

**ARTIGO ORIGINAL**

# Apego materno-fetal e enfrentamento de gestantes frente ao diagnóstico de malformação

## *Maternal-fetal attachment and the coping STRATEGIES of pregnant women facing the diagnosis of malformation*

Máira Morena Borges<sup>1</sup>, Maria Jaqueline Coelho Pinto<sup>2</sup>, Denise Cristina Mos Vaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga, Mestranda da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-FFCLRP.

<sup>2</sup>Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP.

<sup>3</sup>Médica, Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP.

### Resumo

**Introdução:** A medicina fetal tem se constituído, a partir da década de 1970, como área da medicina obstétrica que objetiva introduzir novas técnicas para detecção e cuidado de malformações embrionárias e fetais, por meio de um atendimento multiprofissional. Ao veicular a informação de que uma alteração na estrutura ou fisiologia do feto foi constatada, a equipe de saúde precisa estar preparada para responder e fornecer suporte às angústias do casal. **Objetivo:** Avaliar a formação do vínculo materno-fetal, bem como o enfrentamento de gestantes frente ao diagnóstico de malformação. **Casística e Métodos:** Vinte gestantes atendidas pela Equipe de Medicina Fetal de um Hospital-Escola do interior do estado de São Paulo responderam a uma entrevista semiestruturada, à escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, à escala Modos de Enfrentamento de Problemas e à escala de Apego Materno-fetal. Os escores dos instrumentos foram correlacionados entre si, utilizando estatística descritiva e testes estatísticos não paramétricos. **Resultados:** Dezoito (90%) gestantes apresentaram apego máximo com seu feto, treze (65%) apresentaram indicadores de ansiedade e oito (40%), indicadores de depressão. A principal estratégia de enfrentamento utilizada por elas foi a busca de práticas religiosas, com sentimentos de esperança e fé. **Conclusão:** Estudos sobre essa temática possibilitam a discussão de estratégias de intervenção que propiciem o melhor enfrentamento das gestantes para adaptação à nova realidade do feto e uma relação materno-fetal mais saudável.

**Descritores:** Gravidez; Adaptação Psicológica; Relação Materno-Fetal.

### Abstract

**Introduction:** Fetal medicine has been established since the 1970s as the field of obstetric medicine. It aims to introduce new techniques for detection and care of embryonic and fetal malformations through a multidisciplinary care. When conveying information that a change in the structure or physiology of the fetus was found, the healthcare team must be prepared to respond and provide support to the couple's anguish. **Objective:** To evaluate the formation of the mother-child bond, as well as the coping strategies of pregnant women facing the diagnosis of malformation. **Patients and Methods:** Twenty pregnant women seen by the team of Fetal Medicine of a teaching hospital in the state of São Paulo were asked to answer a semi-structured interview, the hospital anxiety and depression scale, the ways of coping scale, and the maternal-fetal attachment scale. The instrument's scores have been correlated using both descriptive and nonparametric statistics. **Results:** Eighteen (90%) women have shown maximum attachment with their fetus, thirteen (65%) women had anxiety indicators and eight (40%) women have presented depression indicators. The main coping strategy used by them has been the search for religious practices with feelings of hope and faith. **Conclusion:** Studies on this topic allow discussing intervention strategies that provide to the pregnant women the best ways of coping to adapt to the new reality of the fetus and a healthier fetal-maternal relationship.

**Descriptors:** Pregnancy; Adaptation Psychological; Maternal-Fetal Attachment.

### Introdução

A medicina fetal tem se constituído, a partir da década de 1970, como área da medicina obstétrica que objetiva introduzir novas técnicas para detecção e cuidado de malformações embrionárias e fetais, por meio de um atendimento multiprofissional<sup>(1)</sup>. Pesquisadores<sup>(2)</sup>, utilizando dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) mostraram que, aproximadamente, três

milhões de nascimentos ocorrem ao ano no Brasil e estima-se que, ao menos 60 mil recém-nascidos, sejam portadores de malformações congênitas.

