

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de Pesquisa - Processos saúde-doença em contextos institucionais

Rosemeri Engel Balle

Apego Materno Fetal e Vínculos Parentais em Gestantes

Orientadora:

Prof^a Dr^a Tagma M. S. Donelli

Co-orientadora:

Prof^a Dr^a Tonantzin Ribeiro Gonçalves

São Leopoldo, julho de 2017

ROSEMERI ENGEL BALLE

Apego Materno Fetal e Vínculos Parentais em Gestantes

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora:

Prof^ª Dr^ª Tagma M. S. Donelli

Co-orientadora:

Prof^ª Dr^ª Tonantzin Ribeiro Gonçalves

São Leopoldo, julho de 2017

B191a Balle, Rosemeri Engel.
Apego materno fetal e vínculos parentais em gestantes / por
Rosemeri Engel Balle. -- São Leopoldo, 2017.

71 f. : il. ; 30 cm.

Com: artigos “Avaliação do apego materno-fetal: uma revisão sistemática de estudos empíricos; Apego materno-fetal de gestantes brasileiras e fatores associados”.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2017.
Área de concentração: Psicologia clínica.
Orientação: Prof^a. Dr^a. Tagma M. S. Donelli; Coorientação: Prof^a. Dr^a. Tonantzin Ribeiro Gonçalves, Escola de Saúde.

1.Comportamento de apego. 2.Comportamento de apego em crianças. 3.Grávidas. 4.Gravidez – Aspectos psicológicos. 5.Mães e filhos. I.Donelli, Tagma M. S. II. Gonçalves, Tonantzin Ribeiro. III. Título.

CDU 159.94
159.9:618.2

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

Rosemeri Engel Balle

“Apego Materno Fetal e Vínculos Parentais em Gestantes”

Dissertação apresentada à Universidade
do Vale do Rio dos Sinos como
requisito parcial para a obtenção do
título de **Mestre em Psicologia**.

Aprovado em 30 de agosto de 2017.

BANCA EXAMINADORA




Profª. Dra. Tagma Marina Schneider Donelli – Universidade do Vale do Rio dos
Sinos

Profª. Dra. Cristina Saling Krueel – Centro Universitário Franciscano



Profª. Dra. Daniela Centenaro Levandowski – Universidade Federal de Ciências da
Saúde de Porto Alegre



Profª. Dra. Elisa Kern de Castro – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Agradecimentos

À Professora Tagma, pelo carinho, compreensão, dedicação e por ter acolhido minha inquietude nesta jornada.

À professora Tonantzin pelas importantes contribuições.

Aos professores do PPG com os quais pude vivenciar diferentes etapas desta formação.

Aos meus colegas do PPG que me provocaram à discussão, como forma de aperfeiçoamento.

Às gestantes que se dispuseram a contribuir com este estudo, principalmente, minha nora, Jaqueline.

Aos amigos que acreditaram no meu potencial, que me instigaram à reflexão, que estiveram ao meu lado nos momentos difíceis desta trajetória

E de forma muito especial à minha família, principalmete ao novo membro, que se gerou e nasceu durante este processo, Lucas.

SUMÁRIO

Apego Materno Fetal e Vínculos Parentais em Gestantes	6
Resumo.....	6
Abstract	8
Apresentação	9
Seção 1: Artigo de Revisão de Literatura	10
Avaliação do apego materno-fetal: uma revisão sistemática de estudos empíricos.....	10
Resumo	10
Abstract	11
Introdução	12
Método	15
Resultados e discussão	16
Dados Bibliométricos:	17
Delineamento:	18
Objetivos:	18
Participantes:	20
Instrumentos:	22
Principais Resultados dos Estudos:	26
Considerações finais	32
Referências	35
Seção 2: Artigo Empírico.....	42
Apego Materno-fetal de Gestantes Brasileiras e Fatores Associados	42
Resumo	42
Abstract	43
Introdução	44
Método	46
Resultados e Discussão	48
Considerações Finais	54
Referências	55
Considerações Finais da Dissertação	60
Referências da dissertação	62
Apêndice A.....	63

Questionário sociodemográfico	63
Apêndice B.....	67
Escala de Apego Materno-fetal.....	67
Apêndice C.....	69
PBI	69
Apêndice D.....	70
Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	70
Apêndice E	70
Aprovação do Comitê de Ética	70

Apego Materno Fetal e Vínculos Parentais em Gestantes

Resumo

O Apego Materno Fetal (AMF) é o vínculo que a gestante desenvolve com o seu bebê durante a gestação e que tem repercussões na gestação, no nascimento e no relacionamento entre mãe-bebê. Com o objetivo de investigar esse construto, esta dissertação compõe-se de dois estudos, sendo um de revisão de literatura e o segundo de uma pesquisa empírica. A revisão de literatura teve como objetivo identificar e analisar estudos empíricos que avaliaram o Apego Materno Fetal (AMF) em gestantes, investigando também fatores sociodemográficos e psicossociais associados. Foram selecionados 23 artigos de oito países diferentes e envolvendo estudos transversais e longitudinais. De modo geral, os estudos revisados apontaram questões pessoais, como depressão, ansiedade, nível de maturidade e saúde mental, bem como aspectos socioeconômicos, como apoio social, que se associavam à qualidade do AMF. A revisão indicou ainda que o AMF também se relaciona com os cuidados na gestação e com as condições de nascimento, influenciando a vinculação com o bebê e o seu desenvolvimento. Por fim, alguns estudos incluídos também sugerem a associação do AMF com as memórias parentais da gestante. Já a pesquisa empírica teve como objetivo identificar os níveis de AMF em gestantes, relacionando-os com seus vínculos parentais, o tipo de assistência recebida do serviço de saúde durante o pré-natal e demais variáveis sociodemográficas. Tratou-se de um estudo de levantamento descritivo, correlacional e transversal, utilizando um questionário respondido online contendo a Escala de Apego Materno-Fetal, a subescala de cuidado do *Parental Bonding Instrument* e uma ficha de dados sociodemográficos. Participaram 364 gestantes de todo o país, com média de idade de 27,31 anos (DP = 6,03). A maioria das gestantes trabalhava (55,5%), eram casadas ou moravam com o companheiro (81,6%) e com renda mensal familiar predominante de um a dois salários mínimos (31,8%). A média do AMF na amostra foi de 71,43

(DP = 11,76). Verificou-se uma correlação positiva e moderada entre o AMF e a idade gestacional ($r = 0,328$; $p < 0,001$), e uma correlação negativa fraca com a idade da gestante ($r = -0,219$; $p \leq 0,05$). As gestantes que utilizavam a rede pública de assistência para o pré-natal apresentaram maiores médias de AMF do que as que utilizavam exclusivamente a rede privada ($t = 4,394$; $p \leq 0,05$), e maiores níveis de AMF relacionaram-se com melhor percepção do cuidado parental. Na análise multivariada, as memórias das práticas de cuidado da mãe se mostraram preditoras do AMF em 5,10% (Beta= 0,226; $p = 0,000$) e a idade da gestante em 4,5% (Beta= -,219; $p = 0,000$). Concluiu-se que é necessário conhecer o AMF das gestantes como forma de prevenção em saúde.

Palavras chave: Apego; Apego materno-fetal; vínculos parentais; gestantes

Abstract

Maternal Fetal Attachment (AMF) is the bond that the pregnant woman develops with her baby during pregnancy it has repercussions on pregnancy, birth and the relationship between mother and baby. With the goal of investigating this construct, this dissertation is composed of two studies, one of literature review and the second an empirical research. The literature review aimed to identify and analyze empirical studies that evaluated maternal fetal attachment (FMA) in pregnant women, also investigating associated sociodemographic and psychosocial factors. Twenty-three articles from eight different countries were selected, involving cross-sectional and longitudinal studies. In general, the reviewed studies pointed to personal issues such as depression, anxiety, maturity level and mental health, as well as socioeconomic aspects such as social support, which were associated with the quality of MFA. The review also indicated that MFA is related to gestational care and birth conditions, influencing the relationship with the baby and its development. Finally, some included studies also suggest the association of the MFA with the parental memories of the pregnant woman. The empirical research aimed to identify the levels of MFA in pregnant women, relating them to their parental relationships, the type of care received from the health service during prenatal care and other sociodemographic variables. This was a descriptive, correlational and cross-sectional study, using an online questionnaire containing the Maternal-Fetal Attachment Scale, the Parental Bonding Instrument (care subscale) and a sociodemographic data sheet. A total of 364 Brazilian pregnant women participated, took part of the study, with a mean age of 27.31 years ($SD = 6.03$). Most of the pregnant women worked (55.5%), were married or lived with their partner (81.6%) and had a predominant monthly family income of one to two minimum wages (31.8%). The mean MPA in the sample was 71.43 ($SD = 11.76$). There was a positive and moderate correlation between MFA and gestational age ($r = 0.328$, $p < 0.001$), and a weak negative correlation with

the pregnant woman's age ($r = -0.219$; $p = \leq 0.05$). Pregnant women using the public prenatal care of public health system presented higher MFA means than those exclusively using the private one ($t = 4.394$, $p \leq 0.05$), and higher MFA levels were associated with better perception of parental care. In the multivariate analysis, the memories of the mother's care practices were shown to be predictive of AMF in 5.10% (Beta = 0.226, $p = 0.000$) and the age of the pregnant woman in 4.5% (Beta = -, 219, $p = 0.000$). It was concluded that it is necessary to know the MFA of pregnant women as a form of prevention in health.

Keywords: Attachment, Fetal Maternal Attachment; Parental Bonding; Pregnant woman

Apresentação

A dissertação de mestrado que ora se apresenta foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, inserindo-se na linha de pesquisa “Processos saúde-doença em contextos institucionais”. É

composta de dois artigos: um teórico, intitulado “Apego Materno-fetal: uma Revisão Sistemática de Estudos Empíricos”, e um empírico, intitulado “Apego Materno-fetal de Gestantes Brasileiras e Fatores Associados”.

O objetivo do artigo de revisão de literatura, que compõe a Seção 1, foi identificar e analisar estudos empíricos que avaliaram o Apego Materno Fetal (AMF) em gestantes, investigando também fatores sociodemográficos e psicossociais associados. O artigo empírico, que compõe a Seção 2, buscou identificar os níveis de AMF em gestantes, relacionando-os com seus vínculos parentais, o tipo de assistência recebida do serviço de saúde durante o pré-natal e demais variáveis sociodemográficas.

A escolha desta temática decorreu do desejo inicial de estudar aspectos relacionados com a gestação. Como o programa possui ênfase na clínica aplicada e estando inserida no grupo de pesquisa CER BEBÊ, que atua principalmente nos temas ligados à gestação, parto e puerpério, maternidade e paternidade, a motivação para o estudo desta temática está fundamentada no entendimento da importância do desenvolvimento de estudos que possibilitem tanto a prevenção como a promoção de saúde. Conhecer os níveis de Apego Materno Fetal (AMF) traz uma possibilidade de intervenção no início da vida. Apoiar a gestante e melhorar a qualidade deste primeiro relacionamento pode auxiliar na prevenção de problemas de relacionamento mãe-bebê e, ao mesmo tempo, fomentar a constituição de um ambiente mais favorável para o desenvolvimento da criança.

Seção 1: Artigo de Revisão de Literatura

Avaliação do apego materno-fetal: uma revisão sistemática de estudos empíricos

Resumo

Este estudo é uma revisão sistemática da literatura com estudos que avaliaram o Apego Materno Fetal (AMF) em gestantes, investigando também fatores sociodemográficos e psicossociais associados, publicados de 2010 a 2016. Foram consultadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), PsycINFO e PUBMED com termos livres e descritores. Dois avaliadores analisaram de modo independente 1616 resumos, sendo selecionados 23 estudos que foram analisados através das seguintes categorias: Panorama Geral, Delineamento, Objetivos, Participantes, Instrumentos, e Principais Resultados. Verificou-se tanto aspectos individuais, como ansiedade, depressão e maturidade psíquica, quanto aspectos sociais, como o apoio social e a qualidade do relacionamento do casal, como associados à qualidade do AMF. Além disso, o AMF também esteve associado à qualidade dos vínculos mãe-bebê após o nascimento. Concluiu-se que o AMF pode ser um importante indicador para desenvolver ações preventivas tanto em relação à saúde materna quanto para o desenvolvimento físico e psíquico dos bebês.

Palavras-chave: apego; apego materno-fetal; revisão de literatura, vínculos parentais

Maternal-fetal attachment assessment: a systematic review of empirical studies

Abstract

This study is a systematic literature review with studies that evaluated the Fetal Maternal Attachment (AMF) in pregnant women, while also evaluating the sociodemographic and psychosocial factors associated with it, published from 2010 to 2016. The database of the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), the Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PsycINFO and PUBMED databases were consulted with free terms and descriptors. Two evaluators analyzed independently 1616 abstracts, selecting 23 studies that were analyzed through the following categories: Overview, Design, Goals, Participants, Instruments, and Main Results. The individual aspects were verified, as anxiety, depression and psychic maturity, as well as social aspects, as social support and the quality of the couple relationship, as associated aspects to the quality of the AMF. Besides the AMF was also related to the quality of the mother-baby bond after birth. It was concluded that the AMF may be an important indicator to develop preventive actions both in terms of maternal health as well as the psychic and physic development of the babies.

