



Estudos de Psicologia

ISSN: 0103-166X

estudosdepsicologia@puc-  
campinas.edu.br

Pontifícia Universidade Católica de  
Campinas  
Brasil

SAVIANI-ZEOTI, Fernanda; Lopes PETEAN, Eucia Beatriz  
Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de  
risco: estudo comparativo  
Estudos de Psicologia, vol. 32, núm. 4, outubro-diciembre, 2015, pp. 675-683  
Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Campinas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395352313010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo

## *Maternal-fetal attachment, anxiety, and depression in normal and high-risk pregnancies: A comparative study*

Fernanda SAVIANI-ZEOTI<sup>1</sup>  
Eucia Beatriz Lopes PETEAN<sup>2</sup>

### Resumo

Este estudo teve como objetivo verificar as possíveis diferenças nos comportamentos de apego materno-fetal, bem como nos níveis de ansiedade e depressão apresentados por gestantes com e sem risco na gravidez, durante o segundo trimestre gestacional. Participaram da pesquisa 25 mulheres com gravidez sem risco e 23 com gravidez de risco, sendo que quatro delas tiveram fetos malformados. A Escala de Apego Materno-fetal e os Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck foram utilizados. Os resultados mostram que não há diferenças no nível de apego materno-fetal entre os dois grupos de gestantes, os quais apresentaram valores máximos. Os índices de ansiedade e depressão mostraram-se mais elevados, mas não estatisticamente significativos, entre as gestantes de risco, principalmente para aquelas que tinham suspeita de fetos malformados. Conclui-se que a gravidade da realidade vivida por essas mães implica em níveis mais elevados de ansiedade e depressão, porém, não impede a formação da relação de apego entre elas e seus filhos.

**Palavras-chave:** Ansiedade; Depressão; Gestação; Relações materno-fetais.

### Abstract

*This study aimed to determine possible differences in the maternal-fetal attachment behavior and in the levels of anxiety and depression during the second trimester of pregnancy in women with or without pregnancy complications. Twenty-five women with normal, healthy pregnancy and 23 with high-risk pregnancy, among which there were 4 with malformed fetuses, participated in this study. The Maternal-Fetal Attachment Scale and the Beck Anxiety Inventory*

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>1</sup> Universidade de Franca, Faculdade de Psicologia, Curso de Psicologia. Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201, Pq. Universitário, Franca, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: F. SAVIANI-ZEOTI. E-mail: <fernandaszeoti@gmail.com>.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia e Educação. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Artigo baseado na tese de F. SAVIANI-ZEOTI, intitulada "Apego materno-fetal e indicadores emocionais em gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo". Universidade de São Paulo, 2011.

Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

*and Depression Inventory were used. The results showed no differences in the levels of maternal-fetal attachment between the two groups of pregnant women investigated; both had maximum values. The anxiety and depression levels were higher, but not statistically significant, between the women with high-risk pregnancies, especially in those with suspected fetal malformation. It was concluded that the harsh reality faced by these mothers leads to higher levels of anxiety and depression; however, it does not prevent the development of attachment between them and their babies.*

**Keywords:** Anxiety; Depression; Pregnancy; Maternal-fetal relations.

A gravidez é um evento considerado biologicamente natural, entretanto é um período de importante vulnerabilidade emocional em que sentimentos ambivalentes são vivenciados. É uma fase de transição que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, principalmente no que diz respeito à mudança de identidade e uma nova definição de papéis (Antunes & Patrocínio, 2007). Essas mudanças, geralmente, têm início com a confirmação da gravidez, e podem se prolongar por um tempo posterior ao parto, de acordo com a vivência de cada mulher.

Segundo Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004), “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” (p.223). Além disso, essas expectativas são mais frequentes e intensas quando os movimentos do bebê anunciam sua existência real, fazendo com que a mãe sinta o feto e aumente suas expectativas referentes a ele.

Esse momento em que os movimentos fetais ficam mais perceptíveis corresponde ao chamado segundo trimestre gestacional, entre o 4º e o 6º mês de gravidez. Psicologicamente, nessa época, 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.

