433-439, 2009

PEROSA, G. B.; SILVEIRA, F. C. P.; CANAVEZ, I. C. (2008). Ansiedade e Depressão de Mães de Recém-Nascidos com Malformações Visíveis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 1, p. 29-36, 2008

PETEAN, E. B. L. **Enfrentamento da deficiência: a pesquisa com famílias e profissionais.** 2004. 112 f. Tese (Livre-docência). Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004

PETEAN, E. B. L. **Avaliação qualitativa dos aspectos psicológicos do aconselhamento genético através do estudo prospectivo do atendimento das famílias.** 1995. 137 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 1995

PICCININI, C. A.; MOURA, M. L. S.; RIBAS, A. F. P.; BOSA, C. A.; OLIVEIRA, E. A.; PINTO, E. B.; SCHERMANN, L.; CHAHON, V. L. Diferentes perspectivas na análise da interação Pais-Bebê/Criança. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol.14, n.3, p. 469-485, 2001.

PICCININI, C.A.; GOMES, A.G.; MOREIRA, L.E.; LOPES, R.S. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 20, n.3, p. 223-232, set./dez. 2004.

PIRIM, M. Aspectos psicossomáticos da gravidez. In: CHAVES NETTO, H. **Obstetrícia Básica.** 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. cap. 12.

QUAYLE, J. Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In: TEDESCO, J. J. A., ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. (Org), **Obstetrícia e Psicomática** São Paulo: Atheneu, 1997, p. 216-227

RAMOS, J. L. A. M.; CARVALHO, M. H. B.; ZUGAIB, M. Caracterização sociodemográfica e resultados perinatais das gestações com diagnóstico ultrassonográfico de malformação fetal. **Rev Assoc Med Brás**, v. 55, n. 4, p. 447-451, 2009

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio Social e Experiência da Maternidade. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 85-96, 2006

RAPHAEL-LEFF, J. **Gravidez: a história interior**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212p.

RIBAS, A. F.; MOURA, M. L. S. Responsividade Materna e Teoria do Apego: Uma Discussão Crítica do Papel de Estudos Transculturais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p.315-322, 2004

RIEHELMANN, J. C. A Mulher Atual: Perspectivas frente à Gestação. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. de A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 40-53.

ROCHA, G. P. G. da; SIECZKO, L. S.; PEREIRA, S. M. D. Diagnóstico e cronologia da gestação. In: CHAVES NETTO, H. **Obstetrícia Básica**. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. cap. 7.

ROEGIERS, L. Médecine Foetale: du monitoringy à la relation. **Neuropsychiatric de l'Enfance et de l'adolescence**, vol.44, n.12, p. 634-641, 1996.

RODRIGUES, D. G.; PELISOLI, C. Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. **Rev Psiq Clín.**, v. 35, n. 5, p.171-177, 2008

ROWE, H.; FISHER, J.; QUINLIVANT, J. Women who are well informed about prenatal genetic screening delay emotional attachment to their fetus. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, vol. 30, n. 1, p. 34-41, 2009.

RUDGE, M. V. C.; CALDERON, I. de M. P. Diabete Melito. In: CHAVES NETTO, H. **Obstetrícia Básica**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu. 2005. cap. 40

RZEZINSKI, P. C.; CORD, E. M. M. Gestação como evento familiar e comunitário. In: TEDESCO, J. J. A., ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. (Org), **Obstetrícia e Psicomática** São Paulo: Atheneu, 1997, p. 54-61

SALISBURY, A.; LAW, K.; LaGASSE, L.; et al. Maternal-Fetal Attachment. **JAMA**, vol. 289, n. 13, p. 1701, 2003.

SAMORINHA, C.; FIGUEIREDO, B.; CRUZ, J. M. Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2009

SCHERMANN, L. Avaliação quantitativa e qualitativa da interação. In: PICCININI et al. Diferentes perspectivas na análise da interação Pais-Bebê/Criança. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol.14, n.3, p. 469-485, 2001.

SCHERMANN, L.; HAGEKULL, B.; BOHLIN, G.; PERSSON, K.; SEDIN, G. Interaction of mothers and infants born at risk during the first 6 months of corrected age. **Acta Paediatrica**, v. 86, p. 864-872, 1997

SCHINDLER, A.; THOMASIU, R.; SACK, P.M.; GEMEINHARDT, B.; KUSTNER, U.; ECKERT, J. Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. **Attach Hum Dev**, vol.7, n.3, p. 207-28, set. 2005.

SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 211-220, maio-ago 2009

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 143-156, abril – junho 2005

SEIMYR, L.; SJÖGREN, B.; WELLES-NYTRÖM, B.; NISSEN, E. Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy. **Arch Womens Ment Health**, vol. 12, p. 269-279, 2009

SIDDIQUI, A.; HAGGLOF, B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? **Early Human Development**, v.59, p.13-25, 2000

SIGOLO, S.R.R.L.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Análise de dados de interação mãe-criança: Construção de sistemas de Categorias. In: BIASOLI-ALVES, Z.M.M.; ROMANELLI, G. (Org.). **Diálogos Metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998, p. 87-118.

SILVA, A. A. **Prática Clínica Baseada em Evidências**. Editora Santos, 2008. 294p.

SILVA, L.; SANTOS, R.C.; PARADA, C. M. G. L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Rev. Latinoam Enfermagem.**, v. 12, n. 6, p. 899-904, 2004.

SILVA, S.S.C.; PENDU, Y.; PONTES, F. A. R. Sensibilidade materna durante o banho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 18, n. 3, p. 345-352, 2002.