Key words: attachment; fetal maternal attachment; literature review

Introdução

O apego materno-fetal (AMF) foi definido por Cranley (1981) como um conjunto de pensamentos, sentimentos e comportamentos da gestante para com o feto. Teoricamente existe

uma discussão sobre o uso deste termo já que, originalmente, na teoria do apego, Bowlby (1989) definiu que o apego é a disposição do bebê para buscar contato e proximidade com alguém para estabelecer um vínculo com seu cuidador, já que ele é imaturo e desamparado, e precisa dele para garantir sua sobrevivência (proteção, alimentação, conforto). Walsh (2010) discute o uso do conceito de apego sugerindo que na gestação seja chamado de cuidado parental. Porém, a literatura tem empregado o conceito de apego para também caracterizar os comportamentos da gestante em relação ao bebê na sua barriga o qual pode, de fato, já responder à mãe com movimentos, e passa a ser cada vez mais personificado no psiquismo materno ao longo da gestação, indicando os primórdios da relação mãe-bebê.

Os indicadores deste apego podem ser agrupados em três dimensões: cognitiva, afetiva e altruística. O primeiro é representado pela imagem mental que a mãe já faz de seu bebê, os atributos, as características e até as intenções que ela imagina que ele tem. A dimensão afetiva se refere ao prazer e entusiasmo que a mãe sente em relação ao bebê, demonstrado por comportamentos como acariciar e conversar com a barriga. Por fim, o altruísmo relaciona-se às medidas de proteção e preparação para a chegada do filho, englobando comportamentos de cuidado com a saúde e preparação do enxoval do bebê. Entende-se que o apego materno-fetal pode se desenvolver simultaneamente com as transformações físicas, psíquicas e sociais que ocorrem na gestação. Além disso, a literatura aponta que o apego entre mãe e feto influencia o apego entre mãe e bebê após o nascimento (Schmidt & Argimon, 2009; Gomes, 2007).

As vivências emocionais de uma mulher durante a gestação podem ser intensas e os sentimentos que a acompanham podem ser ambivalentes.. No primeiro trimestre são comuns a ambivalência sobre a própria gravidez, o medo de abortar, a dúvida sobre a capacidade de gestar, oscilações de humor e desconfortos físicos, como náuseas, sonolência, cansaço, desejos e aversões por determinados alimentos (Sarmiento & Setubal, 2003). No segundo trimestre, a mulher vivencia de forma mais acentuada a alteração corporal, percebendo os primeiros

movimentos fetais e tendo o desejo e o desempenho sexual marcados por alterações mais intensas. No último trimestre, além do aumento das queixas físicas, impera o medo da dor do parto e da morte, bem como a ansiedade para ver o bebê (Pereira, Franco, & Baldin, 2011). Além destes aspectos, Brazelton e Cramer (2002) afirmam que este período propicia que a gestante reelabore algumas questões de relacionamento com seus próprios pais.

No âmbito das necessidades emocionais da mulher grávida, recomendações técnicas do Ministério da Saúde (Brasil, 2005) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2006) mencionam que os medos e ansiedades da gestante deveriam ser contemplados no acompanhamento pré-natal. Entretanto, a literatura indica que as demandas emocionais próprias da gestação, apesar de conhecidas, ainda não são amplamente contempladas nas ações em saúde (Piccinini et al., 2012). O Manual Técnico do Ministério da Saúde, por exemplo, fala da importância do contexto da gestação no desenvolvimento da mesma, mas não há o reconhecimento da existência do AMF. No geral, se enfatiza que a relação que se estabelecerá entre a mulher e a criança inicia nas primeiras horas após o nascimento (Brasil, 2005), ignorando que esta é uma relação já iniciada no período gestacional e que pode promover o desenvolvimento do bebê.

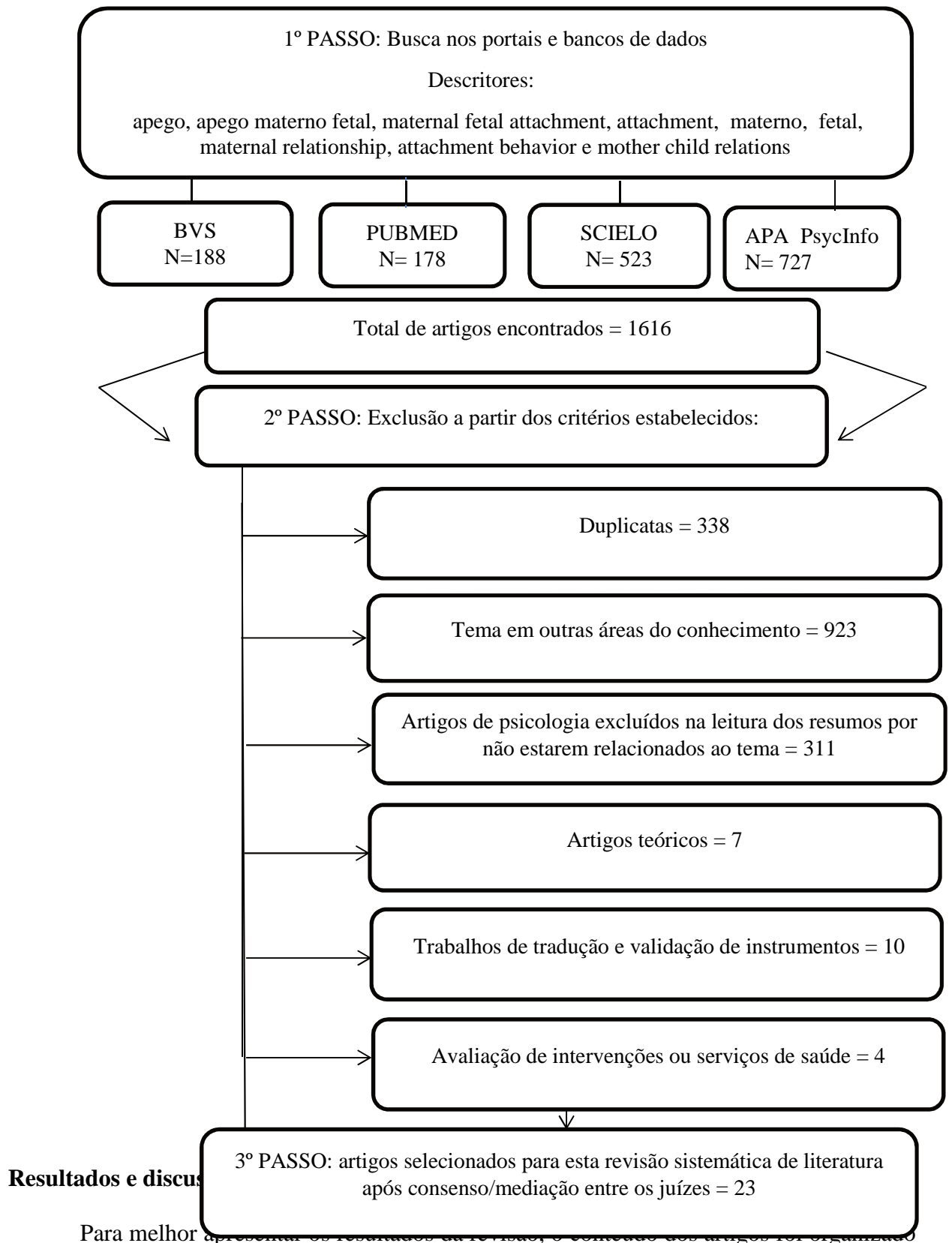
Melhorar a saúde das gestantes faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que foram metas estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, com o apoio de 191 nações, inclusive o Brasil. Como os sistemas de saúde têm buscado práticas institucionais baseadas em evidências (Duncan, Schmidt, Giugliani, Duncan, & Giugliani, 2014), se fazem necessárias a investigação e a produção de conhecimento sobre o AMF para que se possa orientar decisões e ações em saúde. Em virtude disso, o objetivo desta revisão de literatura foi identificar e analisar estudos empíricos que avaliaram o AMF em gestantes, investigando também fatores sociodemográficos e psicossociais associados.

Método

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura para a seleção de artigos científicos que avaliaram o AMF, publicados nos últimos sete anos. Para esta revisão sistemática utilizamos as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, The prisma Group, 2009).

A busca sistemática da literatura, realizada no período de 20 de setembro a 05 de outubro de 2016, incluiu os seguintes portais e bases de dados eletrônicos: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), APA PsycInfo e PUBMED. Os descritores utilizados nas buscas envolveram uma combinação de termos livres e convencionados, utilizados conforme o idioma e o buscador da base de dados, incluindo os seguintes termos: apego, apego materno fetal, *maternal fetal attachment*, materno and fetal, *maternal relationship*, *attachment behavior* e *mother child relations*. As buscas se centraram em artigos originais publicados em inglês, espanhol ou português.

Foram encontrados, inicialmente, 1616 estudos, sendo que 338 registros duplicados foram excluídos. A seleção inicial dos resumos se deu a partir da leitura independente de dois pesquisadores. Nos casos de impasse na seleção dos estudos foi acionado um terceiro juiz para decidir. Uma grande parte dos estudos foi excluída porque investigava o tema sob outra perspectiva, tais como da medicina, veterinária, direito e ética (n= 923). Outros 311 artigos não incluíam a avaliação do Apego Materno Fetal com instrumentos específicos para tal fim e/ou não continham uma descrição clara da metodologia utilizada, incluindo o delineamento do estudo, a estratégia de amostragem e os instrumentos de avaliação. Dos 44 resumos restantes ainda foram excluídos sete artigos teóricos, dez trabalhos de tradução e validação de instrumentos e quatro de avaliação de intervenções e/ou serviços de saúde. No final deste procedimento, 23 artigos foram selecionados para esta revisão, conforme identificado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos

seguintes subcategorias: a) diferenças do AMF entre grupos distintos; b) relação entre AMF e depressão, ansiedade e saúde mental da mãe; c) influência do AMF no desenvolvimento do bebê; d) relação entre o AMF e os cuidados de saúde na gestação; e) associação entre o AMF e o apoio social; e f) desenvolvimento do AMF ao longo da gestação; 4) Participantes; 5) Instrumentos, agrupados em quatro subcategorias: a) avaliação da saúde mental da mãe (depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, maturidade psíquica); b) Qualidade da relação mãe-bebê e atitudes parentais; c) Apoio social e qualidade de vida; e d) Práticas de saúde; e 6) Principais Resultados. A categoria Principais Resultados foi ainda subdividida em: a) Fatores que incrementam os níveis de AMF; b) Fatores que prejudicam os níveis de AMF; c) Fatores que não impactam o AMF; d) Relações entre AMF e apego mãe-bebê; e e) Influência do AMF sobre o autocuidado na gestação.

Dados Bibliométricos:

Os anos de maior produção foram 2013 e 2014 com cinco estudos cada. Em 2011 foram realizados quatro estudos e em 2012, 2015 e 2016 foram três em cada ano. Sete estudos foram realizados nos EUA (Alhusen et al., 2012a; Alhusen et al., 2012b; Alhusen, Hayat, & Gross, 2013; Massey et al., 2015; Kornfield et al., 2014; Magee et al., 2014; McFarland et al., 2011), seguidos de seis no Brasil (Alvarenga et al., 2012; Alvarenga et al., 2013; Faria et al., 2013; Ruschel et al., 2013; Ruschel et al., 2014; Saviane-Zeoti et al., 2015) e três na Inglaterra (Allison, Stafford, & Anumba, 2011; Kapaya et al., 2015; Walsh, Hepper, & Marshall, 2014). A Austrália (Karatas et al., 2011; Camberis et al., 2014) e Taiwan (Kuo et al., 2013; Chen et al., 2011) tiveram dois estudos cada um, e com uma produção cada encontraram-se países como o Irã (Maddahi et al., 2016), Portugal (Teixeira et al., 2016) e França (Beauquier-Maccotta et al., 2016). Percebe-se que o AMF foi pesquisado em diferentes contextos culturais, como, por

exemplo, o Brasil e o Irã, e isto pode contribuir para discussões mais abrangentes sobre os fatores associados ao AMF, tais como as condições socioeconômicas.

Delineamento:

Quanto aos delineamentos dos estudos, foram encontrados onze estudos longitudinais com diferentes tempos (Allison, Stafford, & Anumba, 2011; McFarland et al., 2011; Chen et al., 2011; Karatas et al., 2011; Kuo et al., 2013; Ruschel et al., 2014; Alvarenga et al., 2013, Walsh, Hepper, & Marshall, 2014; Camberis et al., 2014; Magee et al., 2014; Beauquier-Maccotta et al., 2016) nove estudos transversais de levantamento quantitativo que relacionaram diferentes variáveis, tais como saúde mental e práticas de saúde, com o AMF (Alhusen et al., 2012a; Alhusen et al., 2012b; Alvarenga et al., 2012; Alhusen, Hayat, & Gross, 2013; Ruschel et al., 2013; Kapaya et al., 2015; Kornfield et al., 2014, Maddahi et al., 2016; Teixeira et al., 2016), três pesquisas transversais que compararam o AMF entre grupos distintos, como, por exemplo, gestantes com e sem HIV (Saviane-Zeoti & Petean, 2015; Faria et al., 2013;; Massey et al., 2015) e. Os delineamentos predominantemente utilizados foram descritivos, os quais são importantes por descreverem como os fenômenos ocorrem de forma natural, contribuindo na construção do conhecimento sobre o AMF que ocorre na gestação. Os estudos longitudinais, por sua vez, tendiam a focar mudanças no AMF ao longo da gestação e/ou a relação do mesmo com a qualidade da relação mãe-bebê após o nascimento e a influência no desenvolvimento infantil.

Objetivos:

Em relação aos objetivos dos 23 estudos analisados, foi possível identificar seis grupos distintos. Os estudos buscavam analisar: a) diferenças do AMF entre grupos diferentes de mães;

b) a relação entre o AMF e a depressão, ansiedade e saúde mental da mãe; c) a influência do AMF no desenvolvimento do bebê; d) a relação entre o AMF e os cuidados de saúde na gestação; e) a associação entre o AMF e o apoio social; e f) o desenvolvimento do AMF ao longo da gestação.