E assim, “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 e tudo isso é suscitado, em

grande parte, pela interpretação dos movimentos fetais (Maldonado, 1997; Piccinini et al., 2004).

Cranley (1981) sugere também que nessa época se inicia mais claramente o que chama de apego materno-fetal, 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” (p.282). O apego, além de influenciar a qualidade de todos os laços futuros, é crucial para o desenvolvimento do bebê, especialmente daqueles doentes e/ou prematuros.

Tarelho e Perosa (2001) referem que houve um aumento no interesse de pesquisar o apego durante o período fetal, pois pouco se sabe sobre o que ocorre com o vínculo mãe/feto durante o processo da gravidez, especialmente quando há intercorrências. Pais diante de um prognóstico fetal ruim 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.80).

No 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. Mesmo frente a esse diagnóstico, as gestantes tendem a manter o apego materno-fetal, utilizando diversas estratégias de enfrentamento, sendo a prática religiosa a principal delas. De qualquer forma, 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).

Nesse contexto, a presença de risco, seja para a mãe, seja para o feto ou, ainda, para ambos, representa maior problema emocional e social. Isso porque, para a mãe, “surge o medo real 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” (Brasil, 2000, p.13); e em alguns casos, a gestação de alto risco, que inclui condições tais como idade materna avançada, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial gestacional, entre outras, pode evoluir com malformação fetal. Por outro lado, são chamadas de “gestações de baixo risco”, aquelas que não apresentam nenhuma condição diferente das esperadas para o período de gravidez.

Durante o período de gestação, mudanças, adaptações e um quadro de ansiedade são esperados. A presença de risco para a mãe ou para o feto pode aumentar esse nível de ansiedade na gestante, podendo prolongar-se, em certos casos, até o período pós-natal. De acordo com Perosa, Silveira e Canavez (2008), a ansiedade é um estado emocional que tem componentes fisiológicos e psicológicos, os quais abrangem diversas sensações, entre elas o medo e a insegurança, o aumento no estado de vigília e diversos desconfortos somáticos e do sistema nervoso autônomo. Chatterton et al. (2000) e Faisal-Cury e Menezes (2006) salientam que essa condição psicológica pode ter efeitos negativos na ligação mãe/filho. Para Consonni et al. (2010) e Correia e Linhares (2007), quando a mesma é muito intensa, a possibilidade de complicações obstétricas na gravidez e no puerpério aumentam. Além disso, também pode reduzir o bem-estar materno durante a gravidez e ter um efeito deletério sobre a construção da ligação pais-criança (Allison, Stafford, & Anumba, 2012; Gomes & Piccinini, 2010; Hertling-Schaal, Perrotin, Poncheville, Lansac, & Body, 2001).

A ansiedade gerada durante a gestação e todo o processo materno de elaboração da malformação fetal é um importante eliciador de estados depressivos. Estes são marcados por variações de humor que tornam difícil para a mulher lidar com todas as questões gestacionais (Quayle, 1997). A depressão materna acomete de 10 a 20% das puérperas, de acordo com Moraes et al. (2006). Esse indicador emocional caracteriza-se, segundo Frizzo e Piccinini (2005), por diversos sintomas, entre eles, dificuldades de sono, perda de apetite e dificuldade de concentração. Apesar de muito se enfatizar a depressão pós-natal, para Gómez e Leal (2007) há uma maior incidência da depressão materna no período pré-natal.

Essa condição durante o período gestacional constitui-se um forte fator de risco para o desenvolvimento da depressão pós-natal (Goecke et al., 2012), além das evidências de que possa causar baixo peso ao nascer, prematuridade e distúrbios do desenvolvimento (Pereira & Lovisi, 2008). Frizzo e Piccinini (2005) e Kwon e Bang (2011) enfatizam que, instalada a depressão, muitas vezes, as mães ficam emocionalmente indisponíveis para o recém-nascido, respondendo menos às suas solicitações, o que pode ocasionar privação psicossocial e gerar condições de desenvolvimento adversas (Seimyr, Sjögren, Welles-Nyström, & Nissen, 2009).