STORMER, N. Seeing the fetus: the role of technology and image in the maternal-fetal attachment. **JAMA**, vol. 289, n. 16, p. 1700, 2003.

TACON, A.M. Attachment and cancer: a conceptual integration. **Integrate Cancer Therapy**, vol.1, n.4, p.371-81, dez. 2002.

TARELHO, L.G.; PEROSA, G.B. O desenvolvimento do apego mãe-filho em grávidas, após o anúncio de uma má-formação fetal. **Revista Paulista de Pediatria**, vol.19, n.2, p. 79-83, 2001.

TEDESCO, J. J. A. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: TEDESCO J. J. A.; ZUGAIB, M. E.; QUAYLE, J. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997, p. 99-108.

VASCONCELOS, L. **Impacto da malformação fetal: enfrentamento e indicadores afetivos da gestante**. 2009, 176 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009

VASCONCELOS, L.; PETEAN, E. B. L. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 10, n. 1, p. 69-82, 2009

USTUNSOZ, A.; GUVENC, G.; AKYUZ, A.; OFLAZ, F. Comparison of maternal and paternal-fetal attachment in Turkish couples. **Midwifery**, vol. 26, p. e1-e9, 2010.

WALSH, J. Definitions matter: if maternal-fetal relationships are not attachment, what are they? **Arch Womens Ment Health**, vol. 13, p. 449-451, 2010.

YARCHESKI, A.; MAHON, N. E.; YARCHESKI, T. J.; HANKS, M. M.; CANNELLA, B. L. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. **International Journal of Nursing Studies**, vol. 46, p. 708-715, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Apego Materno-Fetal

(C:CRANLEYSCALE.3 © MECCA CRANLEY,1979)

Por favor, responda às perguntas seguintes sobre você e o bebê que você está esperando. Não existem respostas certas ou erradas. Sua primeira impressão é a que mostra melhor seus sentimentos. Marque apenas uma resposta por pergunta.

<i>Eu penso ou faço o seguinte:</i>	quase sempre	freqüente mente	às vezes	raramente	nunca
1. Eu converso com o meu bebê na barriga.					
2. Eu acho que apesar de toda a dificuldade, a gravidez vale a pena.					
3. Eu gosto de ver minha barriga se mexer quando o bebê chuta.					
4. Eu me imagino alimentando o bebê.					
5. Eu realmente estou ansiosa para ver como vai ser o meu bebê.					
6. Eu me pergunto se o bebê se sente apertado lá dentro.					
7. Eu chamo o meu bebê por um apelido.					
8. Eu me imagino cuidando do bebê.					
9. Eu quase posso adivinhar qual vai ser a personalidade do meu bebê pelo modo como ele se mexe.					
10. Eu já decidi que nome eu vou dar, se for uma menina.					
11. Eu faço coisas, para manter a saúde, que eu não faria se não estivesse grávida					
12. Eu imagino se o bebê pode ouvir, dentro de mim.					
13. Eu já decidi que nome eu vou dar, se for um menino.					
14. Eu imagino se o bebê pensa e sente “coisas” dentro de mim.					
15. Eu procuro comer o melhor que eu posso, para o meu bebê ter uma boa dieta.					
16. Parece que meu bebê chuta e se mexe para me dizer que é hora de comer.					
17. Eu cutuço meu bebê para que ele me cutuque de volta.					
18. Eu mal posso esperar para segurar o bebê.					
19. Eu tento imaginar como o bebê vai se parecer.					
20. Eu acaricio minha barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito.					
21. Eu posso dizer quando o bebê tem soluço.					
22. Eu sinto que o meu corpo está feio.					
23. Eu deixo de fazer certas coisas, para o bem do meu bebê.					
24. Eu tento pegar o pé do meu bebê para brincar com ele.					

Nome:

No. Matrícula Prontuário:

Endereço:

Bairro:

Tel.:

Idade:

Mês de Gestação:

Quantos filhos:

Nível de Instrução:

Profissão:

Estado Civil:

Hospital:

Data:

ANEXO 2**ROTEIRO DE ENTREVISTA
(ROTEIRO A)*****Dados Pessoais***

1. Data de nascimento
2. Grau de instrução
3. Estado Civil
4. Renda familiar (quantas pessoas da família contribuem e quantas dependem do dinheiro)
5. Com quem mora

Gestação

6. Quanto tempo tem de gestação?
7. Teve outras gestações?
8. Como foram as outras gestações?
9. Quando soube da gravidez?
10. Como soube da gravidez?
11. Houve planejamento da gravidez?
12. A criança foi desejada?

Relação de apego

13. O que a senhora sente em relação a esse bebê?
14. Quando a senhora acha que começou a sentir isso?
15. Como se sente quando o bebê se mexe?
16. A senhora conversa com seu bebê?
17. Como a senhora acha que ele é?
18. A senhora já sabe o sexo?
19. Tem preferência?
20. Ele já tem um nome escolhido?
21. Como estão os preparativos para o nascimento (comprar roupas, berço, decorar o quarto)?

Pré-Natal

22. Por que a senhora veio para este ambulatório?
23. Já fez algum exame?
24. (Se não) Sabe quais os exames que irá fazer?
25. O que a senhora espera como resultado da ultrassonografia?