As malformações têm etiologia plurifatorial, ou seja, podem ser de origem cromossômica ou gênica, bem como resultado de causas ambientais e multifatoriais. Alguns fatores de risco

Recebido em 12/04/2015

Aceito em 30/06/2015

Não há conflito de interesse

são detectáveis antes da concepção, já outros são observados durante a gestação. Por essa razão, o aconselhamento genético-reprodutivo e o diagnóstico pré-natal tornam-se ferramentas importantes aos casais, uma vez que, representam um conjunto de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas sobre a saúde do feto<sup>(3)</sup>. O princípio da abordagem é fornecer informações sobre diagnósticos e prognósticos, indicando e orientando os pais sobre a melhor forma de atuação, de acordo com cada situação<sup>(4)</sup>. De acordo com o Manual de Teratogênese em Humanos, publicado em 2011, pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria, o diagnóstico pré-natal envolve atividades clínicas, exames de imagem, procedimentos invasivos, técnicas laboratoriais e pode envolver também o exame anatomopatológico<sup>(5)</sup>.

Ao veicular a informação de que uma alteração na estrutura ou fisiologia do feto foi constatada, a equipe de saúde precisa estar preparada para responder e fornecer suporte às angústias do casal. Surgem, nesse momento, questionamentos quanto à gravidade do caso, a sobrevivência do feto, possíveis sequelas e tratamentos. O diagnóstico pré-natal se constitui, portanto, em fonte de grande estresse, na medida em que apresenta a possibilidade de um diagnóstico de malformação, o que exige a elaboração e enfrentamento de uma nova realidade, não se constituindo em um processo fácil. Muitos casais manifestam sentimentos como rejeição, medo, culpa e negação do problema, que podem prejudicar o vínculo materno-fetal<sup>(5)</sup>. Para muitas mulheres essa transição é mais dolorosa em virtude do intenso apego das gestantes à imagem idealizada do bebê, às vezes muito diferente da realidade do feto ou recém-nascido<sup>(6)</sup>.

Outras variáveis podem contribuir para dificultar a adaptação à realidade do feto, como as crises econômicas, o restrito grupo de apoio e o pequeno número de serviços públicos para o atendimento de crianças com problemas<sup>(7)</sup>. Somam-se a estes fatores o fato de não se ter planejado e mesmo desejado um filho, porém mesmo nesses casos espera-se sempre uma gestação saudável<sup>(8)</sup>. A gravidez em si já representa importante vulnerabilidade emocional, uma vez que a mulher vivencia sentimentos ambivalentes. Envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, com mudanças não só físicas como também psicológicas e sociais, exigindo a reorganização da identidade feminina e a aquisição de um novo papel, o papel de mãe<sup>(6)</sup>. Se a gravidez e a maternidade exigem a reorganização e reestruturação da mulher, o impacto da notícia de uma malformação fetal possivelmente transforma essa mudança em uma crise emocional<sup>(9)</sup>.

Sentimentos como de inferioridade e baixa autoestima podem eliciar estados de intenso estresse, ansiedade e depressão<sup>(10)</sup>. A depressão materna provavelmente provoca desestruturação familiar, com prejuízos cognitivos e emocionais às crianças. Mães deprimidas não estão emocionalmente disponíveis ao recém-nascido, sendo menos responsivas às suas necessidades psicossociais. A ansiedade, da mesma forma, traz um efeito negativo sobre a qualidade do vínculo mãe-feto, com repercussões emocionais, em longo prazo, para a mãe e para a criança<sup>(7)</sup>.

Com o diagnóstico de malformação fetal, surge a necessidade de os pais buscarem estratégias de enfrentamento para se adaptar ao problema. Os processos adaptativos e meios de superação, após o confronto com a malformação de um filho, são manifestados de

diferentes formas, conforme as expectativas, cultura, maturidade do casal e o próprio contexto inerente à malformação. Choque, negação, tristeza e raiva atuam como percurso para o equilíbrio e reorganização do casal, variando de intensidade e duração<sup>(9)</sup>. O estudo teve como objetivo avaliar a formação do apego materno-fetal e o enfrentamento de gestantes frente ao diagnóstico de malformação.

### Casuística e Métodos

O estudo envolveu 20 gestantes atendidas após o diagnóstico de malformação fetal, pela Equipe de Medicina Fetal de um Hospital-Escola no interior do estado de São Paulo, pelo SUS, no período de agosto a novembro de 2011. Foram incluídas pacientes que concordaram em participar do estudo, com idade mínima de 18 anos e com aparente capacidade cognitiva e/ou emocional para compreender as instruções e participar do protocolo de avaliação.