No entanto, apesar da significativa incidência de ansiedade e depressão no período gestacional, são poucos os estudos que abrangem este período e que buscam associar esses fatores à ligação materno-fetal. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar os níveis de apego materno-fetal, ansiedade e depressão, bem como a relação entre eles, apresentados por gestantes com ou sem gravidez de risco durante o segundo trimestre gestacional.

## Método

### Participantes

Participaram deste estudo 48 mulheres, sendo 25 com gestação sem risco e 23 com risco, atendidas na Escola de Ultra-Sonografia e Reciclagem Médica de Ribeirão Preto, São Paulo. Todas viven-

ciavam o segundo trimestre gestacional, eram maiores de 18 anos e residiam na cidade de Ribeirão Preto.

As gestantes com gravidez que não apresentava risco tinham entre 18 e 33 anos, a maioria era casada e tinha 2º grau completo, com renda familiar entre um e dois salários mínimos; 60,0% delas eram primigestas, 32,0% vivenciavam a segunda gestação e 2 (8,0%), a terceira. Aquelas que apresentavam gestação de risco tinham entre 18 e 44 anos, sendo a maioria também casada, com o 2º grau completo e renda familiar entre um e dois salários mínimos. Grande parte delas era primigesta (39,1%); 36,1% estava na segunda gestação, 21,7%, na terceira e 3 (13,0%) estavam grávidas pela quarta vez. Dentre as participantes, três apresentavam histórico de aborto espontâneo anterior à gravidez atual. No que se refere ao fator de risco gestacional, 34,8% tinham idade acima de 35 anos, 17,4%, quadro de hipertensão arterial, 13,0% tiveram aborto espontâneo anterior e outros 13,0% dos casos eram tabagistas. Salienta-se que dentre as gestantes de risco, quatro estavam grávidas de fetos malformados, sendo os diagnósticos: síndrome de *Golf Boll*, hidrocefalia, gastrosquize e malformação óssea.

## Instrumentos

Para avaliar o nível de apego foi utilizada a Escala de Apego Materno-Fetal. Elaborada por Cranley (1981), ela foi traduzida e validada para a população brasileira por Feijó (1999). Esse instrumento “avalia os comportamentos das mulheres grávidas que são representativos da ligação, afiliação e interação destas com o feto” (Mendes, 2002, p.76).

A Escala constitui-se de um instrumento que obedece a uma pontuação do tipo Likert contendo 24 itens com cinco possibilidades de respostas, a saber: quase sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca; a pontuação para cada uma delas varia de 5 a 1, respectivamente. Somente o item de número 22 apresenta pontuação invertida (Feijó, 1999). Dessa forma, o menor índice de apego corresponde a 24 pontos, e o maior, 120. O escore

total da escala é obtido com a soma da pontuação de cada item. Recomenda-se três níveis de classificação para os resultados obtidos através dessa Escala: apego mínimo, para escores entre 0 e 47; apego médio, de 48 a 71; e máximo, de 72 e 120.

Para avaliação dos níveis de depressão e de ansiedade foram utilizados dois inventários que constituem as Escalas Beck: o *Beck Depression Inventory* (BDI, Inventário de Depressão Beck) e o *Beck Anxiety Inventory* (BAI, Inventário de Ansiedade Beck). O Inventário de Depressão Beck é uma medida de autoavaliação da depressão desenvolvida por Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh (1961). A escala é um instrumento estruturado e composto por 21 itens, que constituem categorias de sintomas e atitudes referentes a manifestações de depressão (Cunha, 2001). O escore total é o resultado da soma da pontuação individual 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, entre 36 e 63. O instrumento foi traduzido e validado para o português por Cunha (2001).

O Inventário de Ansiedade de Beck, publicado em 1988 por Beck et al., com versão em português também validada por Cunha (2001), foi construído com base em vários instrumentos de autorrelato, e mede a intensidade de sintomas de ansiedade (Schmidt & Argimon, 2009). O escore total é o resultado da soma das pontuações 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, entre 31 e 63. Ambos os inventários são indicados para pacientes psiquiátricos ou não, podendo ser aplicados em pessoas a partir dos 17 anos, além de serem medidas consideravelmente estáveis em relação ao tempo (Cunha, 2001).