Nos artigos que investigaram diferenças do AMF entre grupos destacaram-se situações bem específicas: gestações naturais e tratadas para infertilidade (Chen et al., 2011); gestantes com e sem HIV (Faria et al., 2013); gestantes com e sem risco gestacional (Saviane-Zeoti, & Petean, 2015), rastreamento de anomalias fetais (Allison, Stafford, & Anumba, 2011), rastreamento para cardiopatia fetal (Ruschel et al., 2013), gestantes fumantes e não fumantes (Magee et al., 2014; Massey et al., 2015), e gestações gemelares com e sem Síndrome de Transfusão Twin-To-Twin (Beauquier-Maccotta et al., 2016).

Sete estudos investigaram a associação dos níveis de AMF com a presença de sintomas de ansiedade e depressão (McFarland et al., 2011; Karatas et al., 2011; Alhusen et al., 2012, Ruschel et al., 2013; Alvarenga et al., 2012; Camberis et al., 2014; Saviani-Zeoti & Petean, 2015), e dois a saúde mental da gestante (Walsh, Hepper, & Marshall, 2014; Alvarenga et al., 2013).

Dois estudos avaliaram o impacto do AMF no desenvolvimento do bebê (Alhusen et al., 2013; Alvarenga et al., 2013). Outros três estudos buscaram descrever a associação entre o AMF e os cuidados de saúde da gestante (Alhusen et al., 2012; Kornfield et al., 2014; Maddahi et al., 2016). Dois artigos avaliaram o apoio social (Alhusen et al., 2012a; Kapaya et al., 2015) e um o desenvolvimento do AMF durante a gestação (Teixeira et al., 2016).

A partir desses dados, pode-se verificar o interesse no entendimento das condições que alteram ou não o AMF em gestações marcadas por situações bem específicas. Os sintomas depressivos e de ansiedade foram fatores de grande interesse dos estudos, apontando a

preocupação quanto a ocorrência destes quadros psíquicos durante a gestação e suas repercussões para o vínculo mãe-bebê.

Participantes:

As participantes dos estudos analisados foram gestantes com idades entre 18 e 44 anos, é interessante apontar que a única faixa etária que não encontramos estudos foi a de adolescentes,. O tamanho amostral dos estudos variou de 21 (Karatas et al., 2011) até 315 participantes (Maddahi et al., 2016). Em todos os casos, as participantes foram selecionadas por conveniência, de acordo com o objetivo de cada estudo. Todas foram contatadas através de serviços de saúde, tanto públicos como privados.

Os estudos mostraram diferentes formas de registrar o tempo de gestação das participantes e, para fins de clareza, optou-se por considerar uma medida única que faz a correspondência entre as semanas e os trimestres gestacionais. Assim, sete pesquisas transversais coletaram os dados no segundo trimestre (Alhusen et al., 2011; Saviane-Zeoti & Petean, 2011; Karatas et al., 2011; Alhusen et al., 2012a; Alhusen, Hayat, & Gross, 2013; Ruschel et al., 2013; Kapaya et al., 2015) e cinco no terceiro trimestre (Alvarenga et al., 2012; Faria et al., 2013; Kornfield et al., 2014; Massey et al., 2015; Maddahi et al., 2016). Duas pesquisas de medidas repetidas foram realizadas no primeiro e segundo trimestres (Allison, Stafford, & Anumba, 2011; Kuo et al., 2013), e três no segundo e terceiro trimestres (McFarland et al., 2011; Ruschel et al., 2014, Teixeira et al., 2016).

Com avaliação no terceiro trimestre e após o nascimento do bebê foram três pesquisas (Camberis et al., 2014; Magee et al., 2014; Alvarenga et al., 2013). Um estudo coletou dados no segundo trimestre da gestação e no primeiro e segundo mês do bebê (Chen et al., 2011), enquanto outro envolveu o segundo e terceiro trimestre gestacional e o puerpério (Beauquier-Maccotta et al., 2016). Uma das pesquisas foi realizada com grupos de gestantes durante os três

trimestres da gestação (Walsh, Hepper, & Marshall, 2014) onde se verificou o aumento do AMF durante a gestação.

Como se viu, a maior parte das pesquisas (n=20) foi realizada a partir do segundo trimestre da gestação, provavelmente porque neste período começa a percepção dos movimentos fetais e, com isso, a personificação do feto (Maldonado, 1984). A gestante passa a sentir o feto fisicamente, passando do abstrato para uma realidade concreta e estes movimentos podem tranquiliza-la quanto à vitalidade do feto possibilitando uma maior conexão da gestante. Também percebeu-se o interesse em entender como alguns aspectos do período pós-parto podem ter sido influenciados pelo AMF.

Em relação ao nível socioeconômico das mulheres, em dois estudos a maioria das gestantes possuía um nível elevado de acordo com os autores (Allison, Stafford, & Anumba, 2011, Camberis et al., 2014). Os demais estudos indicaram nível socioeconômico médio ou baixo das participantes. Em 73,91% das pesquisas, as participantes eram casadas ou possuíam um companheiro. Porém, no Irã 99,4% das participantes eram casadas (Maddahi et al., 2016), o que sinaliza as diferenças culturais dos estudos, já que esta condição não era critério de inclusão. Devido à especificidade de alguns estudos, os pesquisadores estabeleceram critérios de inclusão que englobavam aspectos como uma amostra de baixa-renda (Alhusen et al., 2012a) ou com marido/companheiro (Walsh et al., 2014). Com isso, os autores buscavam uma forma de reduzir as variáveis que poderiam interferir no AMF. Contudo, isso também parece ter feito com que alguns estudos tivessem um número reduzido de participantes, como se pode perceber na Tabela 1.

Tabela 1: *Características compiladas das participantes dos estudos revisados*

Estudo	Amostra	Gestação (trimestre)	Média idade	Educação Alta A. Média B Baixa C Maior %	Estado civil Solteira (S) Casada (C) Maior %	Emprego
--------	---------	----------------------	-------------	--	---	---------

Alison et al 2011	200	1 e 2	30,4	A	60% C	78,5%
Alhusen et al 2012a	166	2	23,3	C	67% S	17%
Alhusen et al 2012b	167	2	-	C	54% S	23%
Alhusen et al 2013	166	2 e pós	23,3	67% C	54% S	15%
Alvarenga et al 2012	261	3	27,34	B	84,7% C	35,6%
Alvarenga et al 2013	38	3 e pós	29	B	82% C	34%
Beauquier-Maccotta et al 2016	83	2, 3 e pós	34	51% B	93,97 % C	-
Camberis et al 2014	240	3 e pós	32,81	A	98% C	76%
Chen et al 2011	125	2 e pós	<30 90,30%	-	-	-
Faria et al 2013	167	3	28,1	54% B	-	-
Karatas et al 2011	21	2	-	40% A	100% C	76%
Kapaya et al 2015	241	2	29,82	30,3% A	54,9% C	26,7%
Kuo et al 2013	160	1,2	32,4	39,38% A		63,3
Korrfiel et al 2014	100	3	23,5		81% S	
McFarland et al 2011	161	2,3	28,97	-	38,77% S	
Maddahi et al 2016	315	3	27,3	51,1% B	99,4% C	
Magee et al 2014	58	3 e pós	25		64% C	77%
Massey et al 2015	156	3	24,6		74% S	43,8%
Ruschel et al 2013	219	2	27,7	35,35% B	54,3 % C	
Ruschel et al 2014	197	2 e 3	28,29	31% B	83.8% C	
Saviane-Zeoti et al 2015	48	2	18-44	B	C	
Teixeira et al 2016	179	2 e 3	-	-	-	
Walsh et al 2014	258	1,2 e 3	31,78	B	C	

Instrumentos:

Os estudos revisados utilizaram três escalas para aferir o AMF: a *Maternal-Fetal Attachment Scale* (MFAS) (Cranley, 1981), a *Prenatal Attachment Inventory* (PAI) desenvolvida por Muller (1992) e a *Maternal Antenatal Attachment Scale* (MAAS) desenvolvida por Condon (1993). Todas são escalas tipo Likert e apresentaram boas características psicométricas nos contextos utilizados. As escalas originais apresentaram alpha de Cronbach elevados, sendo de 0,92 para a MFAS, 0,81 para a PAI e de 0,82 para a MAAS de acordo com o estudo sobre a confiabilidade realizado por Perrelli et al. (2014). A maioria dos artigos (75%) utilizou a MFAS de Cranley (1981) nas versões validadas para seus respectivos países. Esta escala é do tipo Likert e possui uma correlação positiva e relativamente alta (0,61 a 0,83) entre as subescalas e a escala total. Em dois destes estudos este foi o único instrumento psicométrico utilizado (Ruschel et al., 2013; Faria et al., 2013).

Foram utilizados outros instrumentos psicométricos de acordo com o objetivo de cada investigação sendo estes agrupados em quatro subcategorias para melhor entendimento: 1) Saúde mental da mãe (depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, maturidade psíquica); 2) Qualidade da relação mãe-bebê e atitudes parentais; 3) Apoio social e qualidade de vida; 4) Práticas de saúde e 5) Desenvolvimento do bebê.

Na subcategoria da saúde mental da mãe foi identificado o uso predominante de instrumentos de avaliação de depressão e ansiedade (12 estudos), sendo que em cinco estudos essas medidas eram específicas para gestantes ou puérperas como, por exemplo, a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Alhusen et al., 2012a; Alhusen et al., 2013; Kuo et al., 2013; Walsh et al., 2014; Beauquier-Maccotta et al., 2016). Em um menor número, três estudos também incluíram medidas de avaliação geral de bem-estar subjetivo e de sintomas psiquiátricos menores (Alvarenga et al., 2012; Alvarenga, et al., 2013; Kuo et al., 2013), estresse pós-traumático (Beauquier-Maccotta et al., 2016) e, ainda, de habilidades egóicas e maturidade psíquica (Camberis et al., 2014). Por fim, um estudo empregou a entrevista clínica

estruturada do DSM-IV para avaliar a saúde mental materna (McFarland et al., 2011). Como se pode ver na Tabela 2, alguns desses instrumentos apareceram em mais de um estudo, como o *Beck Depression Inventory* (BDI), o *Beck Anxiety Inventory* (BAI), o *The Spielberger State Anxiety Inventory* e a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS).

Cinco estudos utilizaram instrumentos para verificar a qualidade da relação mãe-bebê e as atitudes parentais, utilizando questionários padronizados como o *Experience of Motherhood Questionnaire* (EMQ), o *Chinese Childbearing Attitude Questionnaire*, *Attachment Style Questionnaire*, *Maternal-Infant Attachment* versão de Taiwan do *Maternal Attachment Inventory* (Muller, 1994) e o *Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behavior* (EMBU) (Chen et al., 2011; Camberis et al., 2016; Kuo et al., 2013; Alhusen et al 2013; Teixeira et al 2016). Em um estudo (Alvarenga et al., 2013) esse aspecto foi avaliado por meio de uma sessão de observação da interação mãe-bebê.

A avaliação de apoio social das gestantes foi realizada em quatro estudos (Kapaya et al., 2015; Kuo et al., 2013; Walsh et al 2014; Camberis et al., 2016) usando diferentes instrumentos como o *The Social Support Sub-Scale of the Prenatal Psychosocial Profile* (PP, *Social Support Apgar*, *The Experiences in Close Relationships Scale Short-Form* (ECR-S0), *The Caregiving Questionnaire* (CQ), *The Maternity Social Support Scale* (MSSS) e *The Short Form Health Survey Version* (SF-12). As práticas de saúde da gestante foram avaliadas em quatro estudos, sendo que alguns dos instrumentos eram específicos para gestantes e mães. Por exemplo, o *Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II* (HPQ-II) foi usado em quatro estudos. Do *Pregnancy Health* (SF-36) e do *Maternal Postnatal Health and Infant Health* (SF-36) foi utilizada apenas uma questão referente à saúde (Alhusen et al , 2012b; Kornfield et al., 2014; Camberis et al., 2016; Maddahi et al 2016). Já a *Multidimensional Health Locus of Control Scale 20* (AIDS MHLOC), escala revisada para abarcar condições de HIV/AIDS, foi utilizada

em um estudo (Kornfield et al., 2014), e a *Timeline Follow Back* (TLFB) foi usada em duas pesquisas para avaliar uso de drogas das mães (Magee et al 2014; Massey et al., 2015) .

Além dos instrumentos psicométricos, os estudos usaram questionários ou fichas para o levantamento de informações sociodemográficas das participantes e, em alguns casos, foram coletadas informações sobre a saúde do bebê, como por exemplo, detecção de anormalidades fetais e peso ao nascer (Alhusen et al., 2013, Kapaya et al., 2015; Ruschel et al 2014, Maddahi et al., 2016). Em dois estudos (Magee et al., 2014; Massey et al., 2015) também foi realizada a coleta de saliva para avaliação da presença de nicotina ao longo da gestação e após o nascimento do bebê como forma de estabelecer a relação entre o tabagismo e o AMF.

O desenvolvimento do bebê foi avaliado em um estudo pelo uso do *The Ages and Stages Questionnaire, Third Edition (ASQ-3)* (Alhusen et al., 2013).