Foi usada entrevista semiestruturada, para coleta de dados sociodemográficos das participantes, história gestacional, conhecimentos e dúvidas sobre a gestação, malformação e possíveis prognósticos do feto, além dos eventuais medos e fantasias perante as situações por elas vivenciadas ou que teriam que enfrentar. Para melhor compreensão dos dados, o conteúdo dos relatos das gestantes foi agrupado em categorias e subcategorias elaboradas com base no estudo de Gorayeb<sup>(11)</sup>.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), composta por 14 questões do tipo múltipla escolha, sendo sete delas relativas a sintomas de ansiedade e sete, a sintomas depressivos com validação para a população brasileira<sup>(12)</sup>. Escala Modos de Enfrentamento do Problema (EMEP), utilizada para conhecer e avaliar estratégias de enfrentamento das gestantes após receberem a notícia do diagnóstico de malformação. É composta por 45 itens subdivididos em quatro fatores que contemplam pensamentos e ações apresentados diante de um evento especialmente estressante, sendo eles: enfrentamento focalizado no problema; na emoção; na religiosidade e pensamento fantasioso; e enfrentamento relacionado à busca de suporte social. Trata-se de um instrumento adaptado por Gimenez e Queiroz e validado para a população brasileira por Seidl et al.<sup>(13)</sup>. Escala de Apego Materno-Fetal, elaborada por Mecca S. Cranley, traduzida e validada para a população brasileira<sup>(14)</sup> com o objetivo de avaliar a relação materno-fetal após o diagnóstico de malformação. Contém 24 itens, divididos em cinco subescalas. A classificação indicativa para o apego se divide em: apego mínimo, médio e máximo.

A aplicação dos instrumentos foi realizada pela pesquisadora, individualmente, critério adotado para que houvesse uma padronização na coleta de dados, buscando maior fidedignidade dos mesmos. Após aplicação as participantes continuaram em acompanhamento psicológico, em seus retornos nas consultas médicas e, quando necessário, encaminhadas para psicoterapia individual.

Os dados das escalas padronizadas foram analisados quantitativamente, de acordo com as normas dos testes. Após a obtenção dos resultados dos instrumentos, estes foram correlacionados entre si e com os dados da entrevista, utilizando estatística descritiva e testes estatísticos não paramétricos, com nível de significância  $P \leq 0,05$ . Na comparação da média entre grupos, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* e para análise de correlação entre variáveis, foi utilizado o teste de *Spearman*.

## Resultados

A média de idade das gestantes foi de 26,8 anos, com idade mínima de 18 e máxima de 39 anos. Com relação à média de escolaridade, esta foi de 10,5 anos de estudo, sendo o tempo mínimo de 4 anos e o tempo máximo de 15. A média da renda familiar foi de R\$ 1.777,50, sendo o valor mínimo de R\$450,00 e o máximo de R\$ 6.000,00. Portanto, a maioria das gestantes apresentou níveis médios de escolaridade e renda.

No que tange aos dados clínicos das participantes, a idade gestacional, no momento da pesquisa, teve como média, 29,9 semanas, variando entre 22 e 37 semanas de gestação. Onze gestantes (55%) relataram ter desejado engravidar, enquanto nove (45%) não. Em relação ao prognóstico fetal, sete (35%) das gestantes foram orientadas pela equipe de que seria necessário aguardar o nascimento dos bebês para reavaliação da malformação visualizada nos exames pré-natais; doze (60%) foram informadas de que seus bebês seriam submetidos a procedimentos cirúrgicos após o nascimento; e uma gestante recebeu a notícia de que um dos fetos de sua gestação múltipla (gemelar) era incompatível com a vida. Três pacientes (15%) disseram não saber sobre o prognóstico do feto.

No tocante à Escala de Ansiedade e Depressão (HAD), cujos critérios de análise do instrumento determinam que o escore mínimo para sintomatologia ansiosa e/ou depressiva é igual ou superior a 8 pontos, treze gestantes (65%) apresentaram indicadores de ansiedade. Doze (60%) das gestantes não apresentam indicadores de depressão, contudo, oito (40%) fizeram escores entre 8 e 18 pontos.