## Procedimentos

O segundo trimestre gestacional é o período em que os movimentos fetais tornam-se mais evidentes. A percepção e a interpretação desses movi-

mentos pela gestante são importantes para a construção da relação mãe-bebê. Assim, esse período da gestação tornou-se o ideal para coletar as informações relacionadas ao apego pré-natal.

Em um ano, todas as gestantes que chegavam à Escola de Ultra-Sonografia para realização de exame, e atendiam aos critérios de inclusão deste estudo, eram convidadas a participar da pesquisa. Àquelas que concordaram, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram aplicados a Escala de Apego Materno-Fetal e os Inventários de Depressão e de Ansiedade de Beck. Todos os dados obtidos foram analisados quantitativamente de acordo com as normas dos instrumentos. Além disso, os dados dos dois grupos foram comparados, verificando-se possíveis correlações através dos testes estatísticos não paramétricos de Wilcoxon e de Friedman com um nível de significância de  $p \leq 0,05$ .

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 29 de novembro de 2007, sob o nº 359/2007 CEP-FFCLRP.

## Resultados

Os graus de apego materno-fetal, bem como os níveis de ansiedade e depressão apresentados pelas participantes com gestação que não era de risco (Tabela 1), mostram que a grande maioria delas (92,0%) apresentou grau máximo de apego materno-fetal, sendo que apenas duas (8,0%) apresentaram grau médio. Com relação à ansiedade, 56,0% apresentou nível mínimo, outros 28,0%, leve e somente uma gestante apresentou nível grave. No que diz respeito à depressão, a maior parte (72,0%) apresentou nível mínimo, 24,0%, leve e, assim como no caso da ansiedade, apenas uma participante (4,0%) atingiu o nível grave.

No que diz respeito às gestantes com risco, os graus de apego materno-fetal, os níveis de ansiedade e também os de depressão encontram-se na Tabela 2. Os resultados mostram que 100,0% delas apresentou grau máximo de apego. Já com

Tabela 1

*Graus de apego materno-fetal, níveis de ansiedade e de depressão das participantes com gestação que não apresentava risco diagnóstico: frequência e porcentagem (Ribeirão Preto, 2010)*

Níveis	Apego Materno-fetal	
	n	%
Mínimo	-	-
Médio	2	8
Máximo	23	92
Total	25	100

  

Níveis	Ansiedade	
	n	%
Mínimo	14	56
Leve	7	28
Moderado	3	12
Grave	1	4
Total	25	100

  

Níveis	Depressão	
	n	%
Mínimo	18	72
Leve	6	24
Moderado	-	-
Grave	1	4
Total	25	100

Tabela 2

*Níveis de apego materno-fetal, ansiedade e depressão das participantes com gestação de risco (Ribeirão Preto, 2010)*

Níveis	Apego Materno-fetal	
	n	%
Mínimo	-	-
Médio	-	-
Máximo	23	100
Total	23	100

  

Níveis	Ansiedade	
	n	%
Mínimo	10*	43,5
Leve	7*	30,4
Moderado	4*	17,4
Grave	2*	8,7
Total	23	100,0

  

Níveis	Depressão	
	n	%
Mínimo	13*	56,5
Leve	6*	26,1
Moderado	3*	13,1
Grave	1*	4,3
Total	23	100,0

Nota: \*Incluindo uma gestante com suspeita de gravidez com malformação fetal.



relação à ansiedade, a maioria (43,5%) apresentou nível mínimo, sete (30,4%), leve, quatro (17,4%), moderado e duas (8,7%), grave. Em relação às quatro gestantes com suspeita de malformação fetal, cada uma delas apresentou um nível de ansiedade diferente (mínimo, leve, moderado e grave). Quanto à depressão, 56,5% das gestantes de risco apresentaram nível mínimo, 26,1%, leve, três (13,1%), moderado e uma, grave, sendo que as gestantes com suspeita de malformação fetal, mais uma vez, distribuíram-se nos quatro níveis de depressão (mínimo, leve, moderado e grave).