Tabela 2. Instrumentos de avaliação utilizados nos estudos revisados

Autores	Escala de AMF	Outros Instrumentos Utilizados
Allison 2011.	Maternal Attachment Scale (MAAS)	Antenatal Scale Beck Anxiety Inventory
Alhusen 2012a.	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) The social support sub-scale of the Prenatal Psychosocial Profile (PPP)
Alhusen 2012b	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	The Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II (HPQ-II), MASS.
Alhusen 2013	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Attachment Style Questionnaire The Ages and Stages Questionnaire, Third Edition (ASQ-3)
Alvarenga 2012	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)
Alvarenga 2013	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Beck Depression Inventory – BDI Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) Observation of Mother-Infant Interaction
Beauquier-Maccotta 2016	Prenatal Attachment Inventory (PAI)	Post-Traumatic Checklist Scale (PCLS) Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) State Trait Anxiety Inventory (STAI)
Camberis 2014	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	The Personal Views Survey 3rd Edition, Revised (PVS-III-R); The 14-item Ego Resiliency Scale (ER89) Washington University Sentence Completion Test Short Form 81 (WUSCT) The Childbearing Attitudes Questionnaire (CAQ) Pregnancy Health (SF-36)

		Experience of Motherhood Questionnaire (EMQ) Maternal Postnatal Health and Infant Health. (SF-36)
Chen 2011	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Maternal-Infant Attachment versão de Taiwan do Maternal Attachment Inventory. (Muller, 1994)
Faria 2013	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	
Karatas 2011	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Hospital Anxiety and Depression Scale: Depression Dubscale The Spielberger State Anxiety
Kapaya 2015	Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)	Maternity Social Support scale (MSSS) State Trait Anxiety, Inventory scale (STAI) Rosenberg Self-Esteem scale (RSES) Short Form Health Survey version (SF-12)
Kuo 2013	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Symptoms Checklist Pregnancy-Related Anxiety Scale Social Support Apgar Chinese Childbearing Attitude Questionnaire
Kornfield 2014	Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)	AIDS Multidimensional Health Locus of Control Scale20 (AIDS MHLOC) Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II33 (34-item) (HPQ-II)
McFarland 2011	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID-I/NP) the Timeline Follow Back interview (TLFB) Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
Maddahi 2016	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Health Practices in Pregnancy Questionnaire
Magee 2014	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Timeline Follow Back (TLFB)
Massey 2015	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Timeline Follow Back (TLFB) e MFAS
Ruschel 2013	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	
Ruschel 2014	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Beck Anxiety Inventory
Saviani-Zeotil 2015	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Beck Depression Inventory – BDI Beck Anxiety Inventory
Teixeira 2016 .	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behavior
Walsh 2014 .	Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)	Experiences in Close Relationships Scale Short-Form (ECR-S0) Caregiving Questionnaire (CQ) Pregnancy Anxiety Questionnaire (PAQ) Medical Outcomes Study, (SF-36)

Principais Resultados dos Estudos:

Os resultados dos 23 estudos analisados nesta revisão foram agrupados em cinco subcategorias: a) Fatores que incrementam os níveis de AMF; b) Fatores que prejudicam os níveis de AMF; c) Fatores que não impactam o AMF; d) Relações entre AMF e apego mãe-bebê; e e) Influência do AMF sobre o autocuidado na gestação.

Na subcategoria “Fatores que incrementam os níveis de AMF”, seis estudos apontaram aspectos individuais, como maturidade e saúde psicológica, relacionados ao aumento do AMF (Camberis et al., 2014; Chen et al., 2011; Teixeira et al., 2016; Walsh et al., 2014). Kapaya et al. (2015) e Alhusen et al. (2012a) também encontraram correlação positiva entre o apoio social e o AMF. O apoio social pode ter tanto um efeito amortecedor para os efeitos patogênicos de eventos estressantes quanto atuar de forma direta e positiva para a manutenção da saúde das pessoas ao fornecer recursos (econômicos, materiais, informativos), possibilitando um melhor cuidado de saúde (Berkman & Syme, 1979). Além disso, o apoio social também influencia positivamente quando cumpre determinadas funções (apoio emocional, material e afetivo) (Cohen & Wills, 1985; Sherbourne & Stewart, 1991; Bowling, 1997).

O estudo de Chen et al. (2011), que comparou gestantes que engravidaram com auxílio de Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) com aquelas que não as utilizaram, encontrou que o nível de educação da gestante e a forma como engravidou, neste caso com TRA, melhoraram os níveis de AMF. Nesse sentido, pode-se pensar no fato de que gestações com uso de TRA são planejadas e muito desejadas, o que parece contribuir para o vínculo de apego com o bebê durante a gestação. No entanto, os dados sociodemográficos apontaram que a escolaridade das gestantes de TRA era mais alta em relação ao grupo de gestantes que não utilizaram essas técnicas, além de que a maioria delas participaram de curso pré-natal. Nessa direção, é plausível pensar que uma melhor escolaridade pode facilitar o entendimento das necessidades e informações relativas a este período.

Na Austrália, Camberis et al. (2014) estudaram mulheres primíparas e relacionaram a maior idade e a maturidade como fatores de benefício adaptativo durante a transição para a maternidade, o que pode facilitar comportamentos saudáveis em relação ao feto e incrementar o AMF. A saúde psicológica da mãe foi indicada por Walsh et al. (2014) como fator preditivo da boa qualidade do AMF, mediado pela qualidade do relacionamento do casal. Entende-se que fatores da satisfação conjugal, como a proximidade, as estratégias adequadas de resolução de problemas e a boa habilidade de comunicação, podem ser facilitadores do AMF neste período de transformações. Já Teixeira et al. (2016) demonstraram que o AMF tende a aumentar espontaneamente durante a gestação. Além disso, os autores dizem que o AMF está relacionado com as memórias das práticas parentais da gestante. Assim, os vínculos parentais são importantes para a introjeção de modelos de apego que podem se manter estáveis ao longo do ciclo vital.

Já os “Fatores que prejudicam os níveis de AMF” foram apontados em seis estudos. A ansiedade aparece relacionada negativamente com o AMF em dois deles (Allison, Stafford, & Anumba, 2011; Beauquier-Maccotta et al., 2016), assim como a depressão, em dois estudos (McFarland et al., 2011; Alhusen et al., 2012a). Ressalta-se que no estudo de Alhusen, Hayat e Gross (2013) as gestantes com menor AMF apresentaram sintomatologia depressiva na gestação e no pós-parto, o qual também foi apontado por Alvarenga et al. (2013). Estes dados demarcam a influência do AMF no pós-parto, indicando que conhecer e melhorar o AMF durante a gestação pode ser preventivo para a ocorrência de depressão pós-parto. O estudo de Alvarenga et al. (2012) também indica que quanto pior a saúde mental materna, menores os níveis de AMF. Para Brazelton (1988), as gestantes, no geral, podem experimentar uma combinação de sentimentos de desamparo, ansiedade e expectativa e, diante desse sentimento, próprio deste período, a mulher psiquicamente mais vulnerável pode apresentar dificuldades de desenvolver o AMF.

Por fim, o número de filhos também teria um poder explicativo de menor AMF, conforme o estudo de Alvarenga et al. (2012). Uma prole grande demanda cuidados e recursos físicos, psíquicos e econômicos, e todos estes fatores podem acarretar dificuldades à gestante. No entanto, é preciso considerar a relação entre o número de filhos e a situação socioeconômica, já que contextos sociais de pobreza trazem outros desafios para essas mulheres, muito além do que o número de filhos em si. Kapaya et al. (2015) apontam a deprivação social, que é o índice de privações múltiplas como desemprego e falta de apoio social, como um fator negativo que impacta o AMF. A gestante pode se focar nas suas necessidades básicas de sobrevivência e o desgaste emocional decorrente disso pode enfraquecer ou inibir seu investimento emocional na gestação e no feto.

Na subcategoria denominada “Fatores que não impactam o AMF”, diferentes estudos indicaram que não foi possível atribuir aumento//redução do AMF a fatores específicos. Nos estudos de Karatas et al. (2011) e Kuo et al. (2013) não foram encontradas diferenças entre o AMF de gestantes que recorreram a TRAs e gestantes que engravidaram naturalmente. Ruschel et al. (2013) relação entre o grau de ansiedade e o AMF de gestantes que se submeteram ao rastreamento para cardiopatia fetal. Cabe ressaltar aqui que os próprios autores expressam a limitação dos resultados deste estudo por ter sido feito em apenas um dia de promoção de saúde em um serviço especializado, além do que o ato de participar espontaneamente deste rastreamento já caracterizaria uma amostra que apresenta um bom nível de cuidados com o feto.

O estudo de Saviani-Zeoti e Petean (2015) também não encontrou diferenças entre grupos de gestantes com gravidez normal e de risco nem em relação ao AMF e nem à depressão e ansiedade. Ainda nesta linha, Ruschel et al. (2014) também não encontraram diferenças significativas no nível de AMF antes e depois da ecocardiografia fetal na presença ou ausência de anomalias. Eles compararam um grupo de gestantes com diagnóstico de doença cardíaca fetal com um grupo sem este diagnóstico e não encontraram diferenças entre eles. No entanto,

apontaram que o AMF aumentava a partir da constatação de vulnerabilidade do feto, denotando um movimento de investimento narcísico no filho/a. Sinais de depressão ou ansiedade podem ser passageiros e se manifestarem frente a situações bem específicas, podendo ser reações normais que nem sempre requerem intervenções, principalmente de medicamentos, na gestação.

Já o estudo de Beauquier-Maccotta et al. (2016) indicou que o nível de ansiedade das gestantes com relação à saúde de seu feto não interfere no AMF a não ser no caso de risco de morte, como é o caso da Síndrome de Transfusão Twin-To-Twin (TTTS), em gestações gemelares. Nestes casos o risco persiste durante a gestação.

Quanto às “Relações entre AMF e apego mãe-bebê”, identificou-se que Alhusen, Hayat e Gross (2013) relacionaram o menor AMF com estilo de apego materno do tipo esquivo e também ansioso. Alvarenga et al. (2013) verificaram o impacto da saúde mental da mãe, incluindo a depressão pós-parto e o AMF, sobre a responsividade materna aos oito meses do bebê. Utilizando um modelo de regressão múltipla, demonstraram que apenas o AMF era um preditor significativo da responsividade. Estes resultados indicam a influência do nível do AMF na relação que a mãe vai estabelecer com o bebê e também a associação com o aparecimento de problemas de desenvolvimento na primeira infância. Tais achados mostram a importância de uma visão de saúde ampliada, que faça uma escuta acolhedora e resolutiva dos diferentes aspectos envolvidos na gestação, buscando prevenir problemas de desenvolvimento.

Por último, na subcategoria “Influência do AMF sobre o autocuidado na gestação”, destaca-se, inicialmente, o estudo de Kornfield et al. (2014) no qual apesar de altos índices de AMF, as gestantes não apresentavam comportamentos preventivos de redução de risco para DST/HIV durante a gestação, embora limitassem o número de parceiros. Porém, é preciso levar em conta o fato de que 82% das participantes relataram que sua gravidez não fora planejada e 17% não queriam aquela gravidez, além da maioria não ser casada. Magee et al. (2014)

relataram que gestantes com menor AMF fumavam um número maior de cigarros por dia, ao longo da gravidez. O AMF de 156 gestantes com histórico de tabagismo também foi estudado por Massey et al. (2015) para verificar se existia diferença entre aquelas que cessaram o uso e as que persistiram ao longo da gestação. Eles acompanharam as participantes ao longo do terceiro trimestre e no primeiro dia do pós-parto, confirmando o não uso de cigarros com amostras de cotinina salivar. Concluíram que as fumantes desistentes tinham um maior AMF do que as persistentes, o que é consoante a um dos atributos do AMF, o altruísmo, que é a capacidade da mãe de ter comportamentos de cuidado com o feto. Na mesma direção, Faria et al. (2013), ao estudarem o AMF de gestantes que viviam ou não com HIV, não encontraram diferenças em relação ao nível geral de apego, embora as mães com HIV tenham demonstrado uma maior atenção à sua saúde durante a gravidez em função da infecção. Isso expressaria também o cuidado com a saúde do bebê. Maddahi et al. (2016) verificaram uma correlação positiva o AMF e as práticas de saúde da gestante no que se refere ao equilíbrio entre trabalho e descanso, medidas de segurança, nutrição, evitação do uso de drogas, recebimento de cuidados de saúde adequados e recebimento de informações precisas sobre o parto. Tanto o AMF como as práticas de saúde se associaram com melhores resultados neonatais (por exemplo, melhor peso ao nascer). Neste estudo, os autores apontaram a importância do acompanhamento das gestantes do Irã quanto aos aspectos psicológicos, já que as gestantes que apresentaram melhor AMF tiveram melhores condutas de saúde, o que estaria associado a melhores resultados neonatais. Estes resultados demonstram possíveis desdobramentos do AMF nos cuidados durante a gestação e, conseqüentemente, no desenvolvimento do feto e nas condições de nascimento. Por isso, intervir de forma a melhorar o AMF seria uma forma de prevenção primária.

Considerações finais

Nesta revisão foi possível verificar que o AMF está sendo pesquisado em diferentes contextos culturais e socioeconômicos, o que proporciona o desenvolvimento de um aporte teórico baseado em evidências. Embora tenham sido utilizadas as três escalas existentes para aferir o AMF, a ampla utilização de versões da escala desenvolvida por Cranley foi um destaque destas pesquisas, o que demonstra como este instrumento é bastante difundido. Por outro lado há que se considerar que o o instrumento foi desenvolvido em uma cultura específica e se o mesmo estaria adaptado para uso em outros contextos culturais apenas traduzindo e validando os itens originais da escala. A experiência de gestação e o modo como as mães se relacionam com seus fetos varia muito entre as diferentes culturas, sendo que desenvolver versões próprias para cada cultura pode ser mais indicado, como foi feito em um estudo de Taiwan.