Quanto à estratégia de enfrentamento mais utilizada pelas gestantes, nove (45%) buscaram o enfrentamento focalizado na religiosidade e/ou no pensamento fantasioso, independentemente da religião que praticavam. Na sequência, houve predomínio do enfrentamento focalizado no problema, com oito gestantes (40%). Nenhuma das participantes teve o enfrentamento

focalizado na emoção como principal estratégia e apenas três (15%) apresentaram predomínio pela busca de suporte social. Ao se analisar a correlação entre estratégias de enfrentamento (EMEP) e indicadores de ansiedade (HAD-A), observa-se significância entre os escores da subescala enfrentamento focalizado na emoção e escores de ansiedade ( $r = 0.4894$ ;  $P = 0.0285$ ). O mesmo ocorre na correlação entre estratégias de enfrentamento (EMEP) e indicadores de depressão (HAD-D). Em oito das 19 gestantes presentes nesse grupo, houve predomínio do enfrentamento focalizado no problema, enquanto nove adotaram o enfrentamento religioso como prioritário para lidar com a situação. Ainda assim, duas das gestantes, cujos bebês seriam avaliados após o parto, apresentaram enfrentamento focalizado na busca de suporte social, como no caso de incompatibilidade do feto com a vida.

A maioria das gestantes, 18 (90%), apresentou o que os critérios de análise da escala de apego materno-fetal definem como apego máximo ao feto, ou seja, escores de 72 a 120 pontos. Apenas duas (10%) mantiveram os níveis que caracterizam o apego como médio, com escores de 48 a 71 pontos, sendo que uma delas não desejou a gestação por estar em união estável há apenas seis meses e, no momento da avaliação, apresentou altos escores para ansiedade e depressão.

Quando analisada a correlação entre estratégias de enfrentamento (EMEP) e os escores de apego materno-fetal, observa-se significância entre o apego e a subescala enfrentamento focalizado no problema ( $r = 0.4672$ ;  $P = 0.0378$ ).

O conteúdo dos relatos presentes na entrevista semiestruturada reforçou os dados obtidos nas escalas de avaliação e trouxe, principalmente, questões relacionadas à compreensão e interpretação das gestantes frente ao diagnóstico de malformação fetal. Os relatos foram agrupados em categorias e subcategorias com falas representativas de todo o grupo de participantes (Tabela 1).

**Tabela 1.** Análise das categorias e subcategorias de verbalizações entrevistas de gestantes com diagnóstico de malformação fetal

Categorias	Subcategorias	Verbalizações
Reação à gestação	Reação adaptativa	<i>"Eu sempre quis engravidar, nunca evitei. Ai comecei a sentir um mal-estar e descobri que já tava com 2 meses de gestação. Fiquei muito feliz."</i> (P-20)
	Reação desadaptativa	<i>"Não, não planejei engravidar, eu achava que não podia engravidar mais porque tenho um ovário só e ele tem cistos. Não tenho apoio de ninguém..."</i> (P-7).
Informação sobre a malformação fetal	Reação adaptativa	<i>"Eu to consciente de que é grave, que o bebê vai ter que fazer cirurgia. A gente já conversou com a Equipe, procuramos um pouco na internet e como eu trabalho em uma UTI neonatal eu sei tudo o que pode acontecer. Eu fico com medo, mas to tentando acreditar que vai dar tudo certo."</i> (P-19)
	Reação desadaptativa	<i>"Eu não entendi muito bem, só sei que a bebê vai ter que fazer cirurgia. Me sinto muito mal porque minha família fica falando que ela vai morrer"</i> . (P-7)
Informação sobre prognóstico fetal	Desejo/Busca de mais informações	<i>"Não me falaram muita coisa, só que o bebê ta com um problema na bexiga. Eu não sei se isso pode causar algum problema pra ele..."</i> (P-2)
	Reação adaptativa	<i>"Já fiz o cariótipo e fui pra Campinas fazer aquela fulguração da válvul. Sei que o bebê pode nascer com alguma síndrome, mas minha família e meus amigos tem me apoiado bastante."</i> (P-4)
	Reação desadaptativa	<i>"Eu sei que é grave, mas prefiro acreditar que na hora que ela nascer vai ta tudo bem."</i> (P-7)
Fatores prejudiciais ao enfrentamento do problema	Desejo/Busca de mais informações	<i>"To muito ansiosa por não saber o que pode acontecer, ninguém fala nada."</i> (P-2)
	Suporte familiar/social	<i>"Eu não posso contar com ninguém, nem com a minha família, nem com o pai do bebê."</i> (P-7)
	Diagnóstico/Prognóstico fetal	<i>"Não ter uma certeza do diagnóstico. Eles disseram que ele pode ter uma síndrome, mas só mesmo quando nascer pra ter certeza."</i> (P-13)
	Interação com a Equipe	<i>"O que mais me deixou mal foi a enfermeira do Postinho que falou que minha filha não tinha chance de sobreviver. Ela me assustou..."</i> (P-5)