ANEXO 3**ROTEIRO DE ENTREVISTA
(ROTEIRO B)*****Ultrassonografia***

1. O que o médico da ultrassonografia falou a respeito do seu exame?
2. A senhora viu a imagem do bebê na tela?

Relação de apego

3. Após o resultado do exame: o que a senhora sente em relação a esse bebê?
4. A senhora conversa/começou a conversar/continua conversando com seu bebê?
5. E agora, como a senhora acha que ele é?
6. A senhora já sabe o sexo? Tem preferência?
7. Ele já tem um nome escolhido? Esse nome já mudou?
8. Como estão os preparativos para o nascimento (comprar roupas, berço, decorar o quarto)?

O impacto do resultado do exame

9. A senhora sentiu alguma mudança na ligação com seu bebê depois do exame ultrassonográfico?
10. Houve alguma alteração na saúde da senhora?
11. Algo mudou em suas relações familiares (marido, pais, parentes)?
12. Quais são seus planos futuros?

ANEXO 4**ROTEIRO DE ENTREVISTA
(ROTEIRO C)*****Relação de apego***

1. Após o nascimento do bebê, o que a senhora sente em relação a ele?
2. A senhora conversa/começou a conversar/continua conversando com seu bebê?
3. Ele(a) é do jeito que a senhora imaginou que fosse?
4. Qual é o nome do bebê?
5. Quem cuida dele(a)?
6. A senhora passeia com ele(a)? Freqüenta seus familiares com ele(a)?
7. Recebe visitas?
8. O que foi necessário fazer depois do nascimento (mudar o quarto, berço, comprar roupas, remédios)?

O impacto da notícia/nascimento

9. A senhora sentiu alguma mudança na ligação com seu bebê depois do nascimento?
10. Houve alguma alteração na saúde da senhora?
11. Algo mudou em suas relações familiares (marido, pais, parentes)?
12. Quais são seus planos futuros?

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Responsável pela pesquisa: Mestre Fernanda Saviani – CRP nº 06/70186

Orientadora: Profª Drª Eucia Beatriz Lopes Petean – CRP nº 6.572

Esta pesquisa será realizada com as gestantes atendidas em serviços de acompanhamento pré-natal da cidade de Ribeirão Preto. O objetivo do estudo é verificar o estabelecimento do apego materno-fetal em gestantes.

Serão realizados três encontros com as gestantes. O primeiro acontecerá durante o segundo trimestre de gestação, o segundo ocorrerá algumas semanas depois e o terceiro será feito alguns meses após o nascimento da criança. No primeiro e no segundo encontros você responderá a quatro instrumentos: uma Escala de Apego Materno-fetal, um Inventário de Depressão, um Inventário de Ansiedade e uma Entrevista. Já no último encontro, somente os Inventários de Depressão e de Ansiedade e uma Entrevista serão respondidos. Todas as entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas, para que nenhuma informação se perca.

Como faz parte de uma pesquisa, os dados obtidos através desses instrumentos poderão ser utilizados em publicações científicas, apresentação em congressos e farão parte de um banco de dados. Contudo, sempre será mantido o sigilo, ou seja, você não será identificada.

Consentimento

Eu _____ abaixo-assinada, tendo sido devidamente esclarecida sobre todas as condições da pesquisa que sou participante, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.

2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo.
3. A segurança de que não serei identificada e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade.
4. O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.
5. A certeza de que havendo alguma necessidade psicológica diagnosticada no período desta pesquisa, o meu caso será encaminhado para atendimento especializado.

Declaro ainda que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Responsável pela pesquisa

Fernanda Saviani
CRP 70.186

Participante da pesquisa

Telefone para contato: (16) 3602-3767

ANEXO 6

Estabelecimento e definição de categorias

O primeiro passo do procedimento de identificação das Categorias de Resposta implicou na listagem de todas as respostas, dadas por todas as participantes, a cada uma das questões. A seguir, para cada questão, as respostas específicas foram analisadas, procurando-se identificar os diversos aspectos a que elas se referiam. Foram, então, estabelecidas tantas categorias quanto o número de aspectos identificados.

1. Primeira entrevista

1.1. Gestação

Como soube da gravidez?

Sinais físicos da gravidez: É comum que as mulheres percebam a gravidez através dos sintomas secundários causados pelas alterações hormonais e metabólicas da gestação, tais como mudanças na brandura dos seios, leve formigamento na palma das mãos ou na sola dos pés, cansaço, falta de ar, entre outras (RAPHAEL-LEFF, 1997). Maldonado (1997) também aponta as náuseas e os vômitos como os sintomas mais comuns no início da gravidez.

Exemplo: *“Ah, eu comecei a sentir mais enjoo que eu não sentia, meu peito eu comecei a sentir mais inchado. Aí depois eu fui fazer o teste.” Gn 13*

Atraso menstrual: Para aquelas gestantes em que os sintomas secundários não são evidentes, a lembrança do atraso em seu ciclo menstrual é o melhor sinalizador de uma possível gravidez.

Exemplo: *“Olha, é porque estava atrasada e eu fui no posto, no médico e deu positivo.” Gn4*

Teste anterior à menstruação: A percepção da gravidez pode ocorrer bem antes da confirmação pelo exame clínico e até mesmo antes da data em que deveria ocorrer a menstruação (MALDONADO, 1997).

Exemplo: *“Aí antes de menstruar... eu trabalho no HC, aí eu colhi o Beta, aí deu positivo, de manhã eu fiz um exame de urina. Eu já tinha feito, mas aí não dava porque eu acho que era muito cedo. Aí faltava uma semana pra fazer o outro, mas aí deu positivo, aí eu falei, nossa, não é possível. Aí eu fui trabalhar, colhi o Beta e aí deu.” Gn6*

Exames de rotina: Resposta de uma das gestantes entrevistadas que relata que realizou o exame durante uma consulta de rotina, antes da suspeita da gravidez e soube que estava grávida.