Na Tabela 3 encontram-se as médias dos graus de apego materno-fetal, dos níveis de ansiedade e também de depressão apresentados pelos dois grupos de gestantes estudados e as correlações existentes entre eles. Apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas, os dados apresentados mostram que as três condições são numericamente mais altas entre as gestantes de risco.

## Discussão

Este estudo teve como objetivo avaliar os níveis de apego materno-fetal, ansiedade e depressão de gestantes com gravidez considerada de risco e gestantes com gravidez sem risco. A maioria das mulheres deste estudo apresentaram índices de ansiedade e depressão entre mínimo e leve, sendo que as com gravidez de risco apresentaram valores mais altos quando comparadas ao outro grupo. É provável que o fato delas estarem expostas a uma situação incerta, como alterações na própria saúde

e complicações no parto, eclampsia, suspeita de malformação fetal e possível perda do filho, podendo levar a consequências sobre as quais nem sempre se tem controle, tenha resultado no aumento desses índices.

De acordo com Hertling-Schaal et al. (2001), o nível de ansiedade pode aumentar quando existe o diagnóstico de uma malformação fetal, ou mesmo quando se apresenta o risco para uma anomalia, podendo a ansiedade prolongar-se até o período pós-natal. A necessidade de atentar, durante o pré-natal, para essa condição é fundamental, pois pode reduzir o bem-estar materno durante a gravidez e ter um efeito deletério sobre a construção da ligação pais-criança (Hertling-Schaal et al., 2001). Isso, no entanto, não ocorreu com as participantes deste estudo, que apresentaram um alto nível de apego materno-fetal, mesmo na presença de risco gestacional e níveis elevados de ansiedade. É provável que a percepção dos movimentos fetais, de acordo com DiPietro (2010), tenha favorecido o estabelecimento dessa ligação, bem como a dúvida em relação à existência do risco.

No que diz respeito à depressão, índices mais elevados também foram apresentados pelas gestantes de risco. Porém, na maioria das participantes com hipertensão arterial, idade avançada e histórico de aborto espontâneo, os índices de depressão não ultrapassaram o nível leve, não sendo considerado passível de atendimento clínico. Mesmo assim, ressalta-se a importância do acompanhamento emocional nesses casos. De acordo com Alami, Kadri e Berradas (2006) e Furber, Garrod, Maloney, Lovell e McGowan (2009), mesmo um nível leve de depressão influencia de forma negativa a mulher grávida que, pode apresentar menos práticas saudáveis, como boa alimentação e exercícios apropriados, podendo, também, desenvolver mais desesperança durante a gestação (Lindgren, 2001).

Nesse sentido, Brandon et al. (2008) e Ossa, Bustos e Fernandez (2011), afirmam que níveis de depressão podem sugerir uma maior vulnerabilidade emocional devido à presença de risco para a mãe, seu bebê ou ambos. Pereira e Lovisi (2008) salientam que essa condição durante o período gestacional pode se constituir em forte fator de risco à depres-

Tabela 3  
Correlações das médias de depressão, ansiedade e apego dos dois grupos de participantes (Ribeirão Preto, 2010)

Médias	Gestantes	
	Sem risco	Com risco
Apego	87,6 (máximo)	90,9 (máximo)
	$p = 0,5$	
Depressão	9,2 (mínimo)	13,1 (leve)
	$p = 0,1$	
Ansiedade	10,8 (leve)	14 (leve)
	$p = 0,3$	

Nota:  $p \leq 0,05$ : Nível de significância.

são pós-natal, podendo causar baixo peso ao nascer e prematuridade, afetando o desenvolvimento da criança. Para Perosa et al. (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.31). A literatura (Lindgren, 2001), assim como este estudo, mostra que os índices de depressão são mais baixos em mulheres com menor risco gestacional.