Na categoria 1 (Reação à Gestação), os relatos das gestantes estavam relacionados ao período em que receberam a notícia da gestação e como lidaram com essa gravidez naquele momento. As reações que auxiliaram as gestantes a lidar positivamente com a situação da gestação, sendo ela esperadas ou não, foram subdivididas como adaptativas. Em oposição, reações que dificultaram as gestantes a lidar positivamente com a situação da gestação, ou seja, reações pessimistas, diante dessa nova situação a ser vivenciada foram compreendidas como desadaptativas.

Na categoria 2 (Informação Sobre a Malformação Fetal), foram descritos os relatos das gestantes quanto ao nível de assimilação das informações recebidas sobre a gestação e o feto após o diagnóstico de malformação. Considerou-se como Reação Adaptativa relatos realistas em relação ao diagnóstico do feto, condizentes com suas condições de vida pré-natal e procedimentos médicos necessários, de acordo com a gravidade do caso. Relatos que demonstraram falta de informação adequada em relação ao diagnóstico do feto, com a manifestação de fantasias diante da realidade, dificultando um melhor enfrentamento do problema, foram descritos como desadaptativos. A subcategoria Desejo/Busca de mais informações incluiu os relatos de querer e necessitar de informações da equipe que provavelmente auxiliariam na elaboração e enfrentamento da malformação fetal. A Categoria 3 (Informação Sobre Prognóstico do Feto) representa os relatos das gestantes quanto ao nível de assimilação das informações recebidas sobre possíveis prognósticos do feto como, por exemplo, incompatibilidade com a vida, necessidade de correção cirúrgica e avaliação pós-parto.

A categoria 4 (Fatores Prejudiciais ao Enfrentamento do Problema) envolveu relatos das gestantes sobre fatores que dificultaram o enfrentamento da situação. Dentre esses, o estudo trouxe as questões relativas à saúde do feto e o desenvolvimento da criança após seu nascimento, comunicação com a equipe e questões pessoais e familiares.

### Discussão

Um número importante de participantes apresentou indicadores clínicos para depressão. Independente de sua natureza, quando existe um risco real à mãe ou ao bebê durante a gravidez, as expectativas e ansiedades envolvidas são muito ampliadas. A falta de informação e acolhimento profissional adequado também atua como importante desencadeador de reações ansiosas e depressivas, já que favorece a manifestação de fantasias e exacerba o medo da perda<sup>(6)</sup>. O acesso às informações mais detalhadas ameniza estas reações e auxilia na relação paciente-equipe, melhorando, conseqüentemente, o enfrentamento do problema<sup>(15-16)</sup>

Por outro lado, a realidade de um feto malformado, muitas vezes, é tão dolorosa, que surgem sentimentos de incapacidade em lidar com a situação. Possivelmente ocasiona comportamentos como negação, quando permanece a sensação de que o problema não está acontecendo ou de que existe um erro no diagnóstico, bem como distorções na compreensão das informações recebidas, que alimentam falsas esperanças e dificultam a elaboração da imagem de um bebê diferente do idealizado<sup>(17)</sup>

Na análise dos escores de ansiedade e depressão em correlação

com o prognóstico fetal, o estudo apontou que os indicadores de tais transtornos aumentam, proporcionalmente, conforme a complexidade da malformação diagnosticada. No entanto, não há na literatura resultados conclusivos de estudos que demonstrem uma relação direta entre a gravidade ou visibilidade das malformações e a dificuldade de reorganização emocional da família que recebe esse diagnóstico fetal<sup>(7)</sup>. Mesmo porque, esses autores defendem que, com o passar do tempo, na maioria dos casos, ocorre uma adaptação gradual à realidade da malformação, com a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão e aumento de habilidades em cuidar.