Exemplo: *“Eu fui fazer um exame de rotina e deu que eu estava grávida.” Gn10*

A criança foi desejada e a gravidez planejada?

Desejada e planejada: De acordo com Dourado e Pelloso (2007), desejar e programar um filho são aspectos importantes que permeiam os sentimentos de aceitação de tornar-se mãe. Nesta pesquisa, todas as participantes que quiseram e planejaram a gestação fizeram-no com ou sem a anuência do pai da criança.

Exemplo: *“Na verdade sim. Eu adiava mais por causa do meu marido. Ele trabalha, eu trabalho em Shopping, então é muito corrido, né. Mas ele queria, todo mundo queria, né. Aí eu parei de tomar o anticoncepcional. Na verdade eu só tomei o remédio durante três meses, aí eu parei um mês e no mês seguinte eu engravidei.” Gn18*

“O pai não planejava, mas eu planejava. A gente morava junto.” Gr 6

Desejada e não planejada: Respostas das participantes que desejavam ser mães, mas não nas condições nem na época em que aconteceu. O acontecimento de gestação não planejada é frequente, porém, o fato de a gravidez não ter sido programada não significa que a criança não seja desejada (SILVA; SANTOS; PARADA, 2004).

Exemplo: *“Então, ó, eu queria mais um neném mas mais pra frente... Porque eu gosto de criança, gosto, sabe, mas não agora. Não estava nos nossos planos ainda. Ele trabalha com Publicidade e Propaganda, é bem complicado... então...” Gr 4*

1.2. Relação de Apego

O que a senhora sente em relação a esse bebê?

Sentimentos positivos: Várias gestantes que participaram da pesquisa expressavam sentimentos considerados como positivos, como por exemplo, amor e contentamento, em relação ao bebê que estavam esperando.

Exemplo: *“Ah, eu amo ele demais. Vai ser muito bem-vindo. Eu tenho medo de não ter leite pra amamentá-lo, mas tomara a Deus que dê tudo certo...Ah! e todas as pessoas gostam, estão esperando, estão ansiosos, esperando. Mas é um sentimento muito bom, vai ser muito bem-vindo.” Gn 23*

“Muito amor, muito amor.” Gr16

“Nossa... Maior felicidade, não tem igual.” Gr 17

Outros sentimentos: Na primeira fase desta pesquisa, as gestantes relataram ou expressaram ansiedade pelo final da gestação, preocupação com a saúde e condições de vida do bebê, com suas qualidades para serem boas mães e também relatam medo de uma possível malformação no filho.

Exemplos: *“Ah, eu quero que ele chegue logo. Eu to acabando de construir a minha casa, então eu fico meio ansiosa, parece que não passa logo. Mas está tudo bem.” Gn 5*

“Ai, eu fico pensando em como ser uma boa mãe, saber cuidar direitinho, mas eu acho que sim, porque eu trabalhei seis anos como educadora infantil, eu gosto muito de criança.” Gn 18

“Eu fico alisando a minha barriga e pedindo a Deus pra vir com saúde. Eu não me importo se é menina ou se é menino.” Gr 19

“Ah, eu quero muito, muito mesmo, mas eu tenho medo, que nem eu pus na cabeça, o médico não deu certeza, mas falou que pode ser, pelos exames, mas eu pus na minha cabeça que eu vou levar a gravidez os 9 meses e eu espero que não assusta né, o que for vai ser e se não for.... Eu espero que não seja nada, eu peço pra Deus, mas... se for, que eu não fique assustada.... né...” Gr 13

Como se sente quando o bebê se mexe?

Contentamento: Respostas que revelam algum tipo de contentamento/ alegria por parte das gestantes em relação a seus bebês, quando os mesmos se mexem dentro de suas barrigas, seja por proporcionar uma maior interação mãe-bebê, seja por dar a certeza de que o filho está bem e vivo (MALDONADO, 1997; PICCININI et al., 2004).

Exemplo: *“Sinto um pouco de dor, mas é uma alegria, e penso que ele podia nascer logo, fica uma emoção, aí meu Deus, quando será que ele vai nascer?” Gr 4*

“Eu fico feliz né? Porque as vezes eu fico mexendo a barriga e falando com ele, aí ele se mexe, eu gosto de ver ele se mexer.” Gr10

Sobressalto: De acordo com Mendes (2002), é comum que algumas gestantes sintam os movimentos fetais com um susto ou se sintam mal, fisicamente, com a situação.

Exemplos: *“Primeira vez que ele mexeu assim eu assustei, porque mexeu com três meses, logo que eu descobri ele começou mexer... mas agora normal, geralmente quando eu to dormindo, né, que vem e se for ver, assusta, mas eu já acostumei também, né.” Gn 10*

Não respondeu: Uma das gestantes descreveu um incômodo físico e não um sentimento em relação ao filho.

Exemplo: *“Ah, me dá uma mal-estar... Incomoda um pouco, assim, pouquinho, né. Às vezes eu to em pé e ele começa a se mexer...” Gr 4*

Como a senhora acha que ele é?

Características físicas: Respostas em que as participantes descrevem a cor da pele, cor dos olhos, cabelos, formato da boca, dos olhos, do nariz e/ou do corpo do bebê que geram, ou mesmo a idealização de uma criança sem deficiência.