Os estudos longitudinais apontaram tanto o comportamento do AMF durante a gestação como outros fatores do pós-parto que apareceram associados a este, como a depressão pós-parto, a responsividade materna e o peso do bebê ao nascer, sinalizando que o nível do AMF é um indicativo de possíveis desdobramentos no pós-parto. A maior parte dos estudos empíricos tinham objetivos descritivos, ou seja, os pesquisadores visaram esclarecer quais fatores repercutiram de alguma forma para o AMF e como este influenciava outros aspectos, como os cuidados de saúde, a relação da mãe com o bebê e o próprio desenvolvimento deste. Este tipo de pesquisa é usado para estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Nestes estudos os autores não interferiram na realidade, apenas observaram as variáveis que, espontaneamente, estavam vinculadas ao AMF, explorando perspectivas sobre este fenômeno.

Houve uma grande diversidade das participantes das pesquisas em termos de idade, escolaridade, tempo de gestação, situação socioeconômica e conjugal. As amostras foram constituídas no universo de serviços de saúde pública e privada. Esta pluralidade nos permite

imaginar que os aspectos que afetam o AMF são bastante similares, destacando-se os achados sobre a influência negativa da depressão que concordaram entre os estudos revisados.

O AMF se apresentou associado a quatro aspectos distintos e relacionados entre si: as questões pessoais, como a depressão, a saúde mental da gestante, e a maturidade; as condições sociodemográficas, tais como o número de filhos e o nível educacional; as condições de apoio social do seu meio; e as memórias parentais. Na questão individual, diferentes aspectos da saúde mental da gestante e a maturidade da mesma. Como a gestação é um período de transformações em diferentes níveis (tais como psíquico, físico e social), estar já comprometido emocionalmente ou ser imaturo pode dificultar na reorganização subjetiva, já que este período de transições pode ser percebido como mais uma dificuldade que se soma às já existentes. Tais dificuldades podem ter repercussões no modo como o AMF se desenrola.

Quanto às memórias parentais verificou-se nos estudos revisados que durante a gestação há uma busca de referência para este novo papel que pode ser através da retomada de memórias do cuidado recebido, com uma tendência à continuidade no desempenho desses papéis e quanto melhor for esta percepção melhor será o AMF (Teixeira et al., 2016).

Alguns aspectos sociodemográficos, como o bom nível de educação, pode auxiliar no esclarecimento de dúvidas sobre o processo gestacional e, com isso, propiciar uma maior tranquilidade para a gestante, permitindo maior liberdade para que ela se vincule ao feto. Por outro lado, um maior número de filhos pode demandar esforços físicos, emocionais e até críticas sociais, dificultando assim o investimento emocional na nova gestação e impactando o AMF.

O apoio social é um diferencial, porque este pode preencher lacunas tanto das questões pessoais, como o suporte emocional, por exemplo, como de aspectos práticos de informação e auxílio financeiro. Condições de privação social, tendem a impactar negativamente na gestação, desde a procura por atendimento, como na manutenção de cuidados de saúde e

alimentação em geral. Entende-se que este conjunto de situações pode interferir no desenvolvimento do AMF já que o cuidado é um de seus atributos.

Vale acentuar que estes diferentes aspectos estão interligados entre si e afetam o AMF de forma positiva ou negativa. Nesse sentido, os serviços de saúde deveriam estar atentos e pensar em formas de minimizar os aspectos negativos e maximizar os positivos. Variáveis Sociodemográficas

A associação entre a forma de reprodução e o AMF deve ser estudada levando em conta a particularidade de cada técnica e o tempo decorrido até esta decisão e a concretização da gestação, pois estes aspectos podem interferir no investimento emocional da mãe no bebê. A ansiedade apresentou resultados contraditórios nos estudos e deve ser melhor explorada para que se tenha clareza de quais as situações em que ela pode impactar negativamente o AMF. O impacto a longo prazo do AMF no desenvolvimento da criança e na qualidade da relação mãe-filho ainda é um aspecto que carece de estudos com delineamentos longitudinais que indiquem quais aspectos do desenvolvimento do bebê são afetados pelo nível do AMF.

Entender o indivíduo integralmente, seu estado atual, sua história e seu meio social possibilita reconhecer os fatores que a literatura aponta que estão correlacionados negativamente com o AMF, como os sintomas depressivos, a ansiedade, a deprivação social, a saúde mental e a escolaridade baixa a partir disto pode-se pensar em intervenções capazes de diminuir estes efeitos.

Sugere-se a condução de novos estudos que acompanhem as gestantes e o relacionamento com o bebê por períodos mais longos para melhor esclarecer sobre a relação entre o AMF e o desenvolvimento infantil. Também de que forma os diferentes vínculos da gestante podem estar associados ao AMF.

Este estudo se focou na revisão de literatura que investigou dados sociodemográficos e psicossociais associados ao AMF. No entanto, não foram abordadas as possíveis intervenções

que podem alterar o AMF, embora os resultados encontrados tenham indicado alguns aspectos que poderiam ser trabalhados visando a uma melhora do AMF, e atuando assim de forma preventiva na área da saúde mental materno-infantil.

Referências

*Nota= * sinalizam os artigos da revisão.*

- *Allison, S. J., Stafford, J., & Anumba, D. O. (2011). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. *BMC women's health*, 11(1), 33. doi: 10.1186 / 1472-6874-11-33.
- *Alhusen, J. L., Gross, D., Hayat, M. J., Rose, L., & Sharps, P. W. (2012a). The Role of Mental Health on Maternal-Fetal Attachment in Low-Income Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 41(6), E71–E81. <http://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01385.x>
- *Alhusen, J. L., Gross, D., Hayat, M. J., Nancy Woods, A. B., & Sharps, P. W. (2012b). The influence of maternal-fetal attachment and health practices on neonatal outcomes in low-income, urban women. *Research in Nursing & Health*, 35(2), 112–120. doi:10.1002/nur.21464
- *Alhusen, J. L., Hayat, M. J., & Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of women's mental health*, 16(6), 521-529. doi:10.1007/s00737-013-0357-8
- *Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Alfaya, C. A. S., Lordelo, E. R., & Piccinini, C. A. (2012). Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(3), 477-484. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300017>
- *Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Lordelo, E.R., Alfaya, C. A. S. & Piccinini, C. A. (2013). Predictors of Sensitivity in Mothers of 8-Month-Old Infants. *Paidéia*, 23(56), 311-320. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2013000300311&lng=en&tlng=en. 10.1590/1982-43272356201305.
- Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (2006). *Projeto Diretrizes*. Retrieved from: http://www.projetoDiretrizes.org.br/5_volume/02-AssistPre.pdf

- *Beauquier-Maccotta, B., Chalouhi, G. E., Picquet, A.-L., Carrier, A., Bussi eres, L., Golse, B., & Ville, Y. (2016). Impact of Monochorionicity and Twin to Twin Transfusion Syndrome on Prenatal Attachment, Post Traumatic Stress Disorder, Anxiety and Depressive Symptoms. *PLoS ONE*, 11(1), e0145649.
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0145649>
- Berkman, L.F. & Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal Epidemiology*, 109(2):186-204.
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Aten o   Saúde. Departamento de A oes Programáticas Estratégicas.  rea Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: aten o qualificada e humanizada – manual técnico/ – Brasília: 163 p.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em forma o*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- *Camberis, A.-L., McMahon, C. A., Gibson, F. L., & Boivin, J. (2014). Age, psychological maturity, and the transition to motherhood among English-speaking Australian women in a metropolitan area. *Developmental Psychology*, 50(8), 2154-2164.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0037301>
- *Chen, C. J., Chen, Y. C., Sung, H. C., Kuo, P. C., & Wang, C. H. (2011). Perinatal attachment in naturally pregnant and infertility-treated pregnant women in Taiwan. *Journal of advanced nursing*, 67(10), 2200-2208.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.

- Bowling, A. (1997) Measuring social networks and social support. In: *Measuring health: a review of quality of life measurements scales*. pp. 91-109. Buckingham: Open University Press,.
- Broadhead WE, Kaplan BH, Sherman AJ, et al (1983): The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*.- 777:521-537.
- Brazelton, B. T. & Cramer, B. G. (2002). *As primeiras relações*. 2ªed. São Paulo: Martins Fontes.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 282-284.
- Cohen, J. L. (1985). Strategy or identity: New theoretical paradigms and contemporary social movements. *Social research*, 52, 663-716.
- Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Duncan, B. B., Schmidt, M. I., Giugliani, E. R., Duncan, M. S., & Giugliani, C. (2014). *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- *Faria, E. R.; Gonçalves, T. R.; Carvalho, F. T.; Ruschel, P. P.; Lopes, R. C. S.; & Piccinini, C. A. (2013). Apego materno fetal em gestantes que vivem com HIV/Aids. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 231-239.
- Gomes, A. G. (2007). *Mal-formação do bebê e maternidade: impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações da mãe*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- *Kapaya, H., Mercer, E., Boffey, F., Jones, G., Mitchell, C., & Anumba, D. (2015). Deprivation and poor psychosocial support are key determinants of late antenatal presentation and poor fetal outcomes-a combined retrospective and prospective study. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 309.
- *Karatas, J. C., Barlow-Stewart, K., Meiser, B., McMahon, C., Strong, K. A., Hill, W. & Kelly, P. J. (2011). A prospective study assessing anxiety, depression and maternal-fetal attachment in women using PGD. *Human Reproduction*, 26(1), 148-156.
- *Kornfield S. L., Geller P. A., Epperson C. N. (2014). Maternal fetal attachment, locus of control and adherence to STI/HIV prevention and prenatal care promotion behaviors in urban women. *International Journal of Gynecological Obstetrical and Reproductive Medicine Research*, 1, 11-18
- *Kuo, P. C., Bowers, B., Chen, Y. C., Chen, C. H., Tzeng, Y. L., & Lee, M. S. (2013). Maternal-foetal attachment during early pregnancy in Taiwanese women pregnant by in vitro fertilization. *Journal of advanced nursing*, 69(11), 2502-2513.
- *Maddahi, M. S., Dolatian, M., Khoramabadi, M., & Talebi, A. (2016). Correlation of maternal-fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes. *Electronic Physician*, 8(7), 2639-2644.
- *Magee, S. R., Bublitz, M. H., Orazine, C., Brush, B., Salisbury, A., Niaura, R., & Stroud, L. R. (2014). The relationship between maternal-fetal attachment and cigarette smoking over pregnancy. *Maternal and child health journal*, 18(4), 1017-1022.
- *Massey, S. H., Bublitz, M. H., Magee, S. R., Salisbury, A., Niaura, R. S., Wakschlag, L. S., & Stroud, L. R. (2015). Maternal-fetal attachment differentiates patterns of prenatal smoking and exposure. *Addictive behaviors*, 45, 51-56.

- *McFarland J, Salisbury AL., Battle CL, Hawes K, Halloran K, Lester BM (2011) Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Arch Womens Ment Health*, 14, 425–434.
- Maldonado, M.T. (1984) *Psicologi da Gravidez, part e puerpério*. 6ª ed. Petrópolis. Vozes.
- Pereira, R. D. R., Baldin, N., & Franco, S. C. (2011). A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61(3), 382-388.
- Perrelli, J. G. A., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2014). Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(3), 257-265.
- Piccinini, C. A., Carvalho, F. T., Ourique, F R., Rubensan, L., Lopes, R. S. (2012). Percepções e Sentimentos de Gestantes sobre o Pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 27-33.
- *Ruschel, P., Ávila, C., Fassini, G., Azevedo, L., Bilhão, N., Paiani, R., ... & Zielinsky, P. (2013). O apego materno-fetal e a ansiedade da gestante. *Revista da SBPH*, 16(2), 166-177.
- *Ruschel, P., Zielinsky, P., Grings, C., Pimentel, J., Azevedo, L., Paniagua, R., & Nicoloso, L. H. (2014). Maternal–fetal attachment and prenatal diagnosis of heart disease. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 174, 70-75.
- Sarmiento, R., Setúbal., M. S. V. (2003). Abordagem psicológica em obstétrica: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas*, 12(3), 261-268
- *Saviani-Zeoti, F., & Petean, E. B. L. (2015). Maternal-fetal attachment, anxiety, and depression in normal and high-risk pregnancies: A comparative study. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(4), 675-683.
- Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. D. L. (2009). Pregnant women's bonding and maternal-fetal attachment. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19(43), 211-220.

*Teixeira, M. I. F., Raimundo, F. M. M., & Antunes, M. C. Q. (2016). Relação da Vinculação Materno-Fetal com a Idade Gestacional e as Memórias Parentais. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 85.

United Nations. (2000) United Nations Millennium Declaration: Millenium Summit. New York, 6-8 september (New York, 2000, DPI/2163)

*Walsh, J., Hepper, E. G., & Marshall, B. J. (2014). Investigating attachment, caregiving, and mental health: a model of maternal-fetal relationships. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 383.