As participantes cujos fetos apresentavam suspeita de malformação tiveram índices de ansiedade e depressão mais elevados, quando comparados com os das demais gestantes. Esses índices alcançaram níveis moderado e grave, caracterizando a necessidade de encaminhamento para tratamento clínico. É provável que esse aumento se deva à possibilidade do nascimento de uma criança diferente da esperada e, conseqüentemente, dos sentimentos referentes ao luto pelo filho idealizado. Esses resultados também foram encontrados nos estudos de Hertling-Schaal et al. (2001) e Viaux-Savelon et al. (2012), os quais salientam que a ansiedade pode prolongar-se até o período pós-natal. Segundo M. H. Klaus, Kennell e Klaus (2000), esse sentimento, bem como o estresse desse período, são elevados, fato que também se confirma com os resultados de Vasconcelos e Petean (2009). A ansiedade, gerada pela elaboração psicoafetiva da situação de malformação do bebê, pode ser eliciadora de um estado depressivo, de acordo com Adouard, Glangeaud-Freudenthal e Golse (2005), Quayle (1997) e Rocha (1999).

Cranley (1981), Roegiers (1996), Tarelho e Perosa (2001) e Vasconcelos e Petean (2009) afirmam que a ligação materno-fetal se inicia precocemente, já no período pré-natal. Essa ligação afetiva não se mostrou diferente entre os dois grupos analisados, sendo que em sua grande maioria, o apego materno-fetal foi avaliado como máximo. É provável que, diante do próprio risco de vida e da perda do feto, as gestantes tenham utilizado a vinculação como um mecanismo de defesa e proteção a uma situação que lhes é dolorosa. Esses mesmos resultados foram encontrados nos estudos de

Alhusen (2008), Cannella (2005), e Laxton-Kane e Slade (2002), os quais concluíram que não há diferença no apego materno fetal apresentado por gestantes com ou sem risco gestacional.

Além disso, Tarelho e Perosa (2001) apontam para o fato de que mães cujo feto apresentava suspeita ou constatação de alguma malformação, depois de algum tempo da notícia, refizeram o vínculo mesmo antes do nascimento. É provável que o mais importante para essas gestantes era o fato de começarem a se sentir mães, apesar do risco de malformação. De acordo com Hedrick (2005), o conhecimento da existência de uma anomalia fetal não compromete o apego materno-fetal, e que o importante é saber que, apesar de malformado, aquele é seu filho.

Assim, podemos concluir que os dados obtidos apontaram que a ligação afetiva entre mãe e filho se inicia precocemente, já no período pré-natal, e que, até o segundo trimestre gestacional, não há diferença entre gestantes com e sem risco. Com relação aos níveis de ansiedade e depressão, os dados apontaram índices mais elevados das mesmas, mesmo que não estatisticamente significativos, nas gestantes de risco, corroborando com a literatura da área.

Embora os resultados aqui obtidos sejam consistentes, não se pretende afirmar que possam ser generalizados. Há 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, mas, principalmente, entre aquelas que apresentam diagnóstico de um feto malformado.

Para finalizar, salienta-se a importância dos Serviços de Saúde no que diz respeito à assistência psicológica pré-natal a todas as gestantes, principalmente àquelas que passam por situações adversas durante o período gestacional. Nesse sentido, os profissionais da saúde, principalmente o psicólogo, podem, com base nesses resultados e nos de outros estudos, auxiliar, de maneira mais eficaz, mulheres com gestações de risco, para que vivenciem sua gravidez da forma mais equilibrada pos-



sível, potencializando um relacionamento mais saudável entre mãe e filho.

## Referências

- Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N. M., & Golse, B. (2005). Womens mental health validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 89-95.
- Alami, K. M., Kadri, N., & Berradas, S. (2006). Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. *Archives of Women's Mental Health*, 9(6), 343-346.
- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 315-328.
- Allison, S. J., Stafford, J., & Anumba, D. O. C. (2012). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. *BMC Women's Health*, 11(33), 1-8.
- Antunes, M. S. C., & Patrocínio, C. (2007). A malformação do bebê. Vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 239-252.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Brandon, A. R., Trivedi, M. H., Hynan, L. S., Miltenberger, P. D., Labat, D. B., Rifkin, J. B., & Stringer, C. A. (2008). Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *Journal Clinical Psychiatry*, 69(4), 635-643.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). *Gestação de alto risco: manual técnico* (3ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Cannella, B. L. (2005). Maternal-fetal attachment: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 60-68.
- Chatterton, R. T., Hill, P. D., Alday, J. C., Hodjes, K. R., Belknap, S. M., & Zinaman, M. J. (2000). Relation of plasma oxytocin and prolactin concentrations to milk production in mothers of preterm infants: Influence of stress. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85(10), 3661-3668.
- Consonni, E. B., Calderon, I. M. P., Consonni, M., Conti, M. H. S., Prevedel, T. T. S., & Rudge, M. V. C. (2010). A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: Maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health*, 7(8), 1-6.
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 1-8.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DiPietro, J. A. (2010). Psychological and Psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationship. *Infant and Child Development*, 19(1), 23-38.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 28(3), 171-178.
- Feijó, M. C. C. (1999). Validação brasileira da "Maternal-Fetal Attachment Scale". *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 51(4), 52-62.
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 47-55.
- Furber, C. M., Garrod, D., Maloney, E., Lovell, K., & McGowan, L. (2009). A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 669-677.
- Goecke, T. W., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Bechmann, N. W., & Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(2), 309-16.
- Gomes, A. L., & Piccinini, C. A. (2010). Malformação no bebê e maternidade: aspectos teóricos e clínicos. *Psicologia Clínica*, 22(1), 15-38.
- Gómez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Amotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(2), 153-165.
- Hedrick, J. (2005). The lived experience of pregnancy while carrying a child with known, nonlethal congenital abnormality. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(6), 732-740.
- Hertling-Schaal, E., Perrotin, F., Poncheville, L., Lansac, J., & Body, G. (2001). Maternal anxiety induced by prenatal diagnostic techniques: Detection and management. *Gynecologie et Obstetrique Fertilité*, 29(6), 440-446.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Kwon, M. K., & Bang, K. S. (2011). Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 14(2), 276-283.
- Laxton-Kane, M., & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), 253-266.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices

- in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24(3), 203-217.
- Maldonado, M. T. P. (1997). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto.
- Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 65-70.
- Ossa, X., Bustos, L., & Fernandez, L. (2011). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, 28(5), 689-96.
- Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(4), 144-153.
- 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*, 24(1), 29-36.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Quayle, J. (1997). Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In J. J. A. Tedesco, M. Zugaib, & J. Quayle (Orgs.), *Obstetrícia e Psicomática* (pp.216-227). São Paulo: Atheneu.
- Rocha, F. L. (1999). Depressão puerperal: revisão e atualização. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 87(2), 201-205.
- Roegiers, L. (1996). Médecine Foetale: du monitoring à la relation. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 44(12), 634-641.
- Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. L. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia*, 19(43), 211-220.
- Seimyr, L., Sjögren, B., Welles-Nyström, B., & Nissen, E. (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 12(5), 269-279.
- Tarelho, L. G., & Perosa, G. B. (2001). O desenvolvimento do apego mãe-filho em grávidas, após o anúncio de má-formação fetal. *Revista Paulista de Pediatria*, 19, 79-83.
- Tedesco, J. J. A. (1997). Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In J. J. A. Tedesco, M. Zugaib, & J. Quayle (Orgs.), *Obstetrícia psicossomática* (pp.99-108). São Paulo: Atheneu.
- Vasconcelos, L., & Petean, E. B. L. (2009). O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 69-82.
- Viaux-Savelon, S., Dommergues, M., Rosenblum, O., Bodeau, N., Aidane, E., Philippon, O., ... Cohen, D. (2012). Prenatal ultrasound screening: False positive soft markers may alter maternal representations and mother-infant interaction. *PloS ONE*, 7(1), 1-8.

Recebido: junho 3, 2013  
 Versão final: fevereiro 18, 2014  
 Aprovado: abril 28, 2014