Ainda assim, a avaliação do nível de ansiedade e depressão materna é relevante para a identificação de riscos à saúde mental da gestante e ao desenvolvimento do bebê<sup>(18-19)</sup>. A gestação de alto risco por uma malformação fetal é um período crítico, especialmente em casos de maior gravidade, pois a situação se torna potencialmente mais ansiógena e exige uma adaptação significativamente mais elaborada, com risco potencial para se desenvolver, por exemplo, depressão pós-parto<sup>(16,20-21)</sup>. Intervenções precoces como o acompanhamento às gestantes, nas quais possam ser identificados aspectos vulneráveis, tornam-se importantes, contribuindo para prevenção e estruturação de laços emocionais positivos com repercussão ao longo da vida<sup>(22)</sup>. Os dados apresentados neste estudo, quanto às estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas gestantes, estão de acordo com pesquisas realizadas sobre a mesma temática nos últimos anos. O enfrentamento focalizado nos aspectos religiosos indica indivíduos que privilegiam a fé e a esperança, como forma de lidar com uma situação de estresse. A fé ou a crença religiosa provavelmente é adotada como um mecanismo de proteção e racionalização<sup>(23)</sup>. Contudo, também existe a possibilidade de ser um modo de elaboração que propicie a negação da realidade, perpetuando expectativas que, muitas vezes, não condizem com o nível de gravidade do diagnóstico<sup>(10-11)</sup>

Por outro lado, o enfrentamento focalizado no problema implica buscar informações para solucionar a situação estressora<sup>(23)</sup>. O estudo mostra que boa parte das gestantes apresentou esse estilo de enfrentamento, o que significa que, de maneira geral, estavam buscando lidar positivamente com a descoberta da malformação fetal e com as possibilidades concretas de resolução do problema. A assistência psicológica em medicina fetal pode favorecer às gestantes formas mais adequadas de enfrentamento. O enfrentamento do problema é vivenciado a partir dos recursos psicológicos individuais<sup>(16)</sup>. No entanto, a presença de uma rede de apoio, ou seja, o suporte profissional, familiar e religioso amplia os recursos de elaboração psicoafetiva, permitindo melhor manejo da situação, mesmo diante do sofrimento no contexto da malformação<sup>(16,20)</sup>

Falar do enfrentamento focalizado na busca de suporte social se refere a apoio emocional ou de caráter informativo que auxilia a compreensão e elaboração do problema<sup>(23)</sup>. O presente estudo demonstra a importância da rede de apoio de pessoas significativas, em especial o parceiro e pais das gestantes, como tendo representa papel crucial, após o diagnóstico de uma malformação do feto.

Ao considerar a gravidez uma fase de mudanças, com novas

exigências biopsicossociais, a presença do companheiro se torna ainda mais importante nesse período, sendo a capacidade de adaptação do casal a essa nova experiência, uma das fontes de apoio social para o desenvolvimento do apego<sup>(22)</sup>. O apoio social aumenta a responsividade materna, beneficiando tanto a relação mãe bebê quanto conjugal<sup>(24)</sup>. Pacientes que recebem orientações, suporte profissional e familiar, com amparo às suas angústias, medos e dúvidas, buscam melhores formas de lidar com a situação, e, conseqüentemente, mostram-se mais preparadas para enfrentar a possível sequência de exames, internações e cirurgias infantis necessárias para um melhor prognóstico do feto<sup>(11)</sup>.

O enfrentamento focalizado na emoção indica uma maneira desadaptativa de lidar com a situação estressora. Incluem-se aí, os comportamentos de negação e esquiva pela maternidade frustrada, por uma malformação que não corresponde às expectativas da mãe. Sentimentos negativos provavelmente facilitam estados depressivos de alto risco<sup>(21,23)</sup>. As participantes do estudo não priorizaram tal estilo de enfrentamento, apesar da dor psíquica diante da situação.

O estudo também demonstra que mesmo com a notícia de malformação, independentemente de a gestação ter sido ou não desejada e planejada, as pacientes mantiveram alto nível de apego. A literatura aponta<sup>(10)</sup> que as reações iniciais e futuras dificuldades de apego das gestantes dependem, em parte, da aparência do feto malformado, dos prejuízos que essa malformação poderia causar ao desenvolvimento da criança, da possibilidade de reversibilidade ou cura, dentre outros fatores. Um fator importante para estabelecer um vínculo é que os pais compreendam as capacidades que seu bebê traz ao nascer, para sua recuperação e interação. Assim, expressar sentimentos e obter informações sobre as capacidades que o recém-nascido poderá ter, torna mais fácil a aproximação com o feto ainda na gestação<sup>(24)</sup>.

Observa-se uma tendência de menores escores de apego em pacientes ansiosas e deprimidas. Uma revisão de pesquisas publicadas entre 2000 e 2007, constatou que fatores como altos níveis de ansiedade e depressão estão associados a um menor nível de apego materno-fetal<sup>(25)</sup>. No entanto, no presente estudo, apesar de algumas das gestantes apresentarem indicadores de ansiedade e depressão, como resultado geral da amostra, observa-se um bom nível de apego.

Quanto aos relatos presentes nas entrevistas, esses abordaram, em especial, o medo ou a incerteza do prognóstico fetal, o sentimento de impotência frente à realidade da malformação diagnosticada, a ausência de uma rede de suporte às angústias vivenciadas pelo medo da perda, dificuldades na compreensão e aceitação das informações recebidas de profissionais envolvidos nessa problemática e, as conseqüências que pode ocasionar ao bem-estar emocional dessas gestantes.

Culturalmente, exige-se uma reação materna positiva que reafirma a concretização de um papel biológico (a perpetuação da espécie), como a feminilidade<sup>(26)</sup>. Porém, de acordo com o mesmo autor, muitos fatores interferem na percepção da gestação, transformando-a, algumas vezes, não na concretização de um desejo ou vivência prazerosa, mas em fonte de ansiedade

e angústia.

A gestação é uma experiência na qual coexistem ganhos e perdas. Portanto, nenhuma gestação será totalmente aceita ou rejeitada, o que justifica os dados da pesquisa. Uma vez que a notícia de uma gravidez possivelmente gera sentimentos ambivalentes, a reação materna inicial poderia ser negativa sem, necessariamente, se perpetuar por toda a gestação e, conseqüentemente, comprometer o vínculo entre a gestante e o feto<sup>(27)</sup>.

É importante o profissional de saúde ter clareza e percepção de que quanto maior a ansiedade e angústia envolvidas no problema, menos condições as gestantes terão de compreender e fixar informações e explicações, bem como assumir uma postura ativa, solicitando mais esclarecimentos às suas dúvidas.

Em uma relação médico-paciente em que ambos estão no mesmo nível sociocultural, podem surgir divergências de conceitos. Por trás de questões objetivas, as gestantes, muitas vezes, trazem preocupações pouco realistas ou de caráter puramente emocional, razão pela qual o acolhimento e a empatia se tornam fundamentais para a efetividade da comunicação<sup>(28)</sup>. O profissional precisa estar atento aos aspectos emocionais dessa gestante, pois no seu ciclo gravídico puerperal ocorre um aumento da sensibilidade e passividade. Quanto mais consciente a equipe estiver das mudanças psicológicas comuns à gestação, mais elementos terá para compreender os comportamentos manifestos das gestantes<sup>(27)</sup>.

### Conclusão

Os dados vêm ao encontro de estudos da área que mostram como programas de apoio, acolhimento e orientações trazem benefícios para a segurança afetiva, elaboração cognitiva e emocional materna. Esses procedimentos objetivam o preparo das gestantes no pré-natal para a formação de vínculos mais saudáveis entre a mãe e o feto, sem que sentimentos de insegurança, ansiedade e/ou depressão dificultem esse processo. Os resultados obtidos na pesquisa permitem, portanto, fazer um alerta para a necessidade de compreensão da relação materno-fetal e das estratégias de enfrentamento da gestante após o diagnóstico de malformação do feto. A partir de estudos sobre essa temática, é possível discutir estratégias de intervenção que propiciem o melhor enfrentamento das gestantes para adaptação à nova realidade do feto e uma relação materno-fetal mais saudável, auxiliando essas mulheres em seu processo de tomada de decisão quanto às suas necessidades, as do feto e do conceito após o parto.

### Referências

1. Moron AF, Santana RM, Bortolletti Filho J, Bruns RF. Procedimentos diagnósticos invasivos. In: Bortolletti FF, Moron AF, Bortolletti J, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R. Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Manole; 2007. p. 1-5.
2. Luquetti DV, Koifman RJ. Qualidade da notificação de anomalias congênitas pelo sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC): estudo comparativo nos anos 2004 e 2007. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1756-65.
3. Bussamara LC, Moron AF. Rastreamento pré-natal das anomalias fetais. In: Bortolletti FF, Moron AF, Bortolletti J, Nakamura

- UM, Santana RM, Mattar R. Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Manole; 2007. p. 303-8.
4. Benute GG, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(1):10-7.
5. Sanseverino MTV, Kessler RG, Buring MG, Barrios PMM, Santos CSS, Cerski M, et al. Diagnóstico pré-natal. Manual de teratogênese em humanos. Rio de Janeiro: Febrasgo; 2011.
6. Maldonado MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. São Paulo: Saraiva; 2002.
7. Perosa GB, Silveira FCP, Canavez IC. Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis. Psicol Teor Pesqui. 2008;24(1):29-36.
8. Neder M, Quayle J. O luto pelo filho idealizado: o atendimento psicológico de casais ante o diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida. Coletâneas AMPEPP. 1996;1:37-46.
9. Antunes MSC, Patrocínio C. A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal. Psic Saúde Doenças. 2007;8(2):239-52.
10. Vascoceles L, Petean EBL. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. Psicol Saúde Doenças. 2009;10(1):69-82.
11. Gorayeb RP. Intervenção psicológica em gestantes cujos fetos apresentam malformação congênita [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
12. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Junior S, Pereira WAB. Transtornos de humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública. 1995;29(5):355-63.
13. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise factorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. Psicol Teor Pesqui. 2001;17(3):225-34.
14. Feijó MCC. Validação brasileira da “Maternal-Fetal Attachment Scale”. Arq Bras Psicol Apl. 1999;51(4):52-62.
15. Gomes AG, Piccinini CA. Impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultra-sonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto de anormalidade fetal. Psico. 2007;38(1):67-76.
16. Bortolleti FF, Moron AF, Bortolleti J, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R. Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. Barueri: Manole; 2007.
17. Setúbal MSV, Barini R, Zaccaria R, Silva JLP. Reações psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação fetal. Rev Soc Bras Med Fetal. 2001;7:9-11.
18. Correia LL, Linhares MBM. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. Rev Latinoam Enferm. 2007;15(4):677-83.
19. Frizzo GB, Piccinini CA. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. Psicol Reflex Crit. 2007;20(3):351-60.
20. Quayle J. Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In: Tedesco JJA, Zugaib M, Quayle J. Obstetrícia psicossomática. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 216-27.
21. Bartilotti MRMB. Intervenção psicológica no óbito fetal. In: Bortolleti FF, Moron AF, Bortolleti J, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R, editores. Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Manole; 2007. p. 67-70.
22. Schmidt EB, Argimon ILL. Vinculação da gestante e apego materno fetal. Paidéia. 2009;19(43):211-20.
23. Rapoport A, Piccinini CA. Apoio social e experiência da maternidade. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2006;16(1):85-96.
24. Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008;37(3):315-28
25. Riechelmann JC. A mulher atual: perspectivas frente à gestação. In: Tedesco JJA, Zugaib M, Quayle J. Obstetrícia psicossomática. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 40-53
26. Cia WC, Balau TSSC. Relação médico-paciente em obstetrícia. In: Bortolleti FF, Moron AF, Bortolleti J, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R. Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. Barueri: Manole; 2007. p. 71-8
27. Cury AF, Tedesco JJA. Relação médico-paciente em ginecologia. In: Tedesco JJA, Cury AF, organizadores. Ginecologia psicossomática. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 21-5.
28. Benute GG, Gollop TR. O que acontece com os casais após o diagnóstico de malformação fetal? Femina. 2002;30(9):661-3

---

**Endereço para Correspondência:** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP. Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 - Vila São Pedro - CEP: 15090-000 - São José do Rio Preto – SP *E-mail:* borges.maira@hotmail.com

---