Seção 2: Artigo Empírico

Apego Materno-fetal de Gestantes Brasileiras e Fatores Associados

Resumo

O Apego Materno-Fetal é a forma de vínculo que a gestante desenvolve com seu bebê durante a gestação, o qual pode ser um importante indicador do apego após o nascimento. O objetivo deste trabalho foi identificar os níveis de AMF em gestantes, relacionando-os com suas memórias de cuidados parentais, com o tipo de assistência recebida do serviço de saúde durante o pré-natal e com demais variáveis sociodemográficas. Realizou-se um estudo de abordagem quantitativa, de tipo transversal, descritivo e correlacional. Participaram 364 gestantes de todo o país. Foram utilizadas a Escala de Apego Materno-fetal, a sub-escala de cuidados do *Parental Bonding Instrument* e uma ficha de dados sociodemográficos. A média do AMF foi de 71,43 (DP = 11,76), considerada boa. Verificou-se uma correlação positiva e moderada entre o AMF e a idade gestacional ($r = 0,328$; $p < 0,001$), enquanto a idade da gestante se mostrou correlacionada negativamente com o AMF ($r = -0,219$; $p \leq 0,05$). As gestantes atendidas nos serviços públicos demonstraram maiores médias de AMF do que as atendidas exclusivamente no setor privado ($t = 4,394$; $p \leq 0,05$). Ainda, corroborando a literatura, o apego materno-fetal relacionou-se levemente com as memórias das práticas parentais ($r = 0,226$; $p < 0,05$). Na análise multivariada, as memórias das práticas de cuidado da mãe se mostraram preditoras do AMF em 5,10% (Beta = 0,226; $p = 0,000$) e a idade da gestante em 4,5% (Beta = -0,219; $p = 0,000$). Discute-se a importância de se conhecer fatores associados ao AMF para melhor delimitar estratégias de prevenção e promoção da saúde das mães que também impactem na qualidade da relação mãe-bebê.

Palavras-chave: Apego materno-fetal; cuidados parentais; apego

Maternal-fetal Attachment of Brazilian Pregnant Women and Associated Factors

Abstract

The Maternal Fetal Attachment is the attachment that the pregnant women develop with her baby during pregnancy, which can be an important indicator of the bond after birth. The objective of this paper was to identify the AMF levels in pregnant women, relating them with their memories of parental care, to the type of assistance received by the health service during the prenatal period and other sociodemographic variables. A quantitative approach study was made, of transversal, descriptive and correlational type. At total 364 pregnant women participated from all around the country. Were utilized the Fetal Maternal Attachment Scale, the Parental Bonding Instrument, care sub-scale, and a record of sociodemographic data. The average AMF was 71,43 (DP = 11,76), considered good. It was verified a moderate positive correlation between the AMF and the gestational age ($r = 0,328$; $p < 0,001$), while the pregnant woman age was showed to be negatively correlated with the AMF, although the weak intensity of the bond ($r = -0,219$; $p \leq 0,05$). The pregnant women that received public health care showed higher AMF averages than the ones that received exclusively private health care ($t = 4,394$; $p \leq 0,05$). Besides, as the literature corroborates, the fetal maternal attachment was slight related to the memories of parental practices ($r = 0,226$; $p < 0,05$). On the multivariate analysis, the memories of the mother care showed as predictors to the AMF in 5,10% of the cases (Beta= 0,226; $p = 0,000$) and the age of the pregnant women in 4,5% (Beta -,219; $p = 0,000$). To discuss the importance of knowing factors associated to the AMF to better plan prevention strategies and in the promotion of the mother's health that also impacts the mother-baby relationship quality.

Key words: Maternal fetal attachment; parental care; attachment

Introdução

O apego é a disposição do indivíduo para buscar contato e proximidade com alguém para estabelecer um vínculo que, nos primórdios do desenvolvimento, é necessário para garantir a sobrevivência devido à imaturidade fundamental do bebê humano (Bowlby, 1989). O apego é relativamente duradouro entre duas pessoas e é importante para o ser humano porque vai orientar seu desenvolvimento afetivo, cognitivo e social (Ainsworth, 1978).

A Teoria do Apego desenvolvida por Bowlby (1989) evidenciou o impacto que as relações iniciais do bebê com seus cuidadores, usualmente a mãe, têm nas relações que serão estabelecidas no decorrer do ciclo vital, consigo mesmo e com outras pessoas de referência. Contudo, a teoria também afirma que relações significativas na adolescência ou idade adulta poderiam promover mudanças no estilo de apego inicialmente desenvolvidos com os cuidadores (Bowlby, 1989). Baseada nesta teoria, Cranley (1981) desenvolveu o conceito de Apego Materno-Fetal (AMF), como um precursor do apego mãe-bebê. Importante notar que na teoria proposta originalmente por Bowlby o apego se manifesta do bebê para com a mãe, de forma inata, e pretende assegurar cuidado e sobrevivência. A partir do conceito de apego materno-fetal proposto por Cranley, o conceito original de apego é tomado de modo invertido, pois caracteriza os comportamentos da mãe em relação ao feto. Este apego se manifesta nos sentimentos, pensamentos e comportamentos da gestante para com o seu feto, já antecipando uma relação com ele. Nesse sentido, pode-se considerar que o feto, através da sua existência, dos movimentos que paulatinamente vai demonstrando e da personificação que adquire no psiquismo materno, estimularia a mãe a desenvolver o apego.

Na revisão sistemática da literatura, apresentada na Seção 1 desta dissertação, identificou-se estudos que apontam aspectos como maturidade, saúde psicológica e apoio social como relacionados ao aumento do AMF (Chen et al., 2011; Kapaya et al., 2015; Alhusen et al., 2012; Camberis et al., 2014; Walsh et al., 2014; Teixeira et al., 2016) e a ansiedade, a depressão,

a saúde mental da mãe prejudicada, prole numerosa e a privação social como variáveis relacionadas negativamente com o AMF (Allison, Stafford, & Anumba, 2011; Beauquier-Maccotta et al., 2016; McFarland et al., 2011; Alhusen et al., 2012 a; Kapaya et al., 2015). No Brasil, os estudos sobre este tema investigaram gestantes com e sem risco gestacional (Saviane-Zeoti & Petean, 2011), relacionaram-no com o bem-estar subjetivo e sintomas psiquiátricos menores (Alvarenga et al., 2012; Alvarenga, et al., 2013), compararam gestantes com e sem HIV (Faria et al., 2013), e avaliaram aquelas que fizeram rastreamento para cardiopatia fetal (Ruschel et al., 2013; Ruschel et al., 2014). Pode-se perceber que foram estudos com características amostrais específicas e que revelam a tendência nacional da produção científica sobre o tema nos últimos anos.

Um estudo longitudinal de vinte anos feito nos Estados Unidos (Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000) destacou que os estilos de apego estabelecidos a partir dos vínculos iniciais se mantêm estáveis ao longo da vida, e que mudanças nos mesmos se devem a cinco fatores principais: perda de um dos genitores, separação dos pais, doença que ameaça a vida - do cuidador ou da criança, distúrbio psiquiátrico e abuso físico e sexual. Para verificar esta continuidade, Grimalt e Heresi (2012) investigaram a transmissão transgeracional do apego materno por meio de estudos de casos com três mulheres que tinham os padrões típicos de apego (seguro, evitativo ou ambivalente). Eles encontraram uma relação entre o estilo de apego da gestante com sua mãe e da gestante com o feto, demonstrando uma tendência à repetição do estilo de apego. O estudo de Teixeira et al. (2016), sobre a relação entre o AMF e os vínculos parentais, sinaliza que quanto mais elevado o valor das memórias de rejeição em relação ao pai e à mãe, menor o AMF e vice-versa. O AMF é um vínculo com três dimensões: cognitivo, afetivo e altruístico. Como esta última dimensão refere-se aos cuidados, questiona-se se as memórias dos cuidados parentais recebidos durante a infância e adolescência estão relacionadas ao AMF no momento de vida atual da gestante.

Em face da relevância deste assunto, o objetivo deste trabalho foi identificar os níveis de AMF em gestantes brasileiras e fatores socioeconômicos e de assistência pré-natal associados. Particularmente, também se buscou verificar a relação do AMF com as memórias parentais das gestantes.

Método

Tratou-se de um estudo do tipo descritivo-correlacional e transversal. Inicialmente, participaram deste estudo 372 gestantes das cinco diferentes regiões do país, que acessaram a pesquisa de forma on-line, divulgada nas redes sociais. Esta opção se deu devido ao seu baixo custo para acessar um grande número de participantes e com maior abrangência geográfica.

Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário sociodemográfico (APÊNDICE A), a fim de obter informações sobre a idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, número de filhos, tempo de gestação, tipo de assistência recebida, unidade da federação do domicílio e número de consultas de pré-natal. Também foi utilizada a Escala de Apego Materno-fetal (Cranley, 1981) validada para o Brasil por Feijó (1999) (APÊNDICE B). Esta escala é do tipo Likert, contendo 24 itens, cuja pontuação varia de 5 a 1. O menor índice de apego corresponde a 24 pontos e o maior, a 120 pontos. A correlação entre as subescalas e a escala total foi positiva e relativamente alta (0,61 a 0,83). O índice de consistência interna (alpha de Cronbach) da escala original total é 0,85; e o da versão brasileira foi 0,63 (Feijó, 1999). Na presente pesquisa, o alpha de Cronbach da escala foi de 0,81. Os pontos de corte utilizados foram: AMF baixo (24-47 pontos), AMF médio (48-72 pontos), e AMF alto (73-120 pontos) conforme os quartis desta pesquisa. Também utilizou-se o *Parental Bonding Instrument* ([PBI], Parker et al., 1979) (APÊNDICE C), cuja adaptação foi feita por Hauck et al. (2006). Dentre as duas subescalas da PBI, utilizou-se a subescala de cuidados parentais que apresenta resultados para as memórias de cuidados maternos (α de Cronbach = 0,91) e para o cuidados

paternos (α de Cronbach = 0,091). No presente estudo, a subescala apresentou alpha de Cronbach de 0,87 para os cuidados da mãe de 0,78 para os cuidados do pai. Os pontos de corte utilizados para as análises são os propostos pela versão brasileira, onde para o cuidado da mãe foram: cuidado baixo (até 26 pontos), e a partir de 27, cuidado alto. Para o cuidado do pai, os pontos de corte considerados foram: até 23 pontos, baixo, e a partir de 24, alto (Hauck et al., 2006).

O formulário on-line foi construído em formato de questionário, utilizando o conjunto de instrumentos já citados, incluindo uma página de apresentação e explicação dos objetivos e procedimentos do estudo, o que equivalia ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). Em seguida, os instrumentos foram sendo apresentados às participantes nesta ordem: Ficha de Dados sociodemográficos; Escala de Apego Materno-fetal; e o *Parental Bonding Instrument* (PBI).

O acesso às gestantes foi feito através de divulgação nas redes sociais, com a criação de uma página para a pesquisa, e por e-mail para diferentes segmentos, como *doulas* e obstetras cujos trabalhos se relacionam com a gestação. O questionário ficou aberto de 9 de junho de 2016 a 7 de junho de 2017. Havia a expectativa de atingir pelo menos 383 participantes, conforme o cálculo amostral baseado nos nascidos vivos em 2015, que foi de 98.182 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), tendo sido utilizada uma margem de confiança de 95% com margem de erro de 5%. Este cálculo foi feito utilizando a ferramenta disponível no site de pesquisa SurveyMonkey (<https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator>)

Foram incluídas no estudo apenas as mulheres que concordaram com os termos apresentados no TCLE online, o qual foi apresentado previamente ao questionário. Dentre as 372 mulheres que responderam o questionário, foram excluídas oito gestantes pelos seguintes motivos: duas por terem menos de 18 anos; três por não terem feito, pelo menos uma consulta

de pré-natal; uma por morar fora do Brasil; e duas por terem onze semanas de gestação ou menos no momento. Assim, a amostra final do estudo foi composta por 364 gestantes brasileiras. A caracterização das participantes encontra-se na seção de resultados.

Foram observadas todas as diretrizes éticas para a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil que constam da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A aprovação foi obtida no Comitê de Ética da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS) através da Resolução nº 018/2016, de 19/04/2016 (APÊNDICE E).

Os testes estatísticos foram executados através do Programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 22, para Microsoft Windows®. Verificou-se médias e desvios padrão das variáveis quantitativas. Foi utilizado o teste de correlação de Pearson para verificar a correlação entre o AMF e o PBI. A comparação das variáveis contínuas foi feita por meio do teste t-Student. A comparação entre grupos foi realizada através da ANOVA. Foi realizada uma análise de regressão múltipla para avaliar a influência sobre o AMF do cuidado parental e das demais variáveis que apresentaram correlação com o AMF. Além disso, foi testada a distribuição normal das variáveis, bem como a análise de resíduos.

Resultados e Discussão

Trezentas e setenta e duas gestantes de todo o país responderam o questionário on-line, contudo, após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, restaram 364 participantes. Na Tabela 1 verifica-se que as gestantes tinham idades entre 18 e 43 anos, sendo a média de idade de 27,31 anos (DP = 6,03). A maioria das gestantes trabalhava fora (55,5%), era casada ou morava com o companheiro (81,6%), e a maior parte tinha renda mensal familiar acima dos três salários mínimos. A maioria das gestantes era primípara (74,1%) ou possuía um filho (19,8%) (ver Tabela 1).