Exemplos: *“Eu acho que ele vai ser branquinho, de cabelo preto e pode ser que nasça de olho claro, porque na minha família tem muita gente com olho claro.” Gn 22*

“Então, eu penso nele como uma criança normal ou numa criança que pode vir com a síndrome, né.” Gr13

Características comportamentais: Alguns autores na literatura descrevem frequentemente o fato de as gestantes atribuírem características psicológicas a seus bebês (PICCININI et al., 2004; RAPHAEL-LEFF, 1997).

Exemplo: *“Deve ser mais calminho, de menina e menino, eu sempre achei que era menino, mas é aquela coisa, parecido mais com o pai, mas um menino calmo, nada parecido comigo.” Gr 14*

Parecido com um familiar: A maioria das gestantes não pensa em seus bebês com características próprias, mas idealizam ou desejam que sejam semelhantes, tanto física quanto comportamentalmente, com algum membro de seu núcleo familiar: pai, irmãos ou elas próprias.

Exemplos: *“Ah, eu penso no P., meu filho é muito parecido, eu penso no meu filho, mais eu não consigo... no começo eu tinha um palpite de que ele seria mais calmo do que o meu menino, mas como a medida que ele se mexe está aumentando, essa sensação está mudando.” Gn 13*

“Ah, não sei... Minha filha parece com o pai, eu queria que ele parecesse com o pai também, mas não sei...” Gn 8

“Eu imagino que tenha a minha cara, porque meu filho não tem nada meu. Então imagino que ele tenha minha cara, um olho claro e loirinho.” Gr 1

Não idealiza: Respostas em que as participantes relatam que não conseguem pensar, idealizar ou visualizar o seu bebê antes do nascimento, evidenciando o não investimento afetivo na figura do bebê já descrito na literatura (PICININI et al., 2004).

Exemplo: *“Ah não... eu já sonhei com ele, então eu faço uma idéia, pela genética do pai e pela minha genética...” Gr 2*

Como estão os preparativos para o nascimento?

Não iniciou: Uma parte das gestantes relatou que não começou a comprar e organizar os pertences de seus bebês, geralmente por falta de dinheiro ou por não saber o sexo deles. Algumas, dentre elas, apresentam a sensação de que ainda nada fizeram, uma vez que somente ganharam móveis e roupas, mas não compraram coisa alguma.

Exemplo: *“Ah, estão devagar... Por falta de dinheiro, a gente tá esperando dar uma clareada pra começar ir atrás das coisas.” Gr 4*

“Eu ainda não preparei nada, mas tem um berço, já tem tudo assim, porque eu ganhei tudo, mas que eu fui comprar, ainda não porque eu tô esperando para saber o sexo.” Gr 11

Iniciou: Respostas em que as gestantes relatam que já iniciaram a preparação para o nascimento, comprando roupas ou móveis, por exemplo. Klaus e Kennell (1993) sugerem que este tipo de comportamento é observado em gestantes que estão estabelecendo um vínculo com os seus bebês.

Exemplo: *“Já tem macacão, roupinha, sapato. Não tem tudo não, eu deixei pra comprar algumas coisas mais pro final, mas já ta encaminhando...” Gn 8*

Pronto: Mendes (2002) enfatiza a importância das tarefas como a preparação do enxoval e da casa, por exemplo, pois ajudam a grávida a personificar o feto, para que deixe de ser um estranho. Na altura do segundo trimestre gestacional, algumas participantes já relatam estarem prontas para o nascimento de seus filhos.

Exemplo: *“Já tá tudo pronto. Já montei o quarto dele inteirinho.” Gr 6*

1.3. Pré-natal

O que a senhora espera como resultado da ultrassonografia?

Conhecer o sexo do bebê: O interesse em conhecer o sexo do bebê foi grande entre as gestantes participantes da pesquisa, pois, a partir do quarto mês gestacional, a visualização da morfologia fetal fica mais nítida, possibilita a identificação do sexo do bebê através da ultrassonografia.

Exemplo: *“Ver o sexo! Eu até já fiz aquele da transnucência nugal pra ver se tava tudo bem, eu tava com tanto medo, mas tava tudo bem...” Gn 16*

Evolução da gestação: Alguns autores destacam que a grande maioria das grávidas apresenta um temor de que seus filhos nasçam com alguma malformação ou estejam mortos (MALDONADO, 1997; PICCININI et al., 2004; RAPHAEL-LEFF, 1997). Da mesma forma, várias gestantes desta pesquisa manifestaram a preocupação com seus fetos e a evolução de suas gestações.

Exemplo: *“Espero que esteja tudo bem, espero que de tudo positivo, que meu nenê esteja bem formadinho, com todos os órgãos perfeitos, em funcionamento. Eu penso só no positivo, eu evito de pensar nas coisas ruins, não sei o que pode acontecer, mas eu tento evitar.” Gr 7*

“Eu espero que esteja tudo bem com ele, né?” Gr 11

“Por causa da placenta, pra ver como é que está. Ah, eu queria ver se dá pra ver já, né. E eu não queria que a minha placenta tivesse descolada não...” Gr 9

2. Segunda entrevista

2.1. Ultrassonografia

O que o médico da ultrassonografia falou a respeito do seu exame?

Sexo do bebê: Entre as informações fornecidas durante o exame ultrassonográfico realizado, as gestantes destacaram, principalmente, a descoberta do sexo do bebê que esperavam.

Exemplo: *“O médico disse que 90% de chances de ser menina, e que tá tudo bem.” Gr 5*

Evolução da gestação: Geralmente o intuito dos exames pré-natais é obter informações que confirmem a saúde do feto, eliminando os medos e ansios das gestantes (BENUTE et al., 2006). Também houve participantes que receberam instruções para a continuidade da gestação, dadas pelos médicos que as atenderam durante o exame.

Exemplo: *“Ah, no último, falou que está tudo bem, até no outro que eu fui também tá tudo bem, que tá desenvolvendo normal, graças a Deus.” Gn 4*

“Tava bem com o neném, comigo. Tá bem formadinho.” Gr 11

2.2. Relação de apego

O que a senhora sente em relação a esse bebê?

Sentimentos positivos: Sentimentos como amor e contentamento ainda são bastante relatados depois da realização da ultrassonografia de segundo trimestre.

Exemplos: *“Ah, a mesma coisa que eu sentia... Amor.” Gr 4*

“Ah, feliz, aparentemente nenhum problema está tudo perfeito, tudo ok.” Gn 1

Outros sentimentos: De acordo com Maldonado (1997), o nível de ansiedade aumenta no final da gestação e a vontade de ter um filho e terminar a gravidez é um dos sentimentos que estão presentes nesta fase. No caso de gestantes com a confirmação de malformação fetal, fica mais evidente a ansiedade que diz respeito à apreensão antecipatória (BENUTE et al., 2006).

Exemplos: *“Não a mesma coisa, eu só to ansiosa. Não vejo a hora de nascer.” Gn 5*

“A ansiedade aumentou muito e não vejo a hora. Parece até que não passa.” Gn 19

“To meio com medo porque ta no final, mas eu to feliz. Não vejo a hora de ver ele... de ver, de cuidar...” Gr 13

Como você acha que ele é agora?

Características físicas: Com a visualização do feto, as características físicas do bebê ficam ainda mais claras para as gestantes. Porém, agora, algumas relatam que os bebês idealizados são bonitos. E, ainda nesta categoria, inclui-se a resposta de uma das gestantes participantes (Gr 13) que teve o diagnóstico de possível deficiência mental em seu bebê (Síndrome de Down).

Exemplos: *“Ah, acho que ela vai ser clarinha, pouco cabelo, vai ter o olho pequeno porque o pai também tem o olho bem pequeno. Eu acho que ela vai ser bem clarinha. Dizem que menina puxa muito pro pai, né, então... Ah, eu acho que ela vai ser muito bonitinha...” Gn 18*

“Então, eu imagino ele normal e imagino ele com problema, né, que é a Síndrome de Down, mas eu vejo mais pro lado normal... um menino assim... não sei... não consigo visualizar...” Gr 13

Características comportamentais: As futuras características de personalidade e comportamentos esperados para o bebê continuam fazendo parte dos desejos e idealizações das gestantes participantes desta pesquisa.

Exemplo: *“Eu acho que ele vai ser mais calmo, mais tranquilo. Vai ser uma criança iluminada.” Gr 15*

Parecido com um familiar: Parte das respostas dadas pelas gestantes participantes é de que o bebê que idealizam seja parecido com alguém do núcleo familiar, como o pai, irmãos ou até ela própria. Esta semelhança diz respeito a características físicas e/ou comportamentais, originadas pela visualização do feto pelo exame ultrassonográfico, seja pela sua movimentação intraútero.

Exemplos: *“Ah... sei lá eu, tem hora que eu acho que parece com ela, é que ela tinge o cabelo, já vi três vezes no sonho e parece com ela (irmã).” Gr 5*

“Ah! do jeito que ela se mexe acho que vai parecer com o pai dela, acho que ela vai ser uma criança assim. Dependendo da minha educação, que eu quero que vai ser educada, eu acho que ela vai ser meia geniosa. O pai dela é muito nervoso, eu acho que ela é muito agitada...” Gn 11

“No momento acho que ela é minha cara, a boquinha, queixo, bochechas bem cheias e os traços parecem comigo.” Gn 18

Não idealiza: Respostas em que as participantes relatam não conseguirem pensar, idealizar ou visualizar o seu bebê antes do nascimento.

Exemplo: *“Não sei, não consigo pensar...” Gr 6*

Como estão os preparativos para o nascimento?

Não iniciou: Relatos das gestantes que, mesmo depois da realização do exame ultrassonográfico, não iniciaram os preparativos por não saberem ainda o sexo do bebê ou por motivos financeiros.

Exemplo: *“Ah! não comecei a fazer nada por que eu quero ter certeza do que é. A mesma coisa do O., só depois quando tava com sete meses que fiquei sabendo, que corri atrás das coisas e agora tendo certeza eu vou comprar as roupinhas, o berço.” Gn 10*

Iniciou: Algumas gestantes relatam que já possuem tudo o que será necessário para o nascimento, mas falta organizar; outras dizem que já possuem algumas coisas, mas não tudo o que precisam.

Exemplo: *“Ganhei tudo, ganhei duas banheiras, ganhei dois berços. Eu não montei ainda porque eu vou mudar pra minha mãe.” Gr 1*

Pronto: Depois da realização da ultrassonografia de segundo trimestre, várias gestantes afirmam estarem com tudo preparado para quando o bebê nascer.

Exemplo: *“Já está arrumado tudo no quartinho, já preparei as coisas do hospital, dela, as minhas... porque a qualquer hora pode nascer... porque já ganhei bastante coisa.”*
Gn 19

2.3. Impacto do resultado do exame

Quais são seus planos futuros?

Pessoais: Quando questionadas a respeito do que pensavam para o futuro, algumas participantes desta pesquisa falaram somente de projetos pessoais, tais como comprar uma casa, trabalhar, estudar, sem incluir os cuidados e preocupações com o bebê.

Exemplo: *“Eu não queria não, queria trabalhar, mais se ele quer que eu fico fazer o que? Eu trabalhava mais aí eu parei, eu não era registrada, mais trabalhava na casa de um moça, mais aí depois eu parei ele mudou também, mas não foi por causa da gravidez, é porque ela mudou para outra cidade, mas gostaria de voltar sim.”* Gn 4

Com o bebê: Outras gestantes projetam suas vidas sempre incluindo os seus bebês ou até pensando somente neles.

Exemplos: *“Então, agora eu quero cuidar do bebê quando ele nascer, eu quero trabalhar também, mas, eu vou esperar passar um pouquinho, e prestar concurso, ir atrás de emprego, é a única chance que eu tenho de passar; licença maternidade, fica difícil arrumar serviço agora. Primeiro mês eu vou ter que ficar só pra ele, então, assim sabe, eu penso em cuidar dele, eu quero trabalhar, eu quero passar num concurso publico. E resolver com o pai dele.”* Gr 3

“Ah, é cuidar dela, criar ela... ficar junto pra cuidar dela...” Gr 18

Não tem projetos: Respostas em que as gestantes afirmam que não projetam o futuro, ou seja, não fazem planos.

Exemplo: *‘Ah! eu não faço planos. Eu não penso no futuro.’* Gr 6

3. Terceira entrevista

3.1. Relação de apego

Após o nascimento do bebê, o que a senhora sente em relação a ele?

Sentimentos positivos: A grande maioria das mães relata ter sentimentos como amor, contentamento e alívio em relação a seus bebês depois de nascidos. É esperado que a mulher se sinta feliz com a chegada do bebê (FRIZZO; PICCININI, 2005)

Exemplos: *“Nossa. Não sei nem explicar. É muito amor.” Gn 3*

“Me sinto bem com ele. Feliz com ele. Os dois se dão bem. É como se eu tivesse uma coisa completa mesmo.” Gn 13

“Dobrou meu carinho, nasceu sadio, eu estava preocupada por ter tido rubéola. Eu tinha muito medo”. Gr 19

“Tudo de bom. Eu era muito... ninguém pegava ela, só eu...” Gr 6

“Ah! igual o meu menino, eu gosto dos dois... igual.” Gn 15

Outros sentimentos: Resposta das mães participantes que somente conseguem relatar sua angústia, devido aos cuidados com seu filho recém-nascido.

Exemplo: *“Ah! Acho que vai depender. Crescendo. Tem hora que ele chora demais, eu não sei dizer se é dor, se é manha, eu fico desesperada. Tem hora que eu até choro junto com ele, eu não sei o que ele quer dizer e choro junto.” Gn 4*

Quem cuida do bebê?

Somente a mãe: Respostas em que as mães participantes da pesquisa afirmam serem as únicas a exercer os cuidados com seus bebês recém-nascidos.

Exemplo: *“É, sou eu quem faz tudo.” Gr 13*

A mãe e familiares: Respostas em que as mães revelam que recebem ou receberam ajuda de familiares (pai, avó materna, avó paterna, tia materna) nos cuidados com seus bebês, depois do nascimento dos mesmos. Frizzo e Piccinini (2005) sugerem que o apoio de outras

pessoas, no período peri e pós-natal, pode dar grande suporte emocional ou fornecer uma base segura para a mãe recente, tão necessária em momentos de estresse.

Exemplo: *“Eu. Aqui, nos primeiros 15 dias, minha sogra foi quem cuidou dela, depois fui tudo eu....” Gn 23*

“É, eu e o meu marido. Porque ele trabalha mais à noite com fotografia e ele fica muito em casa durante o dia e me ajuda.” Gn 6

3.2. Impacto do nascimento

Quais são seus planos futuros?

Pessoais: Depois do nascimento dos seus bebês, algumas participantes desta pesquisa fazem projetos pessoais para o futuro, tais como comprar uma casa, trabalhar, estudar, sem incluir os filhos nestes planos.

Exemplo: *“Tenho que arrumar um serviço, arrumar um cantinho melhor.” Gr 11*

Com o bebê: Respostas em que os relatos das mães participantes incluem projetos com o seu bebê ou até são voltados totalmente para ele.

Exemplo: *“Ah! criar ela da melhor forma, né, dar uma boa educação... e eu penso ter outro bebê, porque é muito bom.” Gn 6*

“Meus planos. Que ela cresça com saúde. Ela vai pra escolinha o ano que vem. É que eu penso só nela, eu quero tudo de bom pra ela. Como te falei no início, eu penso mais nela do que em mim.” Gn 9

Não tem projetos: Outras mães da pesquisa afirmam que não projetam o futuro, mesmo depois do nascimento de seus filhos.

Exemplo: *“Eu não faço planos....” Gr 6*

ANEXO 7

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP -
coetp@ffclrp.usp.br

Of.CEtP/FFCLRP-105/2007-29/11/2007

Senhor(a) Pesquisador(a):

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "Apego materno-fetal em gestantes com feto malformado", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP em sua 66ª reunião ordinária realizada em 29/11/2007, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº 359/2007 – 2007.1.2100.59.0.

Aproveitamos a oportunidade para apresentar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Profa. Dra. ADÉLAIDE DE ALMEIDA
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FFCLRP-USP

Ilustríssimo(a) Senhor(a)
FERNANDA SAVIANI
Aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
desta FFCLRP

ANEXO 8

Fatores de Risco Gestacional

Aborto espontâneo anterior

Aborto espontâneo é a interrupção precoce, não provocada, da gravidez. A maior parte ocorre nos três primeiros meses de gestação. As principais causas de abortamento são as deficiências hormonais, causas imunológicas ou hematológicas e doenças maternas. O histórico de aborto constitui fator de risco para a próxima gestação, que deve ser melhor observada. (DE LAMARE; COSLOVSKY, 2006)

Descolamento prematuro da placenta

Separação completa ou parcial da placenta em gravidez acima de 20 semanas. A ocorrência varia entre 0,4 e 3,5% das gestações, tendo repercussões sobre o feto e sobre o organismo materno. “A mortalidade perinatal que acompanha o descolamento prematuro da placenta ocorre entre 5 e 15% dos casos, e o óbito materno é bem menos frequente.” (AGUIAR; VASCONCELLOS, 2005, p. 273)

Diabete

Corresponde a um grupo de doenças metabólicas que se caracterizam pelo aumento da glicemia, resultante de defeito na secreção e/ou na ação da insulina. Gestações de mulheres com diabete podem apresentar complicações graves, chegando à morte perinatal 10 vezes mais do que na população não diabética. (RUDGE; CALDERON, 2005)

Gemelaridade

É considerada importante fator de risco para perda fetal. Quando não há, no primeiro trimestre gestacional, a conversão de gestação múltipla para simples e a gravidez evolui como múltipla, o risco de complicações aumenta, principalmente em relação à restrição de crescimento intraútero, parto pré-termo e óbito fetal. (MOISÉS; MAUAD FILHO, 2006)

Hipertensão arterial

Pode existir antes ou manifestar-se pela primeira vez durante a gestação. A doença caracteriza-se pelas artérias estreitadas, que não distribuem bem o sangue. Durante a gestação, a placenta não recebe o suficiente para o bebê e ele não se desenvolve normalmente. Com

pouco oxigênio e alimentos, o feto cresce menos e nasce com baixo peso. A hipertensão severa ainda é fator de mortalidade fetal e materna. (DE LAMARE; COSLOVSKY, 2006)

Idade materna avançada

“Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado que a idade materna elevada aumenta o risco para óbito fetal.” (MOISÉS; MAUAD FILHO, 2006, p. 207)

Hemorragia

O sangramento vaginal durante a gestação pode significar ameaça de aborto ou gravidez fora do útero, e também pode ser sintoma de placenta prévia. Quando há a presença de dor, pode significar descolamento da placenta, sendo uma ocorrência grave e podendo dar início a uma hemorragia e colocando em risco a vida da mãe e do bebê. (DE LAMARE; COSLOVSKY, 2006)

Rubéola

A rubéola durante a gravidez pode provocar sérios danos ao feto. O período mais crítico é o das primeiras seis semanas. Quanto mais tarde se contrai a rubéola na gravidez, menor o perigo de o bebê ser afetado e o dano que possa ocorrer. Quando as mulheres vacinam-se contra a rubéola é indispensável esperar três meses, após a vacinação, para engravidar. No caso desta pesquisa, algumas participantes foram vacinadas quando já estavam grávidas e ainda não sabiam. (DE LAMARE; COSLOVSKY, 2006)

Tabagismo

A relação entre tabagismo e perda fetal é bem conhecida. O fumo durante a gestação determina aumento da concentração de carboxiemoglobina e eleva a resistência vascular. Além disto, contribui para o surgimento de alterações placentárias, como necrose tecidual e consequente descolamento prematuro de placenta normalmente inserida. (MOISÉS; MAUAD FILHO, 2006)

Diagnósticos das malformações fetais

Gastrosquise

Defeito da parede abdominal com exteriorização das alças intestinais e vísceras, sem recobrimento, à direita do cordão umbilical, que pode ser diagnosticada a partir da 12ª semana de gestação e é considerada um evento esporádico com etiologia multifatorial (PATRONI et al, 2000).

Golf Ball

Caracteriza-se pela presença de imagens puntiformes intraventriculares hiperecogênicas nos músculos papilares. Detectado em até 20% das ultrassonografias realizadas, geralmente desaparece até o final da gestação (HAGEMANN; ZIELINSKY, 2004).

Hidrocefalia

Caracteriza-se por um acúmulo anormal e excessivo de líquido dentro dos ventrículos ou do espaço subaracnóideo. Está associada com a dilatação ventricular e aumento da pressão intracraniana e é considerada uma das anomalias congênitas mais comuns (HORTÊNCIO et al, 2001).

Malformação óssea

Nesta pesquisa, as informações a respeito da malformação dos bebês foram adquiridas através dos relatos das próprias gestantes participantes. No caso da gestante cujo feto apresentava malformações ósseas, não foi dado qualquer nome ou diagnóstico fechado para o caso, somente se sabia que o bebê tinha uma rotação nas mãos, nos pés e nos joelhos também. “As anomalias esqueléticas fazem parte de um grupo heterogêneo de alterações que cursam com diversas formas de encurtamento ósseo, podendo alterar a anatomia das extremidades e do tórax. Há mais de 150 tipos diferentes de anomalias esqueléticas, passíveis de serem grupadas segundo variados critérios.” (CHAVES NETTO; SÁ, 2005, 617)