Tabela 1: *Características sociodemográficas das participantes e médias de AMF (n = 364)*

		%	Média AMF	Dp	p
Regiões do Brasil					0,096
	Norte	2,16	72,90	15,57	
	Nordeste	14,83	69,25	16,58	
	Centro-oeste	5,49	73,33	13,00	
	Sudeste	34,34	71,13	12,53	
	Sul	41,48	74,22	11,25	
Escolaridade					0,00
	Ensino Fundamental Incompleto	4,1	75,26	8,36	
	Ensino Fundamental Completo	3,6	77,30	8,36	
	Ensino Médio Incompleto	8,3	72,80	12,04	
	Ensino Médio Completo	24,8	75,02	8,90	
	Ensino Superior Incompleto	14,6	70,05	14,42	
	Superior Completo	22,6	70,93	10,19	
	Pós Graduação Incompleta	4,7	72,76	7,55	
	Pós Graduação Completa	17,4	65,09^a	14,05	
Trabalha fora					
	Não	44,5	73,96	11,16	
	Sim	55,5	69,42^b	11,86	0,002
Renda familiar geral					
	De 1 a 2 salários mínimos	31,8	74,69	9,53	
	De 3 a 4 salários mínimos	29,9	73,81	10,13	
	De 5 a 6 salários mínimos	13,70	67,65^c	12,71	0,002
	Acima de 6 salários mínimos	24,6	66,^d	13,42	0,000
Estado civil					0,341
	Solteira	6,9	73,12	10,09	
	Namorando	8,8	70,48	14,63	
	Casada	51,4	71,98	11,38	
	Morando Junto	32,1	70,75	11,87	
	Separada ou Divorciada	0,8	59,66	7,09	
Tempo de união					0,844
	Menos de um ano	14,9	71,17	12,86	
	De 1 a 2 anos	21,0	72,67	11,64	
	De 3 a 4 anos	26,2	72,10	11,40	
	Mais de 5 anos	37,9	71,25	10,87	
Número de filhos					0,683
	0	74,1	71,25	12,14	
	1	19,8	71,50	10,95	
	2	3,0	69,09	9,07	
	3	1,7	77,66	9,33	
	4 ou mais	1,4	73,20	7,12	

Nota: * = diferença média é significativa $p < 0,05$. Foram usados os testes de Post-Hoc de Tukey, Scheffé e Bonferroni, sendo que 'a' = o pós graduação apresentou diferença em relação aos outros níveis; 'b' = estar trabalhando apresentou diferença; 'c' e 'd' = ter uma renda familiar de 5 ou mais salários apresentou diferença em relação às faixas salariais mais baixas.

Ainda conforme a Tabela 1, os testes de ANOVA Unidirecional apontaram diferenças com relação à renda familiar mensal das gestantes, sendo que as faixas com menores médias de AMF foram de 5 e 6 salários mínimos ($p = 0,002$) e acima de 6 salários mínimos ($p = 0,000$) em

relação às demais categorias de renda. Quanto à escolaridade, o grupo com pós-graduação completa apresentou média menor de AMF do que os demais grupos ($p=0,000$). Na mesma direção, as mães que trabalhavam fora apresentaram menores médias de AMF do que as que não trabalhavam. Sobre tais achados, entende-se que em contextos de mais baixa renda e baixa escolaridade a maternidade pode ser uma fonte de reconhecimento social muito importante (La Van, 1988). Por outro lado, é possível que mães de contextos mais escolarizados, melhor renda e trabalhando fora tenham interesses e perspectivas pessoais e sociais mais diversificados.

Em relação à idade gestacional (IG) média no momento da coleta de dados, esta foi de 25,24 semanas ($DP=9,35$) e 52,6 % delas relataram que estavam fazendo o pré-natal na rede de assistência privada. Somente 14% declarou ter gestações de risco, relatando problemas tais como placenta prévia e pré-eclâmpsia. Na Tabela 2 são apresentados detalhes relacionados ao acompanhamento pré-natal e à história obstétrica das mulheres, bem como os resultados das análises para essas variáveis.

O teste de ANOVA apontou uma diferença estatisticamente significativa no AMF considerando o tipo de assistência de saúde recebida ($F=10,29$; $p<0,001$), ($t= 4,394$; $p\leq 0,05$), com maiores médias de AMF entre as gestantes que utilizavam a rede pública em comparação com as aquelas que fizeram o pré-natal na rede privada ou em ambas. Em situações de baixa escolaridade, os salários tendem a ser mais baixos e a inserção no mercado de trabalho mais difícil, o que explicaria a procura por assistência pública. Tais achados coadunam com o perfil social das participantes, sendo possível que a maternidade assumiria uma centralidade maior como uma forma de realização pessoal e social em virtude da falta de outras perspectivas. Ao mesmo tempo, pode-se refletir sobre o quanto as políticas públicas em relação ao pré-natal podem estar contribuindo para o investimento emocional da gestante no bebê. Sobre isso, destaca-se a estratégia da Rede Cegonha do Ministério da Saúde (2011), criada para

implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Tabela 2. Médias de AMF, características do acompanhamento pré-natal e história obstétrica das participantes (n = 364)

		%	Média AMF	Dp	p
Tipo de assistência pré-natal	Pública	33,52	75,30	9,34	0,00
	*Privada ^a	52,63	69,74	12,50	
	*Ambas ^a	13,85	69,44	12,29	
Número de consultas de pré-natal	Menos de 6	51,54	67,79		
	De 6 a 11	37,46	74,66		
	De 12 a 17	4,85	77,15		
	Mais de 18	1,12	75,08		
Consulta com o mesmo médico	Não	22,71	69,36	12,63	0,54
	Sim	77,29	72,10	11,48	
Fez ecografia	Não	29,44	71,28	12,02	0,85
	Sim	70,56	71,54	11,62	
Histórico de aborto	Não	79,89	71,83	11,83	0,840
	Sim	20,11	71,19	11,63	
Gestação de risco	Não	85,99	71,01	12,09	0,01
	Sim	14,01	73,94	9,19	
Dificuldades para engravidar	Não	82,09	70,93	12,04	0,12
	Sim	17,91	73,44	9,92	
Participa de grupos de gestantes	Não	46,70	70,45	11,39	0,14
	Sim	53,30	72,28	12,03	

Nota: * = a diferença média é significativa $p < 0,05$. Foram usados os testes de Post-Hoc de Tukey, Scheffe e Bonferroni, sendo 'a' = assistência privada e ambas mostraram diferença em relação à assistência pública.

A média geral do AMF na amostra foi de 71,43 (DP = 11,76), o que indicaria uma qualidade de apego média. O escore mínimo encontrado foi de 23 e o máximo de 94. Esta média foi semelhante aos outros estudos realizados no Brasil (Ruschel et al., 2013; Alvarenga et al., 2013) e diferiu do estudo de Saviane-Zeoti e Petean (2015), que encontrou uma média alta.

Vale ressaltar que estes autores utilizaram diferentes pontos de corte, já que a escala não apresenta escores normativos. Por isso, no presente estudo foram utilizados os quartis da pesquisa para estabelecer estes pontos.

Verificou-se uma correlação positiva e moderada entre o AMF e a idade gestacional ($r=0,328$; $p < 0,001$), o que está de acordo com o apontado pela literatura (Kuo et al., 2013; Nishikawa & Sakakibara, 2013). Esse aumento do AMF ao longo da gestação estaria associado à percepção dos movimentos fetais, o aumento da barriga ou mesmo com a visualização do feto na ultrassonografia (Jong-Pleij et al., 2013), o que faz com que o feto passe a ter uma existência mais concreta para a mãe.

No presente estudo, a idade da gestante se mostrou correlacionada negativamente com o AMF ($r= -0,219$; $p \leq 0,05$), indicando que quanto mais idade, menores foram os índices de AMF. Porém, ao realizar o teste *t* não se encontrou diferença significativa no AMF entre o grupo de gestantes com idade ≥ 35 anos ($t=-1,414$; $p=0,146$) e as de menor idade.

As memórias sobre os cuidados maternos apresentou uma média de 24,72 (DP = 8,33), e sobre os cuidados paternos a média foi de 22,06 (DP = 8,06), ambas consideradas baixas de acordo com as medidas do instrumento (Parker, Tupling, & Brown., 1979) .. Isto sinaliza que as gestantes do estudo têm percepção de terem recebido poucos cuidados parentais. Considerando-se os níveis de AMF, verificou-se uma correlação fraca positiva entre o AMF da gestante e as memórias de cuidados prestados pela sua própria mãe ($r = 0,226$; $p < 0,05$), sendo que tal relação não foi encontrada quanto aos cuidados do pai ($p = 0,104$). Estes resultados estão de acordo com o apontado pela literatura (Teixeira et al., 2016), sinalizando que a percepção positiva sobre os cuidados maternos recebidos auxilia a gestante na vinculação com o seu bebê durante a gravidez.

A análise de regressão múltipla (método Stepwise), utilizando as variáveis que se mostraram correlacionadas ao AMF (idade e cuidados da mãe), apontou que o cuidado da mãe

e a idade da gestante se mostraram preditoras do AMF. Tal procedimento forneceu um coeficiente de variância explicada (R²) de 0,051, o que indica que os cuidados da mãe explicou 5,10% do AMF e a idade da gestante apresentou um coeficiente de variância explicada (R²) de 0,45, ou seja 4,5% (Tabela 3). Isto significa que a variação das memórias de cuidados da mãe e a idade da gestante são dois fatores que impactam a variação da qualidade do AMF. O gráfico P-P da análise de resíduos apresentou uma curva normal, indicando que foi adequado o modelo de regressão utilizado.

Tabela 3. *Variáveis preditoras do AMF*

Variáveis do modelo	Coefficientes não padronizados	Coefficientes padronizados	t	p
	B	Beta		
Memórias dos Cuidados maternos	3,15	0,226	4,194	0,000
Idade em anos	-, 429	-, 219	- 4,208	0,000

Assim, as memórias sobre o cuidado recebido da mãe parecem impactar o nível de apego que a gestante desenvolve com seu feto durante a gestação, corroborando outros estudos (Teixeira et al., 2016; Grimalt & Heresi, 2012). Cabe ressaltar aqui que os instrumentos e metodologia destas pesquisas foram diferentes e, mesmo assim, os resultados apontam na mesma direção do presente estudo. Isso sinaliza que as vivências de cuidados recebidos da própria mãe podem ser referências para a gestante estabelecer o vínculo com seu bebê, embora possa não ser o único fator nessa relação.

Por fim, outro aspecto importante foi a idade da gestante, que aparece correlacionada negativamente e também como preditora do AMF. Como o estudo de Camberis et al. (2016) aponta, uma maior maturidade, ligada à idade das gestantes, influencia o AMF. Assim, pode-se inferir que o resultado obtido no presente estudo está ligado às condições sócioeconômicas desta amostra, onde 60% possui uma renda de até 4 salários mínimos.

Considerações Finais

Neste estudo, a qualidade do AMF foi média e não foram encontradas diferenças significativas entre os índices de AMF em relação às diferentes regiões do país.

Na amostra do presente estudo, os níveis de escolaridade mais baixos apresentaram um AMF maior, diferindo de outros estudos (Kwon & Bang, 2011; Chen et al;2011) onde quanto mais alto este nível, melhor índice de AMF. A pós-graduação completa apresentou índices de AMF mais baixos que os demais. Infere-se que estas gestantes possuem uma gama maior de atividades, maiores responsabilidades e onde a gestação não se apresenta como a única possibilidade de realização pessoal e social.

Outro dado que chamou atenção foi que a média do AMF das gestantes que relataram fazer o pré-natal na rede pública de assistência foi maior do que as que eram atendidas na assistência complementar. Sobre isso, é importante considerar que o contexto social e cultural em que as gestações ocorrem irão influenciar diferentes experiências e significados em torno da relação mãe-bebê, bem como possibilidades distintas de autocuidado. Desse modo, pode-se pensar que mulheres menos escolarizadas, mais jovens e, portanto, mais dependentes do sistema público de saúde, vivenciem mais incertezas e inseguranças com relação a sua gestação e perspectivas de vida e que, diante de tais ameaças, sintam uma necessidade mais proeminente de proteger e promover o vínculo com o bebê. Ao mesmo tempo, também é possível considerar que as políticas públicas de humanização no parto e puerpério, implementadas recentemente pelo Ministério da Saúde (2005), estejam contribuindo para qualificar a atenção ao pré-natal e impactando na experiência das gestantes. Nesse sentido, novos estudos poderiam elucidar aspectos diferenciais do atendimento nos setores complementares e públicos de saúde sobre as vivências das gestantes.

A literatura é consistente em apontar que quanto mais positivas as memórias dos cuidados parentais, menores são as chances de problemas na relação pais-bebê. Nessa direção,

o presente estudo corroborou que memórias de cuidado materno mais positivas se associam com maiores níveis de AMF. Por outro lado, as memórias de cuidado paterno não pareceram impactar o AMF da gestante, o que pode indicar o predomínio ainda vigente de uma divisão tradicional de papéis em que a mulher é a principal responsável pelo cuidado dos filhos.

Ao final desse estudo, cabe pontuar algumas de suas limitações. A coleta virtual provavelmente limitou o acesso a pessoas com maiores dificuldades de acesso à rede, levando a uma maior representatividade de estratos sociais mais abastados. Desse modo, recomenda-se a condução de estudos que investiguem os vínculos parentais com amostras mais amplas e representativas de diferentes classes sociais. O emprego de outros tipos de delineamento, tais como pesquisas qualitativas, poderiam levar a uma melhor compreensão sobre a relação entre a idade da gestante e o AMF, bem como sobre as diferenças nas vivências de mulheres atendidas conforme os serviços ofertados durante o pré-natal.

Por fim, salienta-se que os resultados do presente estudo podem colaborar com a qualificação da assistência à gestante, direcionando a atenção aos aspectos contextuais e emocionais da gravidez e de como estes podem afetar a relação mãe-bebê que já está se estabelecendo. Assim, advoga-se uma visão ampliada sobre o AMF como um possível indicador de saúde quanto a relação mãe-bebê durante e após a gestação.

Referências

Ainsworth, M. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

- Allison, S. J., Stafford, J., & Anumba, D. O. (2011). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. *BMC women's health*, *11*(1), 33. doi: 10.1186 / 1472-6874-11-33.
- Alhusen, J. L., Gross, D., Hayat, M. J., Woods, A. B. (Nancy), & Sharps, P. W. (2012). The Influence of Maternal-Fetal Attachment and Health Practices on Neonatal Outcomes in Low-Income, Urban Women. *Research in Nursing & Health*, *35*(2), 112–120.
<http://doi.org/10.1002/nur.21464>
- Alhusen, J. L., Hayat, M. J., & Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of women's mental health*, *16*(6), 521-529.
 doi:10.1007/s00737-013-0357-8
- Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Alfaya, C. A. S., Lordelo, E. R., & Piccinini, C. A. (2012). Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *17*(3), 477-484. Doi: 10.1590/S1413-294X2012000300017
- Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Lordelo, E.R., Alfaya, C. A. S. & Piccinini, C. A. (2013). Predictors of Sensitivity in Mothers of 8-Month-Old Infants. *Paidéia*, *23*(56), 311-320.
 Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2013000300311&lng=en&tlng=en. 10.1590/1982-43272356201305.
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/ – Brasília: 163 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011)Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011; 25 jun.
<http://www.brasil.gov.br/@@busca?SearchableText=satisfacao+com+saude+suplementar>

- Bowlby, J. (1989). *Uma Base Segura: aplicações clínicas da teoria do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Camberis, A.L., McMahon, C.A., Gibson, F.L., & Boivin, J., (2014). Age, psychological maturity and the transition to motherhood among English-speaking Australian women in a metropolitan area. *Developmental Psychology*, 50(8), 2154-2164.
- Chen, C. J., Chen, Y. C., Sung, H. C., Kuo, P. C., & Wang, C. H. (2011). Perinatal attachment in naturally pregnant and infertility-treated pregnant women in Taiwan. *Journal of advanced nursing*, 67(10), 2200-2208.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 282-284.
- Faria, E. R.; Gonçalves, T. R.; Carvalho, F. T.; Ruschel, P. P.; Lopes, R. C. S.; & Piccinini, C. A. (2013). Apego materno fetal em gestantes que vivem com HIV/Aids. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 231-239.
- Feijó, M. C. (1999). Validação brasileira da Maternal-fetal Attachment Scale. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 51, 52-62.
- Jong-Pleij, E. A. P., Ribbert, L. S. M., Pistorius, L. R., Tromp, E., Mulder, E. J. H., & Bilardo, C. M. (2013). Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third trimester study and a review. *Prenatal diagnosis*, 33(1), 81-88.
- Grimalt, O, L., & Heresi, M, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista chilena de pediatría*, 83(3), 239-246. Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000300005&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0370-41062012000300005.
- Hauck, S., Schestatsky, S., Terra, L., Knijnik, L., Sanchez, P., & Ceitlin, L. H. F. (2006). Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28, 162-168. Retrieved from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000200008&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0101-81082006000200008.

Kapaya, H., Mercer, E., Boffey, F., Jones, G., Mitchell, C., & Anumba, D. (2015).

Deprivation and poor psychosocial support are key determinants of late antenatal presentation and poor fetal outcomes-a combined retrospective and prospective study. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 309.

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*, 41(2), 276-283. doi: 10.4040 / jkan.2011.41.2.276.

McFarland J, Salisbury AL, Battle CL, Hawes K, Halloran K, Lester BM (2011) Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Arch Womens Ment Health* 14:425–434.

Moura, M. M. D., Guimarães, M. B. L., & Luz, M. (2013). Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 393-404. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200012&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1414-32832013005000011.

Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10. Retrieved from:

<http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/ParentalBondingInstrument.pdf>

Saviani-Zeoti, F., & Petean, E. B. L. (2015). Maternal-fetal attachment, anxiety, and depression in normal and high-risk pregnancies: A comparative study. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(4), 675-683

Teixeira, M. I. F., Raimundo, F. M. M., & Antunes, M. C. Q. (2016). Relação da Vinculação Materno-Fetal com a Idade Gestacional e as Memórias Parentais. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (8), 85.

- Walsh, J., Hepper, E. G., & Marshall, B. J. (2014). Investigating attachment, caregiving, and mental health: a model of maternal-fetal relationships. *BMC pregnancy and childbirth*, *14*(1), 383.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child development*, *71*(3), 684-689.

Considerações Finais da Dissertação

O Apego Materno-Fetal (Cranley, 1981) é a primeira forma de apego que um ser humano estabelece nos primórdios da existência, ou seja, na gestação. Além de lidar com as diferentes mudanças físicas, a gestante tem que se vincular com o bebê que está sendo gerado. A qualidade deste vínculo vai impactar desde os cuidados no pré-natal bem como a forma de apego que a mãe estabelecerá com o bebê após o nascimento (Alvarenga et al., 2013).

A literatura aponta alguns aspectos individuais como a depressão, ou a saúde mental da gestante, por exemplo, como interferências negativas nesta forma de apego, mas também indicou fatores protetivos deste vínculo, como a maturidade da gestante. Por outro lado, os aspectos socioeconômicos também interferem de forma negativa, como é o caso dos contextos sociais de pobreza, ou de forma positiva, quanto a gestante possui uma rede de apoio social. Também é sinalizada a transgeracionalidade do estilo de apego. Encontrou-se dados semelhantes aos das pesquisas internacionais referentes à transgeracionalidade e diferentes quanto a escolaridade, o que pode sinalizar particularidades dos contextos dos estudos.

Conhecer o AMF das gestantes pode auxiliar a intervir de forma a prevenir desfechos negativos da gestação, como o baixo peso do bebê ao nascer, de gestantes com menor AMF. Promover uma melhor qualidade de vínculo entre este e sua mãe, o que terá também repercussões no desenvolvimento saudável deste bebê.

Os objetivos deste estudo foram alcançados parcialmente, na medida em que obteve-se dados de gestantes de diferentes regiões brasileiras que, devido à sua grandeza geográfica e suas influências históricas, apresenta contextos culturais bem distintos. A assistência à gestante também permite inferir que o Brasil está comprometido em melhorar a saúde das gestantes como parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), assumidos na Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000.

A gestação é o período durante o qual a mulher passa da condição só de filha e tem que se reestruturar para exercer um novo papel, que é o de mãe (Maldonado, 1997). Isto lhe permite reviver seus vínculos com sua própria mãe e, se estas referências internas forem boas, contribuirão de forma positiva para que ela estabeleça um bom AMF. Entende-se que o AMF pode ser influenciado pela idade da gestante e também pode estar relacionado ao meio social onde ocorre.

A literatura aponta outros fatores que também influenciam o AMF, por isso sugere-se que futuros estudos tenham como focar intervenções que busquem estabelecer um protocolo de atendimento à gestante cujo foco seja melhorar o nível do AMF.

Referências da dissertação

- Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Lordelo, E.R., Alfaya, C. A. S. & Piccinini, C. A. (2013). Predictors of Sensitivity in Mothers of 8-Month-Old Infants. *Paidéia*, 23(56), 311-320. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2013000300311&lng=en&tlng=en. 10.1590/1982-43272356201305.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 282-284.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.(2015) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/sintese.php>
- Leal., I. (1997). Transformações sócio-culturais da gravidez e da maternidade: Correspondente transformação psicológica. In J. L. Ribeiro (Ed.), *2.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Actas* (pp. 201-214). Lisboa: ISPA.
- Maldonado, M. T. P. (1981). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 4.ed. Petrópolis: Vozes.
- Organização das Nações Unidas, (2000) Declaração do Milênio. Retrieved from: http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf

Apêndice A

Questionário sociodemográfico

Idade

Estado

Escolaridade

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Superior Completo
- Pós Graduação Incompleta
- Pós Graduação Completa

Atualmente está trabalhando?

Em caso negativo, você já trabalhou?

Aproximadamente, qual sua renda mensal?

- De 1 a 2 salário mínimos
- De 3 a 4 salários mínimos
- De 5 a 6 salários mínimos
- Acima de 6 salários mínimos

Aproximadamente, qual a renda familiar mensal?

- De 1 a 2 salário mínimos
- De 3 a 4 salários mínimos
- De 5 a 6 salários mínimos
- Acima de 6 salários mínimos

Semanas de gestação

Que tipo de assistência em saúde você tem recebido durante o pré-natal?

- Pública
- Privada
- Ambas

Onde você está fazendo seu pré-natal?

- UBS Posto de Saúde

Hospital
Outro

Quantas consultas de pré-natal você já realizou?

Você tem consultado sempre com o mesmo médico?

Se não, quantos médicos já lhe atenderam durante o pré-natal?

Você realizou consultas com outros profissionais?

Se sim, quais?

Enfermeiro
Nutricionista
Psicólogo
Psiquiatra
Outro

Está satisfeita com o atendimento que recebe?

Já realizou ecografia?

Se sim, quantas?

Tem problemas de saúde?

Se sim, quais?

Já teve algum aborto?

Se sim, quantos:

Sua gestação é de risco?

Se sim, qual o risco apresentado?

Você teve dificuldades para engravidar?

Se sim, utilizou alguma técnica de reprodução assistida?

Se sim, qual?

Inseminação Artificial
Fecundação in Vitro (bebê de proveta)
Indução da ovulação (com medicação)
Injeção intracitoplasmática de espermatozoide (injeção de um único espermatozoide dentro de um óvulo)
Outro

Por que?

Participa de grupos de gestantes?

Se sim:

- O grupo é virtual
- O grupo é presencial
- Ambos

Onde você busca informação ou apoio sobre a gestação quando precisa?

Como você declara sua orientação sexual?

Estado civil

- Namorando
- Casada
- Morando Junto
- Separada ou Divorciada

Se for casada ou morando junto, há quanto tempo?

- Menos de um ano
- De 1 a 2 anos
- De 3 a 4 anos
- Mais de 5 anos

Como seu/sua parceiro/a reagiu à notícia da gravidez?

Como a família de seu/sua parceiro/a reagiu à notícia da gravidez?

Que apoio o/a parceiro/a está dando?

Emocional e Financeiro

- Apenas emocional
- Apenas Financeiro
- Outro

Que apoio a família está dando?

- Emocional e Financeiro
- Apenas emocional
- Apenas Financeiro
- Outro

Você tem contato com sua família de origem?

Se não, por que?

Distância
Desentendimento
Outro

Se você tem contato com sua família de origem, como reagiram à notícia da gestação?

A sua família apoia a gestação?

Que apoio a família está dando?

Quem mais lhe apoia?

Tem outros filhos?

Se sim, quantos? 1 2 3 4 ou mais

Que idade você tinha na primeira gestação?

Apêndice B

Escala de Apego Materno-fetal

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.

Eu penso ou faço o seguinte	sempre	frequente 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 cutuco 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.					

Apêndice C

PBI

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra da sua MÃE/PAI até os seus 16 anos, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente
Falava comigo com uma voz meiga e amigável	()	()	()	()
Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	()	()	()	()
Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	()	()	()	()
Parecia emocionalmente frio(a) comigo	()	()	()	()
Parecia compreender meus problemas e preocupações	()	()	()	()
Era carinhoso(a) comigo	()	()	()	()
Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	()	()	()	()
Não queria que eu crescesse	()	()	()	()
Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	()	()	()	()
Invasia minha privacidade	()	()	()	()
Gostava de conversar sobre as coisas comigo	()	()	()	()
Freqüentemente sorria para mim	()	()	()	()
Tendia a me tratar como bebê	()	()	()	()
Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	()	()	()	()
Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	()	()	()	()
Fazia com que eu sentisse que não era querido(a)	()	()	()	()
Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	()	()	()	()
Não conversava muito comigo	()	()	()	()
Tentava me fazer dependente dele(a)	()	()	()	()
Ele(a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele(a) estivesse por perto	()	()	()	()
Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	()	()	()	()
Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	()	()	()	()
Era superprotetor(a) comigo	()	()	()	()
Não me elogiava	()	()	()	()
Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	()	()	()	()

Apêndice D

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Esta pesquisa, intitulada “Apego Materno Fetal e vínculos parentais em gestantes Brasileiras”, irá investigar o apego materno-fetal e os vínculos parentais de gestantes que estejam realizando o pré-natal. Está sendo realizada por mim, Rosemeri Engel Balle, sob orientação da Prof^a Dr^a Tagma Marina Schneider Donelli, para embasar minha dissertação de Mestrado no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale dos Sinos- UNISINOS. A investigação e produção de conhecimento sobre o apego entre mãe e bebê durante a gestação são necessários para que se possa pensar na inserção deste tema nas práticas de atenção do pré-natal. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder a um instrumento para avaliar o apego materno-fetal, um sobre os vínculos parentais e o seu perfil sociodemográfico. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, que deverá durar em torno de 30 minutos. O preenchimento dos questionários representa um risco mínimo para as gestantes. Os benefícios, mesmo que indiretos, dizem respeito ao potencial que os resultados deste estudo podem trazer mudanças nas políticas públicas para as gestantes e consequentemente para a melhora do AMF das mesmas e das relações futuras de seus bebês. Você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado. Os instrumentos serão importados do site e arquivados em meio digital que ficará sob a tutela legal da pesquisadora conforme a Resolução nº 466/12 do CNS. Você sempre poderá obter informações sobre o andamento da pesquisa e/ou seus resultados por meio do e - mail roseeballe@gmail.com.

Eu fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. E da garantia de que não serei identificada quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

CONCORDO ()

Apêndice E

Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão agosto/2013

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 018/2016

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 16/026 **Versão do Projeto:** 19/04/2016 **Versão do TCLE:** 19/04/2016

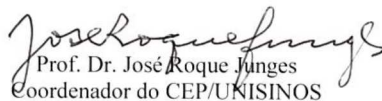
Coordenadora:
Mestranda Rosemeri Engel Balle (PPG em Psicologia)

Título: Apego Materno Fetal e vínculos parentais em gestantes Brasileiras.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 19 de abril de 2016.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS