

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**Apego materno, ajustamento conjugal e depressão no diagnóstico de  
malformação congênita: Estudo caso-controle**

**Sinara Santos**

Porto Alegre, 2022

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**Apego materno, ajustamento conjugal e depressão no diagnóstico de  
malformação congênita: Estudo caso-controle**

**Sinara Santos**

Orientador: Prof. Dr. José Antônio Azevedo Magalhães  
Coorientadora: Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor no  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia,  
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2022.

### CIP - Catalogação na Publicação

Santos , Sinara  
Apego materno, ajustamento conjugal e depressão no diagnóstico de malformação congênita: Estudo caso-controlado. / Sinara Santos . -- 2022.  
54 f.  
Orientadora: José Antônio de Azevedo Magalhães.

Coorientadora: Daniela Centenaro Levandowski.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Gestação. 2. Relacionamento Materno-Fetal. 3. Depressão. 4. Casais. 5. Anormalidades Congênitas. I. de Azevedo Magalhães, José Antônio, orient. II. Centenaro Levandowski, Daniela, coorient. III. Título.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>5</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>6</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
<b>1 Estratégias para localizar e selecionar as informações.....</b>	<b>13</b>
<b>2 Mapa conceitual.....</b>	<b>14</b>
<b>3 Revisão teórica.....</b>	<b>15</b>
3.1 Malformação fetal.....	15
3.2 Gestação e Malformação congênita.....	17
3.3 Ajustamento conjugal na transição para a parentalidade.....	21
3.4 Depressão e malformação fetal.....	23
<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>24</b>
<b>HIPÓTESES.....</b>	<b>26</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>34</b>
Anexo 1 Termo de consentimento livre e esclarecido – Casos.....	34
Anexo 2 Termo de consentimento livre e esclarecido – Controle.....	36
Anexo 3 Questionário dados sociodemográficos.....	38
Anexo 4 Escala revisada de ajustamento conjugal (R-DAS).....	39
<b>ARTIGO.....</b>	<b>43</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

BDI-II - Inventário de Depressão de Beck – Segunda Edição

R-DAS - Revised Dyadic Adjustment Scale

EAD - Escala de Ajustamento Diádico

EVM - Escala de Vínculo Materno

MAAS - Maternal Antenatal Attachment Scale

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - Quarta Edição

TN – Translucência Nucal

DMG - Diabetes Mellitus Gestacional

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

## LISTA DE FIGURAS

Figure 1 – Distribution of the sample regarding the type of fetal malformations in the case group (n=44).....	57
Figure 2 – Association between Beck Depression Inventory (BDI-II) scores and gestational age, according to the study group.....	59

## LISTA DE TABELAS

Table 1 - Characterization of the sample in sociodemographic and clinical terms (n=88).....56

Table 2 – Comparison between groups regarding marital adjustment scores, maternal-fetal attachment and intensity of depressive symptoms (n=88).....58

## RESUMO

Durante uma gestação típica é verificada a construção do vínculo com o bebê e iniciada a transição para parentalidade. Quando são constatadas malformações fetais, isto pode representar um ataque à integridade psíquica dos membros do casal e provocar sentimentos de perda e inadequação, bem como repercutir sobre a relação conjugal. Este estudo investigou o vínculo materno-fetal, a percepção de ajustamento conjugal e sintomas de depressão durante o acompanhamento pré-natal em gestantes cujo bebê recebeu ou não um diagnóstico de malformação fetal. Trata-se de um estudo caso controle, cujo grupo de casos e controles foram compostos por 44 gestantes cada um. A amostra foi recrutada no ambulatório de gestações de alto risco do Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre 2019 e 2022. Foram aplicados um questionário de dados sociodemográficos, a Escala Revisada de Ajustamento Diádico – R-DAS, o Inventário de Depressão de Beck (Segunda Edição) e a Escala de Vínculo Materno Pré-Natal. Análises estatísticas demonstraram ausência de diferenças significativas entre os grupos quanto ao ajustamento conjugal, apego materno-fetal e sintomas depressivos. Porém, gestantes do grupo caso que tinham idade gestacional mais avançada apresentaram sintomas depressivos mais leves. Foi possível verificar como o acompanhamento à saúde mental dessas mulheres é fundamental para proporcionar informação e acolhimento e auxiliar na adaptação à condição do bebê.

**Palavras-chave:** Gestação, Relacionamento Materno-Fetal, Depressão, Casais, Anormalidades Congênitas.

## ABSTRACT

During a typical pregnancy, the construction of the bond with the baby is verified and the transition to parenthood begins. When fetal malformations are found, this can represent an attack on the psychic integrity of the couple's members and cause feelings of loss and inadequacy, as well as having repercussions on the marital relationship. This study investigated the maternal-fetal bond, the perception of marital adjustment and symptoms of depression during prenatal care in pregnant women whose baby received or did not receive a diagnosis of fetal malformation. This is a case-control study, whose group of cases and controls were composed of 44 pregnant women each. The sample was recruited at the outpatient clinic for high-risk pregnancies at Hospital de Clínicas de Porto Alegre between 2019 and 2022. A questionnaire of sociodemographic data, the Revised Dyadic Adjustment Scale - R-DAS, the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Prenatal Maternal Attachment Scale were applied. Statistical analyzes showed no significant differences between the groups regarding marital adjustment, maternal-fetal attachment and depressive symptoms. However, pregnant women in the case group who had more advanced gestational age had milder depressive symptoms. It was possible to verify how monitoring the mental health of these women is essential to provide information and reception and help in adapting to the baby's condition.

**Keywords:** Pregnancy, Maternal-Fetal Relationship, Depression, Couple Bonding, Congenital Abnormalities.

## INTRODUÇÃO

A construção do conceito de um filho ocorre muito antes da concepção. Para os pais, a criação de uma imagem e de um modo de interação com este ser está marcada em seu psiquismo desde sua infância, com manifestações inconscientes do desejo de ter um filho. Percebe-se isto por meio das brincadeiras, quando as crianças imitam o comportamento dos adultos e de forma lúdica experimentam os papéis parentais<sup>(1, 2)</sup>.

O filho é idealizado e associado pelos pais e mães a realização e felicidade. De acordo com Lebovici, coexistem na mente dos pais três bebês: um fantasiado, um imaginário e o real. O bebê fantasiado é aquele que acompanha o casal durante toda sua vida, é o bebê ideal. O bebê imaginário é construído na gestação, como resultado do desejo de maternidade/paternidade<sup>(3)</sup>. Essa constituição torna-se mais intensa no segundo trimestre de gravidez, quando os movimentos do feto indicam a sua real existência<sup>(4)</sup>. A partir dos exames realizados durante a gestação (e de um diagnóstico pré-natal), é possível detectar alguns aspectos concretos do bebê ainda na gestação e prever alguns desfechos e necessidades futuras. Desta forma, os pais vão se preparando, gradativamente, para o encontro com o bebê real<sup>(5, 6)</sup>.

Durante a gestação, os pais preparam-se para os novos papéis que irão assumir frente ao bebê e às suas exigências. Sendo assim, esta constitui-se em uma fase de preparação para a parentalidade. Como mencionado, o planejamento do nascimento do bebê não se restringe à concepção. Fazem parte deste projeto motivações conscientes e inconscientes, que incluem a continuidade da espécie, o prolongamento familiar, o legado de normas culturais e históricas intergeracionais, e um desejo de poder fortalecer o vínculo do casal, dentre outros, embora a gravidez e a transição para a parentalidade também possam trazer o risco de rompimento e maior desajustamento no relacionamento conjugal<sup>(7)</sup>.

A maternidade representa um importante momento de vida da mulher. Este exige mudanças diversas na sua realidade, o que inclui a passagem de uma posição conhecida e à qual se está adaptada para outra desconhecida e nova. A gestação possibilita à mulher a organização da sua identidade materna; a partir desta experiência, ela reelabora suas representações de si mesma<sup>(8)</sup>. Dentre as alterações

provocadas pela transição para a maternidade, impulsionada pela gestação, está a reorganização de responsabilidades, comportamentos e objetivos, levando ao estabelecimento da identidade materna<sup>(9)</sup>. Esses processos costumam ser mais marcantes e intensos na primeira experiência de gestação da mulher, que inaugura essa transição, embora a cada nova gravidez e a cada nascimento de um filho novas adaptações e reorganizações sejam necessárias e percebidas<sup>(10)</sup>.

Quando um bebê entra em cena, nas sociedades ocidentais industrializadas a mulher tende a ser responsável por dar suporte ao filho, mantendo-o saudável. Já do homem espera-se que se envolva com aspectos que proporcionem proteção e conforto à dupla mãe/bebê. Sendo assim, tornar-se pai também carrega consigo profundas mudanças na vida e na identidade do homem, que passa a assumir um novo status social e uma série de novas responsabilidades<sup>(10)</sup>. Em estudo realizado por Cowan et al. (2010)<sup>(11)</sup> ficou evidenciado que as mães se envolvem com maior intensidade, tanto física como emocionalmente, com a gestação e os cuidados com o bebê. Entretanto, atualmente as mães estão exigindo uma maior participação dos companheiros nos cuidados com os filhos, e estes, ao experimentar o prazer que esta relação íntima proporciona, demonstram satisfação e parecem buscar essa proximidade<sup>(12)</sup>.

Estudos atuais demonstram que os pais necessitam de apoio durante a gestação de seu filho, tanto de suas parceiras quanto de profissionais de saúde. Eles demonstram o desejo de receber informações, de serem envolvidos e respeitados. Autores ressaltam que o processo de transição para a paternidade pode ser um dos maiores desafios com os quais o homem se defronta, de forma semelhante ao que se passa com a mulher<sup>(13, 14)</sup>.

Em relação a essa transição para a parentalidade, percebe-se que a gestação não desejada ou não planejada pode surpreender homens e mulheres, porém, a expectativa de um filho saudável geralmente não é questionada pelo casal<sup>(4)</sup>. Assim, no momento em que uma malformação é detectada no bebê ainda na gestação, essa realidade passa a ser vivida de forma traumática e desestruturadora, acarretando desequilíbrio na organização familiar e necessidade de adaptação. Desse modo, a avaliação das condições do feto, que ocorre na ultrassonografia, constitui-se, do ponto de vista emocional, uma espécie de prova. Se o produto examinado é considerado

normal, resta ao casal aprender a desempenhar as tarefas específicas de pais e vincular-se a seu filho. Com esta certeza, tornam-se seguros de sua própria condição de genitores/geradores de vida. Por outro lado, se há constatação de problemas com o feto, isto pode representar um ataque à integridade psíquica do sujeito ou do casal, além de provocar sentimentos de perda e inadequação<sup>(15, 16)</sup>.

Fatores relacionados com a gravidade da malformação fetal, a constituição psíquica do casal e de seus familiares, os cuidados especializados de saúde dispensados a eles, incluindo a assistência psicológica, são requisitos indispensáveis na preparação conjugal para lidar com um diagnóstico adverso do bebê, levando em conta a possibilidade de óbito fetal ao nascimento ou após<sup>(17, 18)</sup>. Assim, percebe-se que a presença de uma malformação fetal é uma experiência complexa, frente a qual os membros do casal procuram, cada um ao seu modo, superar o evento e, ao mesmo tempo, lidar com os reflexos desta situação no seu relacionamento.

Nessa perspectiva, estudo realizado por Pereira et al. (2016)<sup>(19)</sup> refere que o papel do companheiro tem um efeito tranquilizador na gestante em casos de gestação de alto risco. Da mesma forma, Coleman (1989)<sup>(20, 21)</sup> coloca que a mulher, na gestação, sente-se natural e intensamente dependente de apoio do sistema social, familiar e amoroso, pois, em estudo realizado por Setúbal (2012)<sup>(22)</sup>, foi constatado que a gestação de um bebê malformado é sentida como um período de solidão. Entretanto, na presença de malformação fetal, vários autores afirmam que os casais estão mais propensos a se separarem, sendo maior o risco quanto mais grave for a malformação, acarretando principalmente o abandono do lar pelo pai<sup>(23)</sup>. Portanto, nota-se que casais que possuem uma relação frágil frequentemente não suportam esse tipo de acontecimento e tendem à separação, o que aponta para a malformação fetal como uma interferência negativa na relação conjugal<sup>(24)</sup>. Hipótese alternativa assim, a intervenção de profissionais objetivando estimular uma vivência positiva especialmente dos homens, ainda na gestação, parece ser fundamental para a aproximação afetiva com o bebê, e, por conseguinte, para ajudar no desenvolvimento e bem-estar da criança<sup>(25-27)</sup>. Indiretamente, intervenções com esse propósito podem ter repercussões positivas sobre a relação do casal, especialmente na presença de uma malformação fetal.

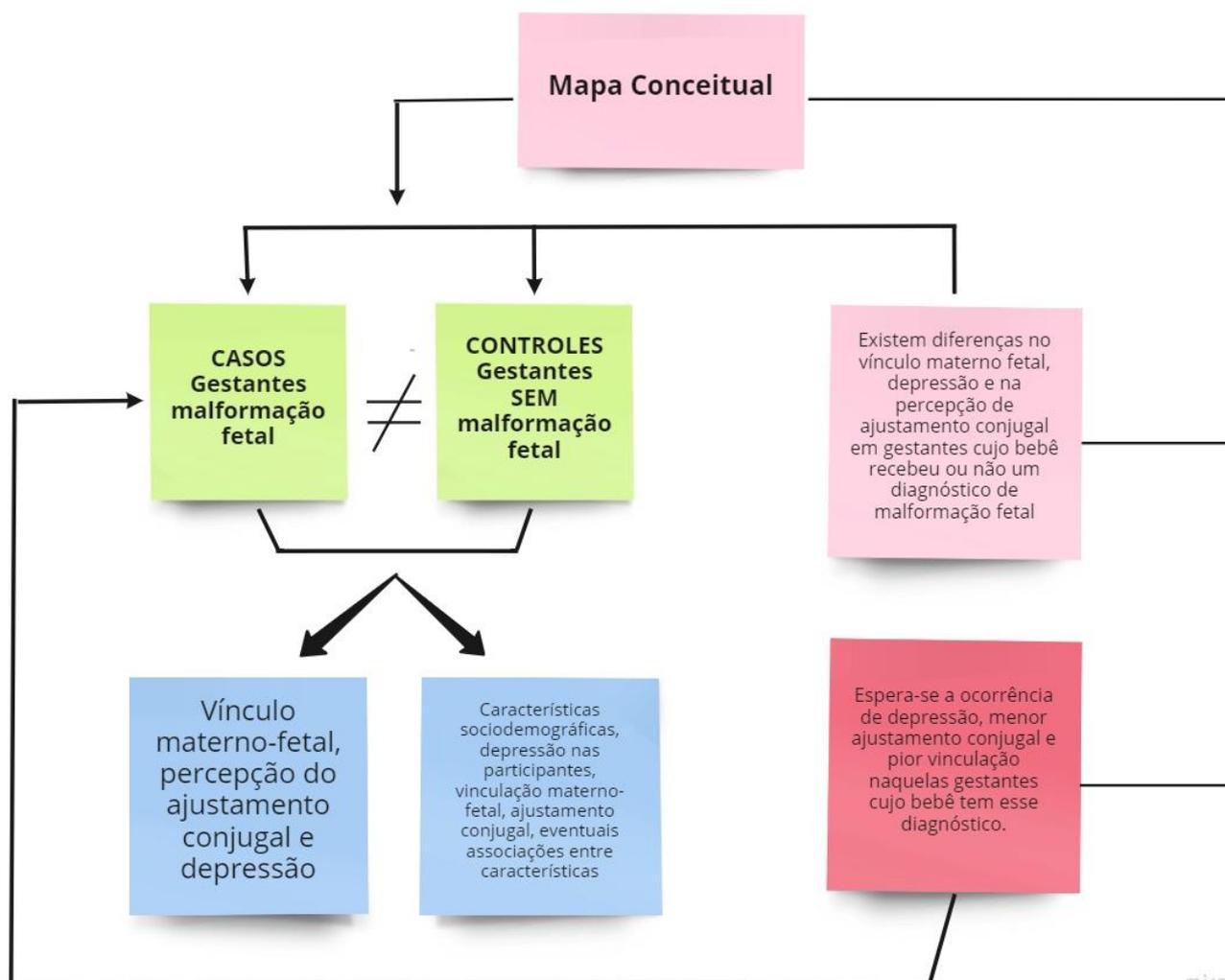
## REVISÃO DA LITERATURA

### 1 Estratégias para localizar e selecionar as informações

A revisão da literatura para o presente projeto centrou-se nas seguintes palavras-chave: 1) “*Pregnancy*”, 2) “*Maternal-Fetal Relations*”, 3) “*Depression*”, 4) “*couples*” e 5) “*Congenital Abnormalities*”. A estratégia de busca envolveu o uso desses termos de modo isolado ou combinados entre si para consulta às seguintes bases de dados: Lilacs, PubMed e SciELO. A figura 1 sumariza a estratégia de busca usada nas respectivas bases de dados, bem como o número de registros localizados em cada busca e o número de registros de fato utilizados no estudo para fundamentar os seus objetivos.

<b>Palavras-Chave</b>	<b>PubMed</b>	<b>LILACS</b>	<b>SciELO</b>	<b>Total Utilizados</b>
<i>Pregnancy</i>	1.085,070	37.405	297	7
<i>Maternal-Fetal Relations</i>	1.901	156	8	6
<i>Depression</i>	590.953	15.215	3.672	5
<i>Couples</i>	766.380	1.962	466	3
<i>Congenital Abnormalities</i>	677.325	11.089	390	8
<i>Pregnancy and Maternal-Fetal Relations</i>	1.680	4.734	6	11
<i>Pregnancy and Congenital Abnormalities</i>	80.598	533	42	6
<i>Pregnancy and Depression</i>	23.618	601	120	9
<i>Pregnancy and Couples</i>	38.234	287	41	5
<i>Maternal-Fetal Relations and Congenital Abnormalities</i>	120	533	0	3
<i>Couples and Maternal-fetal Relations</i>	123	0	0	3

## 2 Mapa conceitual



Trata-se de um delineamento de estudo caso-controle, pois se pretende determinar se uma condição (diagnóstico de malformação fetal) causa interferência no apego materno, na percepção do ajustamento conjugal e depressão <sup>(28)</sup>, além de características sociodemográficas da amostra. O grupo de casos é composto por 44 gestantes em gestação com diagnóstico de malformação fetal e o grupo de controle constitui-se de 44 gestantes em gestação sem este diagnóstico. Verifica-se, portanto se ocorrem diferenças significativas entre os grupos. Como hipótese alternativa espera-se a ocorrência de depressão, menor ajustamento conjugal e pior vinculação naquelas gestantes cujo bebê tem esse diagnóstico <sup>(4,29, 63)</sup>.

### 3 Revisão teórica

#### 3.1 Malformação fetal

As anomalias congênitas são defeitos na estrutura e/ou função de órgãos, células ou componentes celulares presentes antes do nascimento e surgidas em qualquer fase do desenvolvimento fetal. Essas anomalias decorrem de fatores originados antes do nascimento, genéticos, ambientais ou desconhecidos; portanto, qualquer alteração no decorrer do desenvolvimento embrionário pode resultar em malformações que podem variar em graus de comprometimento<sup>(30)</sup>.

Grande parte dos diagnósticos de malformações fetais podem ser realizados durante a gestação ou suspeitados com o uso de testes de rastreio, possibilitando, em alguns casos, o tratamento intra-útero, ou ainda, auxiliando e dando agilidade ao tratamento após o parto<sup>(31)</sup>. Um teste de rastreio tem como objetivo selecionar, em uma população, indivíduos com maior risco de acometimento de uma doença, diferentemente do teste diagnóstico, que irá determinar a presença ou não de uma doença e definir o tratamento. O teste de rastreio pode ser realizado de maneira simples, levando-se em conta a idade materna, quando o rastreamento é para trissomias, história obstétrica, através de testes especiais, como proteínas no soro materno no rastreamento bioquímico, bem como, nas ultrassonografias que fazem parte dos estágios da gestação no acompanhamento pré-natal. Portanto, a partir do teste de rastreio, dependendo do risco apurado, pode-se partir para o teste de diagnóstico, que poderá determinar o acometimento de alguma malformação fetal<sup>(32)</sup>.

Durante o exame de ultrassonografia, inúmeras preocupações relacionadas à saúde do feto surgem, ao mesmo tempo em que esse momento é permeado por imensa fascinação dos pais, que são apresentados, pela imagem, ao filho. Mesmo que de forma indireta, o bebê passa a ser considerado o novo membro da família<sup>(33)</sup>.

A ultrassonografia do primeiro trimestre (entre a 11<sup>a</sup> e a 13<sup>a</sup> semana e 6 dias) é um importante auxílio no rastreio precoce das malformações fetais, desde que o profissional conheça com precisão o desenvolvimento embriológico do feto, os principais indicadores e também as limitações do método. Os principais achados da ultrassonografia do primeiro trimestre incluem<sup>(32)</sup>.

- Localização do saco gestacional;
- Avaliação da viabilidade embrionária/fetal;
- Determinação da idade gestacional pela medição do comprimento craniocaudal do embrião;
- Verificação de gestação de um ou mais fetos e confirmação da adequada implantação no útero;
- Rastreamento de cromossopatias pela translucência nucal (TN);
- Estudo da anatomia.

A segunda ultrassonografia, também conhecida como ecografia morfológica, deve ser realizada entre as 20 e as 24 semanas de gravidez. Neste exame é realizado um estudo anatômico minucioso dos vários órgãos e sistemas do feto, com o objetivo de identificar ou excluir possíveis malformações. Os principais achados da ultrassonografia do segundo trimestre são<sup>(34)</sup>:

- Verificar a anatomia dos órgãos internos e do esqueleto;
- Medir o perímetro cefálico e o comprimento dos membros;
- Avaliar a morfologia da placenta e do cordão umbilical, garantindo que os dois sistemas funcionam de forma adequada e que o bebê recebe devidamente os nutrientes e o oxigênio de que necessita para se desenvolver;
- Determinar o sexo do bebê e informar aos pais, se assim desejarem;
- Fazer o rastreamento do risco de parto pré-termo através da medição do colo do útero;
- Fazer o rastreamento de pré-eclâmpsia, que pode ocorrer entre a 20ª semana da gestação e o final da primeira semana após o parto.

Nesta ultrassonografia é possível a visualização, pelos pais, do bebê, com a aparência muito próxima da que terá ao nascer.

Já a realização da ultrassonografia no terceiro trimestre tem por objetivo principal investigar e reavaliar a presença de malformações e o desenvolvimento de sistemas que foram identificados na ultrassonografia do segundo trimestre, sobretudo o desenvolvimento cardíaco, da face e musculoesquelético. Os principais achados da ultrassonografia do terceiro trimestre incluem<sup>(34)</sup>:

- Avaliar a localização da placenta;

- Avaliar o volume do líquido amniótico;
- Realizar a medição do fêmur, da circunferência abdominal e cefálica e comparar com o tamanho esperado para o tempo da gestação;
- Observar se o bebê está posicionado para o parto, com a cabeça virada na direção da cavidade pélvica.

Por sua vez, os testes diagnósticos, a serem realizados dependendo dos achados dos testes de rastreio, podem ser invasivos ou não invasivos. Como invasivos temos a biópsia de vilos coriais e amniocentese ou cordocentese. Estas são realizadas por meio de coleta e análise citogenética. Ambas apresentam o risco menor que 0,5% de perda gestacional <sup>(32)</sup>. A biópsia de vilos coriais é realizada apenas durante o primeiro trimestre, entre as 11 e as 15 semanas, e é indicada para diagnosticar anomalias cromossômicas e problemas hereditários. Portanto, mostra-se mais adequada para a investigação de casos em que exista história prévia de malformações. A amniocentese, por sua vez, é realizada durante o segundo trimestre, a partir da 16ª semana, e viabiliza diagnosticar, anomalias cromossômicas e problemas hereditários. A amniocentese é mais indicada quando o fator de risco é a idade da mãe e o exame de translucência nuchal (TN) apresenta alteração grave, além de haver histórico familiar de malformação fetal <sup>(35)</sup>. No primeiro trimestre, 70% a 80% das alterações cromossômicas graves estão associadas à alteração do aumento da TN, fazendo deste o principal marcador para alteração cromossômica grave, no teste de rastreio<sup>(35)</sup>.

As malformações fetais podem ser distribuídas nos seguintes grupos: anormalidades do sistema nervoso central, malformações de face, malformações torácicas não cardíacas, malformações da parede abdominal, anormalidades gastrointestinais e do trato biliar, anormalidades genitourinárias, anormalidades das extremidades fetais, anormalidades do sistema esquelético e tumores fetais.

### 3.2 Gestação e Malformação congênita

Desde as primeiras semanas de uma gestação planejada, a mãe idealiza, deseja e se prepara para o bebê que receberá. O bebê passa a ser o receptáculo de todo o investimento emocional materno, como seu objeto de desejo, e faz emergir uma

série de ambivalências na mãe, que envolvem conflitos de perdas e ganhos em nível simbólico e de forma real<sup>(36)</sup>. À medida em que a gestação avança, vai se estabelecendo, no psiquismo da mãe, uma preparação para iniciar uma relação com a criança que está para nascer – o bebê real<sup>(37)</sup>.

Ter um filho perfeito, que confirme essas expectativas e sonhos, é o desejo dos casais. Quando se encontra algum problema no bebê, ocorre a frustração de um grande sonho, o que pode dificultar a adaptação dos pais ao nascimento. A constatação da existência de problemas no bebê tende a despertar respostas emocionais semelhantes às desencadeadas em processos de luto. Trata-se de um fato que marca o início de um período de grande estresse físico e emocional<sup>(38)</sup>.

Entende-se por malformação, anomalia ou anormalidade congênita uma alteração morfológica ou estrutural, isolada ou múltipla, presente ao nascimento, sendo classificada segundo critérios anatômicos, funcionais ou genéticos e categorizada ainda como maiores ou menores e de impacto sobre morbiletalidade do recém-nascido<sup>(39)</sup>. Com o crescimento tecnológico, a possibilidade de detecção de anormalidades na gestação está cada vez mais precisa na avaliação pré-natal. Com isso, os diagnósticos que colocam em risco a saúde do feto e da gestante, realizados pela medicina fetal, tiveram um avanço importante<sup>(39)</sup>.

Sabe-se que a gestação se constitui em um momento sensível, permeado por fantasias angustiantes sobre a saúde do feto. Assim, nos momentos de espera por resultados de exames a ansiedade parental tende a se exacerba<sup>(40)</sup>. A avaliação das condições do feto que ocorre na ultrassonografia constitui-se, do ponto de vista emocional, numa espécie de prova. Se o produto examinado é considerado normal, resta ao casal aprender a desempenhar as tarefas específicas de pais e vincular-se a seu filho. Tendo esta certeza, tornam-se seguros de sua própria condição de genitores/geradores de vida. Por outro lado, se há constatação de problemas com o feto, isto pode representar um ataque à integridade psíquica do sujeito ou do casal, além de provocar sentimentos de perda e inadequação<sup>(16)</sup>.

Apesar dos genitores, normalmente, terem conhecimento de que o ultrassom é uma ferramenta importante para a identificação de anormalidades fetais, eles costumam nutrir uma expectativa positiva em relação ao exame; esperam que este seja o momento de apresentação ao bebê, confirmando sua existência e saúde. A

informação de que há algo errado resulta, em um primeiro momento, em grande ansiedade decorrente da quebra dessas expectativas. Nesta situação, é necessário que se dê informações sobre os resultados de forma clara e, preferencialmente, em ambiente adequado. O acompanhamento de profissionais de saúde mental especializados para dar suporte é fundamental e deve ser rotina nos serviços<sup>(41)</sup>.

A revelação de um diagnóstico de malformação fetal tem repercussões diversas, levando-se em consideração fatores relacionados a planejamento, investimento, tempo de gestação, entre outros. Não obstante, soma-se a notícia perturbadora a este momento já considerado de vulnerabilidade especialmente para a mulher, que passa, naturalmente, por várias mudanças internas e externas que acompanham todo o processo gravídico<sup>(37)</sup>. A partir do diagnóstico os pais dão início ao processo de luto do filho perfeito, tentando buscar elementos em suas vidas que possam explicar o que provocou a malformação e evidenciando o sentimento comum nesta fase, que é a culpa. O bebê, que era esperado como uma nova vida, cheia de promessas de completude e felicidade familiar, não satisfaz os seus desejos e, pelo contrário, renova ou reforça fantasias de incapacidade, morte e destruição que os genitores possam ter, bem como recupera eventuais traumas anteriores<sup>(42-44)</sup>.

A resignação frente às adversidades da vida, com comportamentos de revolta, ou a habilidade em enfrentar as situações adversas, são formas diferentes de lidar com o problema. Uma refere-se à fragilidade emocional; a outra, à resiliência. Quando se refere à resiliência, está sendo considerada a capacidade de enfrentar situações adversas, minimizar seus efeitos negativos e enfrentar e reagir de forma positiva aos eventos que possuem grande potencial de risco<sup>(4)</sup>. Sendo assim, torna-se importante o acompanhamento aos pais e mães, para que possam paulatinamente acionar recursos adaptativos para lidar com essa nova realidade.

Como visto, a comunicação de um diagnóstico de malformação fetal tem um potencial traumático, que pode reeditar conflitos psíquicos de agressão, decepção, vergonha e gerar rejeição e desinvestimento no bebê. A intensidade do conflito está intimamente relacionada a sentimentos de ambivalência sobre a aceitação da gestação, escolhas e experiências passadas e possíveis conflitos narcisistas<sup>(45)</sup>. Este estado pode ser descrito como normalidade neurótica ou normalidade dolorosa, dependendo se essas vivências são capazes de determinar uma resposta emocional

ou uma reação vivencial. A ansiedade e a desorganização não são necessariamente patológicas: a ansiedade pode ser um indício de trabalho psíquico devido a uma realidade perturbadora, sendo um ponto de partida de uma regressão defensiva e organizadora, com o tempo, a perturbação inicial diminuiu dando lugar ao funcionamento psíquico normal<sup>(46)</sup>. Para que uma reação vivencial possa ser considerada normal, ela deve ter uma relação causal, uma relação proporcional e temporal<sup>(47)</sup>.

Deve-se considerar que nesta fase é comum surgirem fantasias em relação à criança e sua deficiência. Portanto, os profissionais envolvidos nos atendimentos devem estar atentos para o aparecimento destes fenômenos, mostrando disposição para ouvi-los e tratá-los com seriedade, aceitação e de forma esclarecedora <sup>(48)</sup>. A gestante e seu parceiro esperam da equipe uma postura de acolhimento e de respeito mútuo, o que gera naturalmente empatia, favorecendo a elaboração de fantasias do casal<sup>(22)</sup>. Verifica-se que a atuação dos profissionais de saúde é fundamental, principalmente quando conseguem identificar nas famílias os seus recursos emocionais, com suas vulnerabilidades e carências, conseguindo fornecer meios para que elas superem melhor a situação<sup>(49)</sup>.

O luto é uma reação esperada diante de uma perda<sup>(43)</sup>. Possui um curso esperado, que pode ser dividido em cinco fases: Choque, em decorrência do impacto da confirmação do diagnóstico; Negação, onde se busca identificar erros no diagnóstico e, inclusive, outros profissionais que não confirmem o diagnóstico e confirmem as expectativas parentais; Tristeza e raiva, sentimentos esperados que emergem quando se inicia o processo de adaptação psíquica, havendo o confronto entre sentimentos de dor e frustração. Esses sentimentos devem ser reconhecidos; Equilíbrio, que acontece no momento em que a ansiedade diminui e o entendimento das informações sobre a patologia ocorre, o que leva à adaptação ao diagnóstico; e, por último, a Reorganização, estágio no qual o casal mostra-se envolvido e participa ativamente das decisões sobre os cuidados com a gestação, começa a perceber o filho como um doente e não como uma aberração, e o sentimento de capacidade de enfrentamento da situação pode ser identificado<sup>(3, 50)</sup>.

A vivência do luto é essencial para que a família possa se readaptar a uma nova realidade, integrando novos hábitos e situações do dia-a-dia e promovendo uma

melhor aceitação da criança<sup>(22)</sup>. A culpa que os pais sentem por assumirem a responsabilidade de ter gerado um filho malformado pode desencadear atitudes de superproteção à criança, o que pode tolher seu desenvolvimento<sup>(5)</sup>. Por isso a adaptação ao diagnóstico é importante, para auxiliar o bebê a alcançar o seu potencial.

Da perspectiva dos profissionais e equipes, a confirmação e a comunicação do diagnóstico de malformação fetal para os pais exigem uma postura de suporte e ajuda na identificação de potencialidades e fragilidades da família, bem como de responsabilidade de apoiar a família e dar-lhe condições de cuidar deste novo membro da melhor maneira possível. Dar informações ao longo de todo pré-natal, de forma constante e gradativa, possibilita um melhor entendimento da situação. Identificando-se o momento adequado para determinadas intervenções e respeitando o ritmo de processamento de cada família, pode-se prepará-la melhor para um eventual desfecho negativo<sup>(44)</sup>.

Como afirmam Bortoletti, Silva e Tirado<sup>(51)</sup>, no momento que os casais recebem a informação de um diagnóstico de malformação fetal, o atendimento psicológico deve ser proporcionado para que encontrem um ambiente acolhedor e de escuta empática e ativa. As dificuldades desses pacientes de falar principalmente dos sentimentos considerados menos “nobres”, e que na maioria das vezes são mal-entendidos e criticados, não podem ser subestimadas ou ignoradas pelos profissionais. Portanto, é imprescindível garantir a estes indivíduos um ambiente seguro e protegido, que permita que eles possam abordar qualquer tipo de assunto que lhes esteja preocupando e sobre o qual queiram falar, assegurando-lhes sigilo.

### 3.3 Ajustamento conjugal na transição para a parentalidade

A relação conjugal inicia no momento em que dois indivíduos se comprometem em estabelecer uma união de maior tempo de duração, tornando-se uma unidade dinâmica e emocionalmente interativa. Uma das relações sociais que exige maior esforço, seguramente, é a de um casal. Esta relação une duas histórias de vida diferentes que serão compartilhadas e a adaptação a esta nova formação depende de

ajustes em relação às expectativas, conscientes ou inconscientes, de cada membro do casal<sup>(52, 53)</sup>.

A formação do casal é entendida como a primeira fase do ciclo vital familiar. A dupla forma uma nova unidade com características próprias, autonomia e identidades que formarão a família nuclear<sup>(54, 55)</sup>. A qualidade dos relacionamentos conjugais vem sendo bastante investigada<sup>(56-60)</sup> e é definida na literatura como complexa e multifacetada, sendo que termos como satisfação, ajustamento e qualidade tem sido empregados para tratar dessa temática.

A fase seguinte, após a união do casal (conjugalidade), é a transição para a parentalidade, isto é, a chegada de um filho, quando o casal deixa de ser apenas casal e passa a constituir uma família, desempenhando também o papel de progenitores. Para Winnicott<sup>(58)</sup>, quando o casal começa a experimentar o desejo de ter um filho, já se inicia a construção da parentalidade com a possibilidade de chegada de um novo membro na família. Esta configuração exige adaptação a novas responsabilidades, acarretando reorganização das relações. Este processo pode desencadear alguns desajustes<sup>(29, 54)</sup>.

O ajustamento conjugal é considerado um processo resultante da interação do casal relativa à tensão, satisfação, coesão e consenso nas tomadas de decisão e à importância das ações que influenciam o funcionamento do casal<sup>(29)</sup>. Vários estudos desenvolvidos sobre conjugalidade e parentalidade possibilitam a compreensão do processo de transição para a parentalidade e os seus efeitos sobre a satisfação e o ajustamento conjugal<sup>(61)</sup>.

A literatura tem mostrado que a qualidade na vinculação e satisfação dos pais com o filho está associada a maior satisfação com o seu casamento<sup>(61)</sup>. Desta forma, homens que se envolvem nos cuidados com os filhos terão companheiras com maior percepção de ajustamento conjugal, assim como aqueles insatisfeitos com o casamento terão menos probabilidade de se envolverem nos cuidados com os filhos<sup>(37)</sup>.

Assim como a chegada de um filho com deficiência traz distúrbios emocionais, a revelação de uma malformação fetal pode causar uma série de reações que podem causar depressão, rejeição e rompimento de vínculo, seja temporário ou permanente. Desta forma, quando se confirma um diagnóstico de malformação fetal na gestação e

a gestante não pode confiar e contar com o apoio de seu companheiro é possível o desencadeamento de depressão na gestante e conseqüentemente deterioração do ajustamento conjugal<sup>(62)</sup>.

Em estudo realizado por Santos<sup>(63)</sup>, verificou-se que o diagnóstico de malformação incompatível com a vida no pré-natal pode trazer grande sofrimento e uma série de implicações para a gestante, seu companheiro e demais familiares, tais como sentimentos de frustração, culpa, incapacidade e perda; crises no sistema familiar e isolamento social, dentre outras. A investigação de satisfação conjugal de genitores que recebem um diagnóstico de malformação congênita do bebê, diante de todas as complexidades envolvidas no processo de parentalidade, se faz necessária para uma melhor assistência e compreensão das demandas.

### 3.4 Depressão e malformação fetal

A depressão é um transtorno com prevalência significativa na população geral. Segundo a OMS, no Brasil a prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde é 10,4%. Isoladamente ou associada a um transtorno físico, situa-se em quarto lugar entre as doenças incapacitantes ao longo da vida. Há também a indicação de que a depressão vem aumentando significativamente entre a população mundial geral, destacando que as mulheres são as mais suscetíveis a desenvolverem a doença, esse fato é desencadeado por fatores hormonais, gravidez e menopausa<sup>(64)</sup>.

Este transtorno mental se caracteriza por um estado de tristeza persistente e pela perda de interesse em atividades que normalmente são prazerosas, acompanhadas de dificuldade ou incapacidade de realizar atividades diárias comuns. Esse estado deve durar pelo menos duas semanas para que se possa realizar o diagnóstico. Além desses, normalmente pessoas com depressão apresentam mais alguns sintomas, tais como: perda de energia; aumento ou redução do sono e do apetite; ansiedade; perda de concentração; indecisão; inquietude; sensação de menos valia, culpa ou desesperança; e pensamentos de suicídio ou de causar danos a si mesmas<sup>(65)</sup>.

No caso da apresentação de uma gestação com diagnóstico de malformação fetal a gestante tende a sentir-se inferior às outras mulheres, este evento afeta sua autoestima e pode interferir na qualidade do apego materno-fetal<sup>(16)</sup>. A confirmação do diagnóstico de malformação fetal gera um grande sofrimento psíquico por concretizar a impossibilidade de uma gestação ideal, que pode ser ainda mais intensificado quando a gestante não pode contar com apoio suficiente diante de tal diversidade. Sabe-se que, em alguns casos, existe a possibilidade de desencadear transtornos psíquicos, especialmente a depressão<sup>(43, 66)</sup>.

Consequentemente, é de suma importância identificar aquelas gestantes mais vulneráveis a transtornos psicológicos, para que sejam adotadas intervenções apropriadas, com estratégias que visem preservar a sua saúde mental. Portanto, é essencial que a gestante receba suporte afetivo e psicológico, preparando-a para a realidade que vivenciará após o nascimento do filho<sup>(4)</sup>.

## **JUSTIFICATIVA**

A presente pesquisa pretende dar continuidade aos estudos da proponente na área da medicina fetal, agregando novas facetas ao foco de estudo. Com efeito, a proponente vem se dedicando ao estudo da paternidade em caso de gestação de risco, especialmente frente a um diagnóstico de malformação fetal, desde a realização de Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e, posteriormente, no seu Mestrado.

Nos últimos anos, a partir de diferentes experiências profissionais, o foco das pesquisas tem recaído especialmente sobre a saúde mental das gestantes cujos bebês foram diagnosticados como portadores de uma malformação fetal,

considerando diferentes aspectos que influenciam nesse tema. Assim, a presente proposta permite o aprofundamento da pesquisadora no tema, contando com o diferencial do estudo sobre conjugalidade em situação de malformação, temática pouco explorada no Brasil e em outros países. Desse modo, o presente projeto permite o aprofundamento desta matéria, conferindo a ela originalidade.

Nesse momento, diante do interesse científico da pesquisadora e dos membros da equipe, e dando seguimento aos temas já investigados por todos os pesquisadores envolvidos, optou-se pela realização de uma pesquisa focada nas variáveis ajustamento conjugal e apego materno-fetal no contexto da malformação congênita, temática extremamente relevante em termos de saúde pública. Sabe-se que o diagnóstico de malformação fetal pode trazer grande sofrimento e uma série de implicações para a gestante, seu companheiro e demais familiares, tais como sentimentos de frustração, culpa, incapacidade e perda, bem como crises no sistema familiar e isolamento social<sup>(63)</sup>. Assim, compreender a vivência das gestantes, nestas condições, permitirá refletir acerca de como o acompanhamento multidisciplinar deve ser planejado durante este processo e possibilitará o planejamento de novas estratégias de cuidado para o casal, e não apenas para a gestante. Ademais, conhecer a forma de vinculação da gestante ao bebê poderá auxiliar na qualificação da assistência para a promoção do vínculo mãe-bebê, quando necessário, a fim de garantir uma vivência mais adaptativa da gestação e mais propícia ao desenvolvimento do potencial do bebê, quando não existe ameaça à vida.

Diante dessas considerações, justifica-se um estudo que aborde o vínculo materno fetal, ajustamento conjugal e depressão em situação de diagnóstico de malformação fetal. É importante ressaltar que é imperiosa a necessidade de estudos mais aprofundados sobre esta temática, a literatura atual possui linhas de pesquisa insuficientes que contemplem um direcionamento para cuidados específicos para esta população.

## **HIPÓTESES**

### Hipótese nula

Não existem diferenças no vínculo materno fetal, depressão e na percepção de ajustamento conjugal em gestantes cujo bebê recebeu ou não um diagnóstico de malformação fetal.

### Hipótese alternativa

Existem diferenças no vínculo materno fetal, depressão e na percepção de ajustamento conjugal em gestantes cujo bebê recebeu ou não um diagnóstico de malformação fetal. Espera-se a ocorrência de depressão, menor ajustamento conjugal e pior vinculação naquelas gestantes cujo bebê tem esse diagnóstico.

## **OBJETIVOS**

### **Principal**

Investigar o vínculo materno-fetal, a percepção do ajustamento conjugal e depressão durante o acompanhamento pré-natal em gestantes cujo bebê recebeu ou não um diagnóstico de malformação fetal.

### **Secundários**

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas das gestantes em acompanhamento pré-natal na equipe de medicina fetal e de alto risco do HCPA;
- Verificar a presença de depressão nas participantes;
- Examinar eventuais diferenças na vinculação materno-fetal e na percepção de ajustamento conjugal em gestantes cujos bebês receberam ou não um diagnóstico de malformação fetal;
- Verificar eventuais associações entre características sociodemográficas e clínicas, vinculação materno-fetal e percepção de ajustamento conjugal, considerando gestantes cujos bebês receberam ou não um diagnóstico de malformação fetal.

## REFERÊNCIAS

1. Marten Milbrath V, Heckler de Siqueira HC, Corso da Motta MdG, Coelho Amestoy S. Família da criança com paralisia cerebral: percepção sobre as orientações da equipe de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2012;21(4).
2. Stern DN, Veronese MAV. A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê: Artes Médicas; 1997.
3. Guedeney A, Lebovici S. Intervenções psicoterápicas pais/bebê. Porto Alegre: Artmed. 1999.
4. Maldonado MT. Psicologia da gravidez: Editora Jaguatirica Digital; 2013.
5. Caron N, Fonseca M, Kompinsky E. Aplicação da observação na ultra-sonografia obstétrica. A relação pais-bebê: Da observação à clínica. 2000:178-206.
6. Businelli C, Bembich S, Vecchiet C, Cortivo C, Norcio A, Risso MF, et al. The psychological burden of routine prenatal ultrasound on women's state anxiety across the three trimesters of pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021;256:281-6.
7. Brazelton TB, Cramer B, Duarte MF. A relação mais precoce: os pais, os bebês ea interação precoce 1989.
8. Cabral SA, Levandowski DC. Representações maternas de mães adultas: relato clínico a partir da Entrevista R. *Psicologia Clínica*. 2011;23:37-52.
9. A. FA. Gestantes de Alto Risco com e sem histórico de óbito fetal ou neonatal: sintomas de ansiedade e depressão, capacidade para o relacionamento com o feto e estratégias de enfrentamento. São Paulo: Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2014.
10. Moura-Ramos M, Canavarro MC. Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*. 2007;25(3):399-413.
11. Bochantin JE, Broadfoot KJ, Bute JJ, Buzzanell P, Cowan RL, Cunningham SR, et al. *Contemplating maternity in an era of choice: Explorations into discourses of reproduction*: Lexington Books; 2010.

12. Eschiletti Prati L, Koller SH. Relacionamento conjugal e transição para a coparentalidade: perspectiva da psicologia positiva. *Psicologia Clínica*. 2011;23(1).
13. Moraes CJA, Granato TMM. Tornando-se pai: uma revisão integrativa da literatura sobre a transição para a paternidade. *Psicologia em Estudo*. 2017;21(4):557-67.
14. Maldonado MT, Dickstein J. Nós estamos grávidos: INTEGRARE EDITORA; 2010.
15. Machado MEdC. Casais que recebem um diagnóstico de malformação fetal no pré-natal:: uma reflexão sobre a atuação do Psicólogo Hospitalar. *Revista da SBPH*. 2012;15(2):85-95.
16. Vasconcelos L, Petean EBL. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2009;10(1):69-82.
17. Medeiros ACR, Vitorino BLdC, Spoladori IC, Maroco JC, Silva VLMD, Salles MJS. Sentimento materno ao receber um diagnóstico de malformação congênita. *Psicologia em Estudo*. 2021;26.
18. Setúbal MS, Barini R, Zaccaria R, Silva J. Reações psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação fetal. Programa de medicina fetal Departamento de tocoginecologia da faculdade de ciências médicas Brasil. 2004.
19. do Nascimento Semente PAS, Macedo VF, Fernandes ERL, Teixeira GA, de Araújo MG, de Carvalho JBL. Vivências de homens na gestação de alto risco da companheira Experiences of men in cases of high-risk pregnancy of their partners doi: 10.12662/2317-3076jhbs. v4i3. 751. p181-186.2016. *Journal of Health & Biological Sciences*. 2016;4(3):181-6.
20. Coleman H. Transition to motherhood: a study of the experience of primiparous mothers in the six weeks following discharge from maternity hospital. Unpublished BNS thesis University College Dublin. 1989.
21. Souza GFdA, Souza ASR, Praciano GdAF, França ESLd, Carvalho CF, Paiva Júnior SdSL, et al. Apego materno-fetal e transtornos psiquiátricos em gestantes com fetos malformados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2021;71:40-9.
22. Sarmiento R, Setúbal MSV. Abordagem psicológica em obstétrica: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas*. 2012;12(3).

23. Ferreira TN, de Almeida DR, de Brito HM, Cabral JF, Marin HA, Campos FMC, et al. A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres–MT. *Gestão e Saúde*. 2014;5(2):pag-337.
24. Marini FC. Reações maternas diante de uma gestação complicada por uma anomalia fetal grave. 2008.
25. Brazelton TB, Cramer BG. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
26. Genesoni L, Tallandini MA. Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989–2008. *Birth*. 2009;36(4):305-18.
27. Mazzieri SPM, Hoga LAK. Participação do pai no nascimento e parto: revisão da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2006;10(2):166-70.
28. Rothman K, Greenland S, Lash T. *Epidemiologia Moderna-3ª Edição*: Artmed Editora; 2016.
29. Magagnin C, Körbes JM, Hernandez JAE, Cafruni S, Rodrigues MT, Zarpelon M. Da conjugalidade à parentalidade: Gravidez, ajustamento e satisfação conjugal. 2003.
30. Belfort P, Braga A, Freire NS. Malformação arteriovenosa uterina após doença trofoblástica gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(2):112-21.
31. Zagalo-Cardoso JA, Rolim L. Aspectos psicossociais da medicina preditiva: revisão da literatura sobre testes de riscos genéticos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2005;6(1):3-34.
32. Oliani AH, Vaz-Oliani DCM, OliVeiRa GHDE, Mauad Filho F. Ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre–passo a passo. *Revista Brasileira de Ultrassonografia*. 2015;18:9-16.
33. Carpes MHT. "A imagem mais linda": construção de maternidades e o diagnóstico por imagem. 2015.
34. Neto CN, Rolland AS, Souza OB, Filho M, Noronha AMB. Validação do diagnóstico ultrassonográfico de anomalias fetais em centro de referência. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(5):541-6.
35. Figueiredo DBF, Filippo MOL, Souza Silva Filho ET. Diagnóstico de cromossomopatia no primeiro trimestre de gestação. In: Elsevier, editor. *Medicina Fetal*. Rio de Janeiro 2012.

36. Santos FLV, Corrêa NMH, Leal RMP, Monteiro CFdS. A vivência do cônjuge/companheiro de portador de esclerose múltipla. *Rev enferm UERJ*. 2010;18(2):229-34.
37. Fonseca A, Nazaré B, Canavarro MC. Parental psychological distress and confidence after an infant's birth: The role of attachment representations in parents of infants with congenital anomalies and parents of healthy infants. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2013;20(2):143-55.
38. Irvin N, Klaus M, Kennel J. Atendimento aos pais de um bebê com malformação congênita. Pais/bebê: a formação do apego. 1992:170-244.
39. Pereira PK, Lima LA, Magnanini MMF, Legay LF, Lovisi GM. Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita do bebê: uma metanálise. *Cad saúde pública*. 2011;27(12):2287-98.
40. David D, Tournaire M, Soulé M. Le diagnostic prénatal et ses conséquences psychologiques. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 2: Presses Universitaires de France; 2004. p. 1869-80.
41. Giuliani R, Tripani A, Pellizzoni S, Clarici A, Lonciari I, D'Ottavio G, et al. Pregnancy and postpartum following a prenatal diagnosis of fetal thoracoabdominal malformation: The parental perspective. *Journal of Pediatric Surgery*. 2014;49(2):353-8.
42. Carvalho PRA, Azevedo NSGd. Quando quem morre é a criança. Santos FS Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer São Paulo: Atheneu. 2009:165-79.
43. Antunes MSdC, Patrocínio C. A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2007;8(2):239-51.
44. Roecker S, Mai LD, Baggio SC, Mazzola JC, Marcon SS. A vivência de mães de bebês com malformação. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012;16(01):17-26.
45. Fragonese AA. Gestantes de alto risco com e sem histórico de óbito fetal ou neonatal: sintomas de ansiedade e depressão, capacidade para o relacionamento com o feto e estratégias de enfrentamento. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2014.
46. Rajon A. *La tempête apaisée. À visage différent*, Paris, Hermann. 1997.

47. Rajon A-M, Abadie I, Grandjean H. Répercussions du diagnostic périnatal de malformation sur l'enfant et ses parents: approche métapsychologique à partir de l'étude longitudinale de 30 familles. *La psychiatrie de l'enfant*. 2006;49(2):349-404.
48. Mazzariol FS, Roberts J, Oh SK, Ricci Z, Koenigsberg M, Stein MW. Pearls and pitfalls in first-trimester obstetric sonography. *Clinical imaging*. 2015;39(2):176-85.
49. CUNHA ACBd, Universidade Federal do Rio de Janeiro RdJ, Brazil, Universidade Federal do Rio de Janeiro RdJ, Brazil, PEREIRA JUNIOR JP, Universidade Federal do Rio de Janeiro RdJ, Brazil, Universidade Federal do Rio de Janeiro RdJ, Brazil, et al. Diagnosis of congenital malformations: Impact on the mental health of pregnant women. *Estud psicol (Campinas)*. 2016;33(4):601-11.
50. Rios TS, dos Santos CSS, Dell'Aglio DD. Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: Relato de experiência. *Revista de Psicologia da IMED*. 2016;8(1):98-107.
51. Bortoletti FF, Silva MSC, Tirado M. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti J, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar São Paulo: Manole*. 2007:21-31.
52. Valle ME, Osório LC. *Alquimia íntima: A nova química do casal*. Porto Alegre: Literalis. 2004.
53. Consoli N, Wagner Bernardes J, Marin AH. Laços de afeto: as repercussões do estilo de apego primário e estabelecido entre casais no ajustamento conjugal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2018;36(2):315-29.
54. Carter B, McGoldrick M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 1995.
55. COSTA CBd, MOSMANN CP. Aspectos do relacionamento conjugal que caracterizam apego seguro e inseguro em homens e mulheres. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020;37.
56. Bradbury TN, Fincham FD. Attributions and behavior in marital interaction. *Journal of personality and social psychology*. 1992;63(4):613.
57. Bradbury TN, Fincham FD, Beach SR. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of marriage and family*. 2000;62(4):964-80.
58. Costa CBd, Cenci CMB, Mosmann CP. Conflito conjugal e estratégias de resolução: uma revisão sistemática da literatura. *Temas em Psicologia*. 2016;24(1):325-38.

59. Rosado JS, Wagner A. Qualidade, ajustamento e satisfação conjugal: revisão sistemática da literatura. *Pensando famílias Porto Alegre* Vol 19, n 2 (dez 2015), p 21-33. 2015.
60. Umberson D, Williams K, Powers DA, Chen MD, Campbell AM. As good as it gets? A life course perspective on marital quality. *Social Forces*. 2005;84(1):493-511.
61. Levy-Shiff R. Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental psychology*. 1994;30(4):591.
62. Mark Cummings E, Keller PS, Davies PT. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(5):479-89.
63. Santos MMd, Böing E, Oliveira ZACd, Crepaldi MA. Diagnóstico pré-natal de malformação incompatível com a vida: implicações psicológicas e possibilidades de intervenção. *Revista Psicologia e Saúde*. 2014;6(1):64-73.
64. Depression W. Other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization. 2017:1-24.
65. Association AP. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Artmed Editora; 2014.
66. Barros IS, Torres ODS. Dificuldades e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico do câncer infantil vivenciado pelas mães em uma organização não governamental em salvador-bahia. *Sempesq*. 2014(16).

## ANEXOS

### Anexo 1 Termo de consentimento livre e esclarecido – Casos

**Título do Projeto:** Apego materno, ajustamento conjugal e depressão no diagnóstico de malformação congênita - estudo caso controle

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a relação das gestantes com feto, o relacionamento do casal em situações de diagnóstico de malformação congênita e informações sociodemográficas. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: será realizada uma entrevista acerca da história da gestação e diagnóstico de malformação fetal e dados sociodemográficos e, além disso, quatro questionários que visam avaliar a relação das gestantes com o feto, a relação conjugal e sintomas de depressão. Este processo dura em média 1 hora.

Não são conhecidos riscos pela participação no estudo, mas poderá haver desconforto emocional durante a aplicação dos questionários, nestes casos, será oferecido o tratamento necessário na continuidade do pré-natal pela psicóloga pesquisadora deste projeto.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação [ex.: despesas de transporte], cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os

resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Em caso de dúvidas você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Prof. Dr. José Antônio Azevedo Magalhães (51-3359.8117), com a pesquisadora Psicóloga Sinara Santos (51-3359.8117) ou o Comitê de Ética em Pesquisa através do fone (51-33597640), das 8h às 17h de segunda à sexta-feira, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

## Anexo 2 Termo de consentimento livre e esclarecido – Controle

**Título do Projeto:** Apego materno, ajustamento conjugal e depressão no diagnóstico de malformação congênita - estudo caso controle

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a relação das gestantes com feto, o relacionamento do casal em situações de diagnóstico de malformação congênita e informações sociodemográficas. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar do grupo controle – **gestantes de bebês sem diagnóstico de malformação congênita**, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: será realizada uma entrevista acerca da história da gestação e dados sociodemográficos e, além disso, você será convidado a responder três questionários que visam avaliar a relação das gestantes com o feto, a relação conjugal e sintomas de depressão. Este processo dura em média 1 hora. Não são conhecidos riscos pela participação no estudo, mas poderá haver desconforto emocional durante a aplicação dos questionários, nestes casos, será oferecido o tratamento necessário na continuidade do pré-natal pela psicóloga pesquisadora deste projeto.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação (ex.: despesas de transporte), cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a

identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Em caso de dúvidas você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Prof. Dr. José Antônio Azevedo Magalhães (51-3359.8117), com a pesquisadora Psicóloga Sinara Santos (51-3359.8117) ou o Comitê de Ética em Pesquisa através do fone 51-33597640, das 8h às 17h de segunda à sexta-feira, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

## Anexo 3 Questionário dados sociodemográficos

**Ficha de entrevista**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**Dados de Identificação Materna**

N. Identificação: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Idade Gestacional:  
\_\_\_\_\_Número de gestações: \_\_\_ Parto: \_\_\_ Cesária: \_\_\_ Aborto: \_\_\_ outros:  
\_\_\_\_\_Tempo de relacionamento atual: \_\_\_\_\_ Pai biológico do bebê ( ) Sim  
( ) NãoDiagnóstico Pré-Natal:  
\_\_\_\_\_

Renda familiar:

( ) até R\$ 1.000,00

( ) até R\$ 2.000,00

( ) até R\$ 3.000,00

( ) mais de R\$ 3.000,00

## Anexo 4 Escala revisada de ajustamento conjugal (R-DAS)

Data: \_\_/\_\_/\_\_ Participante:

N. Identificação: \_\_\_\_\_ Entrevistador (a): \_\_\_\_\_

**A maioria das pessoas têm divergências nos seus relacionamentos. Por favor, indique abaixo qual o nível aproximado da concordância ou divergência entre você e seu esposo (a)/companheiro (a), para cada item da lista que se segue:**

	Sempre concordamos <b>5</b>	Quase sempre concordamos <b>4</b>	Às vezes concordamos <b>3</b>	Frequentemente discordamos <b>2</b>	Quase sempre discordamos <b>1</b>	Sempre discordamos <b>0</b>
1. Assuntos religiosos	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Demonstrações de carinho	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Tomada de decisões importantes	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Relações sexuais	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
5. Regras de comportamento social (por ex. como cumprimentar pessoas, regras à mesa, vestimenta)	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

6. Decisões profissionais	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
7. Com que frequência vocês conversam sobre divórcio, separação ou terminar sua relação?	Sempre <b>0</b>	Quase sempre <b>1</b>	Mais frequentemente e sim do que não <b>2</b>	Às vezes <b>3</b>	Raramente <b>4</b>	Nunca <b>5</b>

8. Com que frequência você e seu esposo(a), companheiro(a) brigam?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
9. Você já se arrependeu de ter casado ou vivido juntos?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
10. Com que frequência você e seu esposo(a), companheiro(a) se irritam muito um com o outro?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

11. Você e seu esposo(a), companheiro(a) fazem coisas juntos fora de casa?	Todos os dias <b>4</b>	Quase todos os dias <b>3</b>	Uma ou duas vezes por semana <b>2</b>	Uma vez por dia <b>1</b>	Mais de uma vez por dia <b>0</b>
---	------------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------	--

**Com que frequência você e seu esposo(a), companheiro(a) fazem as seguintes atividades juntos?**

12. Trocam ideias de uma forma estimulante?	Nunc a <b>0</b>	Menos de uma vez por mês <b>1</b>	Uma ou duas vezes por mês <b>2</b>	Uma ou duas vezes por semana <b>3</b>	Uma vez por dia <b>4</b>	Mais de uma vez por dia <b>5</b>
13. Fazem juntos alguma atividade?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
14. Discutem algum assunto com calma?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

15. Vocês têm conversas interessantes

0

1

2

3

4

5

## ARTIGO

### **Apego materno, ajustamento conjugal e depressão no contexto de malformação congênita: Estudo caso-controle**

#### **Resumo**

Durante uma gestação típica é verificada a construção do vínculo com o bebê e iniciada a transição para parentalidade. Quando são constatadas malformações fetais, isto pode representar um ataque à integridade psíquica dos membros do casal e provocar sentimentos de perda e inadequação, bem como repercutir sobre a relação conjugal. Este estudo investigou o vínculo materno-fetal, a percepção de ajustamento conjugal e sintomas de depressão durante o acompanhamento pré-natal em gestantes cujo bebê recebeu ou não um diagnóstico de malformação fetal. Trata-se de um estudo caso controle, cujo grupo de casos e controles foram compostos por 44 gestantes cada um. A amostra foi recrutada no ambulatório de gestações de alto risco do Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre 2019 e 2022. Foram aplicados um questionário de dados sociodemográficos, a Escala Revisada de Ajustamento Diádico – R-DAS, o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e a Escala de Vínculo Materno Pré-Natal. Análises estatísticas demonstraram ausência de diferenças significativas entre os grupos quanto ao ajustamento conjugal, apego materno-fetal e sintomas depressivos. Porém, gestantes do grupo caso que tinham idade gestacional mais avançada apresentaram sintomas depressivos mais leves. Foi possível verificar como o acompanhamento à saúde mental dessas mulheres é fundamental para proporcionar informação e acolhimento e auxiliar na adaptação à condição do bebê.

**Palavras-chave:** Gestação, Relacionamento Materno-Fetal, Depressão, Vínculo do Casal, Anormalidades Congênitas.

## Introdução

A construção do conceito de um filho ocorre muito antes da concepção. Para os pais, a criação de uma imagem e de um modo de interação com o bebê está marcada em seu psiquismo desde a infância, com manifestações inconscientes do desejo de ter um filho. Se, durante exames clínicos pré-natais, o desenvolvimento do bebê é considerado adequado, resta ao casal aprender a desempenhar as tarefas específicas da parentalidade e vincular-se ao filho<sup>(1, 2)</sup>. Com esta certeza, podem sentir-se mais seguros de sua própria condição de genitores/geradores de vida. Por outro lado, se há constatação de problemas com o feto (e.g., diagnóstico de malformação fetal), isto pode representar um ataque à integridade psíquica dos membros do casal e provocar sentimentos de perda e inadequação<sup>(3, 4)</sup>.

Fatores relacionados à gravidade da malformação fetal, à constituição psíquica do casal e de seus familiares, aos cuidados especializados de saúde recebidos, incluindo a assistência psicológica, são requisitos indispensáveis na preparação conjugal para lidar com um diagnóstico adverso do bebê, levando em conta a possibilidade de óbito fetal ao nascimento ou após o parto<sup>(5, 6)</sup>. A presença de uma malformação fetal é uma experiência complexa, frente a qual os membros do casal procuram, cada um ao seu modo, superar o evento e, ao mesmo tempo, lidar com os reflexos desta situação no seu relacionamento. Desta forma, a comunicação de um diagnóstico de malformação fetal pode ser um momento marcado por sentimentos intensos e caracterizar uma condição traumática, mostrando a relevância do acompanhamento psicológico na rotina de cuidados pré-natais para estes casais/famílias<sup>(7)</sup>.

Em estudo realizado no Hospital Universitário de Oslo com pais cujos filhos apresentavam malformação congênita, ficou evidente a importância do apoio cuidadoso após o diagnóstico pré-natal, que leve em conta as variações na gravidade e as incertezas em relação ao diagnóstico ao se considerar o sofrimento dos pais em resposta à detecção de uma anomalia fetal. A pesquisa sugere que as respostas psíquicas parentais comumente persistem após esse diagnóstico pré-natal. Muitos pais tendem a experimentar angústia duradoura e podem precisar de apoio psicológico adicional durante a gravidez e após o parto<sup>(8)</sup>.

Isso porque o conhecimento da anomalia representa a perda da perspectiva de normalidade do filho. Essa realidade, aliada ao estigma social que circunda a deficiência, promove a quebra nas expectativas de uma vida saudável para a família. Os pais sentem-se emocionalmente afetados, o que, algumas vezes, os leva à sensação de desamparo e incapacidade. Essa condição possibilita a emergência de crises conjugais que podem culminar na separação do casal<sup>(9)</sup>.

De fato, a revelação de uma malformação fetal pode causar uma série de reações, incluindo depressão, rejeição e rompimento de vínculo, seja temporário ou permanente, tanto conjugal quanto com o bebê. Como mencionado, um diagnóstico de malformação no pré-natal pode trazer grande sofrimento para a gestante, seu companheiro e demais familiares, incluindo sentimentos de frustração, culpa, incapacidade e perda, assim como crises no sistema familiar e isolamento social<sup>(10)</sup>.

Particularmente no que tange à relação conjugal, o ajustamento conjugal engloba o consenso (grau de concordância na tomada de decisões pelo casal em assuntos relevantes para o relacionamento), a satisfação (atribuída aos sentimentos sobre o relacionamento) e a coesão (grau de compartilhamento emocional do casal e o engajamento mútuo em atividades a dois)<sup>(11)</sup>. A percepção positiva da gestante acerca do ajustamento conjugal mostra que a estabilidade no relacionamento amoroso pode se constituir em fator de proteção para o desenvolvimento da gestação e a adaptação aos desafios que um diagnóstico adverso do bebê poderá acarretar ao casal, portanto, quanto melhor a capacidade de comunicação, melhor será a saúde psicológica da mulher durante a gravidez<sup>(12)</sup>. Em um estudo realizado por Calou et al.(2018) em duas unidades públicas que prestam serviços de pré-natal e uma unidade privada na cidade de Fortaleza, município do Nordeste do Brasil, foi possível concluir que a gestante que recebe apoio do companheiro tem mais chances de ter uma experiência gestacional positiva<sup>(13)</sup>.

O período pré-natal é marcado pelas expectativas relacionadas à criança esperada. Desta forma, considera-se que, nesse período, já se inicia o apego materno-fetal, determinando a intensidade com que as mulheres exibirão comportamentos que representam uma interação com o bebê que está por vir. Ao filho são atribuídas características de personalidade, idealização de atributos físicos e comportamentais, o que demonstra o estabelecimento de uma relação entre mãe e bebê<sup>(14)</sup>.

Diante dessas considerações, o presente estudo objetivou investigar o vínculo materno-fetal, a percepção de ajustamento conjugal e os sintomas de depressão em gestantes cujos bebês receberam ou não um diagnóstico de malformação fetal. Este estudo pretendeu contribuir para um melhor entendimento destes aspectos e das relações entre eles, visando o aprimoramento da atenção em saúde fornecida a estas pacientes e suas famílias.

Uma revisão da literatura sobre fatores relacionados ao apego pré-natal entre diferentes grupos de gestantes enfatizou que, apesar das inúmeras avaliações e diferentes métodos de estudos, ainda são necessárias investigações nessa área<sup>(15, 16)</sup>. Um estudo que verificou associações entre apego materno-fetal e depressão (Delavari et al., 2018) afirmou que as medidas de atenção à gravidez estão sobretudo preocupadas com os cuidados físicos da dupla mãe-bebê, negligenciando as questões psicológicas. Assim, é preciso investir na preparação de gestantes com sintomas depressivos para a assunção do papel materno, para que as repercussões da depressão possam ser reduzidas<sup>(17)</sup>. Nesse sentido, um estudo prospectivo de corte transversal realizado durante o período de dezembro/2019 a março/2020 com 77 gestantes com diagnóstico de malformação fetal atendidas no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), demonstrou que, mesmo com ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos, gestantes com fetos malformados apresentaram apego materno-fetal médio/alto<sup>(18)</sup>. Essas evidências indicam que a presença de depressão, por si só, pode não impactar o desenvolvimento de uma adequada vinculação da mãe ao bebê com malformação.

Ainda sobre apego pré-natal, em estudo recente realizado por Shreffler et al.(2021), apurou que um nível mais alto de vínculo da gestante com o bebê durante a gestação aponta para uma melhor interação no pós-natal, mesmo naquelas gestantes com gravidez indesejada, concluindo que as intervenções aprimoradas das equipes de atendimento podem reduzir riscos associados a estas condições<sup>(19)</sup>. Outro estudo sobre apego materno-fetal conduzido por Sacchi et al. (2021) demonstrou que há associação negativa entre saúde mental e apego materno-fetal e positivamente quando associado a qualidade e ajuste adequado na relação do casal<sup>(20)</sup>.

Em relação ao ajustamento conjugal no contexto da malformação fetal, Pereira et al. (2016) referiram o efeito tranquilizador do companheiro sobre a gestante<sup>(17)</sup>.

Estudo realizado por Salvador et al. (2021)<sup>(21)</sup> sobre a diagnóstico de malformação cardíaca mostrou que casais que apresentaram uma percepção positiva em seus relacionamentos, mesmo com o diagnóstico adverso recebido, mostraram maior resiliência e enfrentamento com menos sofrimento psíquico.

Planos de acompanhamento de casais em gestação devem ser desenvolvidos com objetivo de promover o apoio dado por seus companheiros com objetivo de possibilitar a compreensão da importância da sua participação na saúde mental da gestante e na adequada formação do apego materno fetal<sup>(22)</sup>. Nesse sentido a necessidade de futuras pesquisas adotarem como foco o casal e atentarem aos fatores positivos que o apoio do companheiro pode ter sobre os cuidados pré-natais e a parentalidade<sup>(23)</sup>, inclusive para mitigar o efeito da presença de psicopatologia materna na gestação e na relação estabelecida com o bebê<sup>(24, 25)</sup>.

Ainda, estudos sobre malformação fetal constata-se ser imprescindível a necessidade de estudos mais aprofundados sobre esta temática, a literatura atual possui linhas de pesquisa escassas que contemplem um direcionamento para cuidados específicos para esta população<sup>(18)</sup>. Estudos com metodologia quantitativa são maioria, porém poucos apresentam grupos de comparação que contemplem diferenças/semelhanças com gestantes com e sem o diagnóstico de malformação fetal, e ainda menos, associando repercussões emocionais decorrentes deste diagnóstico<sup>(26-30)</sup>.

Dessa forma, embora a literatura recente demonstre a relevância das variáveis que são foco do presente estudo, não foram encontradas investigações que abordassem conjuntamente tais variáveis no contexto da malformação fetal. Acreditamos que nosso estudo pode avançar no sentido de compreender essas associações de forma conjunta, na medida em que ajustamento conjugal e depressão podem repercutir sobre o apego materno-fetal. Podemos presumir que existe a necessidade de se desmistificar a incompatibilidade entre apego materno fetal e um diagnóstico adverso na gestação destas pacientes.

## Método

O tamanho amostral utilizado como parâmetro para a realização desta pesquisa foi de 88 gestantes (44 para o grupo com diagnóstico de malformação fetal e 44 para o grupo sem este diagnóstico), conforme critérios de elegibilidade: qualquer tipo de malformação do bebê, qualquer paridade e qualquer idade gestacional. Foram considerados os casos de gestações de alto risco e gestantes que coabitavam com o pai do bebê por pelo menos dois anos. Excluiu-se da amostra participantes com escolaridade inferior ao 5º ano do Ensino Fundamental e com idade inferior a 18 anos.

As gestantes foram convidadas a participar do estudo conforme a demanda acolhida pela instituição (HCPA), após a avaliação obstétrica e o encaminhamento para o setor especializado no diagnóstico, ou seja, para equipe de Medicina Fetal, no caso de malformação fetal, ou para a equipe de Diabetes Melitus Gestacional (DMG) ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), no caso das mães do grupo controle. A instituição (HCPA) é referência para gestações de alto risco, o que facilitou a coleta de dados e permitiu a adoção do delineamento do estudo.

Após o encaminhamento das gestantes para os ambulatórios mencionados, estas eram convidadas a participar do estudo. Todas as participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), confirmando a sua intenção de colaborar com a pesquisa. Após isso, foi realizada uma entrevista estruturada para a coleta de dados sociodemográficos (eg. Idade gestacional, condições de saúde da gestante, escolaridade, ocupação, renda familiar, paridade, e dados obstétricos gerais) por meio de um questionário. Além disso, foram aplicadas escalas para a avaliação das variáveis de interesse. A percepção de ajustamento conjugal foi avaliada a partir da Escala Revisada de Ajustamento Diádico (R-DAS)<sup>(11)</sup>. Trata-se de um questionário de autorrelato composto por 14 itens, cuja avaliação é feita numa escala Likert de 6 pontos. O resultado total varia entre 0 e 69, sendo que acima de 48 pontos considera-se o ajustamento conjugal como bom. O coeficiente alpha de Cronbach deste instrumento corresponde a 0.90, o que demonstra uma elevada consistência interna<sup>(31)</sup>.

Já para verificar a presença de sintomas depressivos foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck, Segunda Edição – BDI-II<sup>(32)</sup>. Este instrumento de autoaplicação é composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade dos

sintomas avaliados a partir de uma escala Likert (de 0 a 3), permitindo a soma de pontuações no intervalo entre 0 e 63. Quanto maior a pontuação, maior a gravidade dos sintomas. Em relação aos pontos de corte, consideram-se valores entre 0 e 13 como “depressão mínima” ou “ausência de depressão”, valores entre 14 e 19 como “depressão leve”, valores entre 20 e 28 como “depressão moderada” e valores acima de 28 como “depressão severa”.

Por fim, para medir a vinculação materno-fetal, foi utilizada a Escala de Vínculo Materno Pré-Natal<sup>(33)</sup>. Este instrumento foca especificamente nos sentimentos, atitudes e comportamentos dirigidos ao feto per se, e não o estado gestacional. É composto por 19 itens, alguns com pontuação crescente de 1 a 5, mas a maioria com pontuação inversa (5 a 1). Os totais de cada sub-escala são obtidos pela soma dos respectivos itens. Notas mais altas indicam um estilo de vinculação mais positivo. O alpha de Chronbach foi 0,72 para a nota global materna.

A coleta aconteceu em uma das salas do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA e teve duração aproximada de 20 minutos. Os dados foram coletados presencialmente entre os meses de agosto de 2019 e maio de 2022. Todos os cuidados sanitários foram tomados em relação à proteção das participantes contra a infecção por COVID-19.

Este projeto seguiu as diretrizes da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tanto em relação aos aspectos éticos quanto metodológicos. Todas as participantes eram acompanhadas pelo Setor de Psicologia dos respectivos Ambulatórios.

Os dados obtidos foram armazenados em Microsoft Excel e analisados no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 28.0. O banco de dados foi duplamente digitado e validado no SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Foram realizadas análises descritivas (eg. Médias, desvios padrões, frequências, porcentagens) para caracterizar a amostra quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas relativas à gestante. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Para comparar médias entre os grupos, o teste *t-student* para amostras independentes foi aplicado. Em caso de assimetria, o teste U de Mann-Whitney foi utilizado. Na comparação de proporções, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram aplicados. Para avaliar a associação entre as escalas, o teste de correlação de Spearman foi utilizado. No controle de fatores confundidores, o modelo de Regressão de Poisson foi aplicado. Foram analisadas as Razões de Prevalências (RP) em conjunto com o intervalo de 95% de confiança. O nível de significância adotado nas análises foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

A amostra do estudo mostrou-se bastante homogênea. Os dados sociodemográficos, especialmente idade, escolaridade, ocupação e renda, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre casos e controles, o que demonstra a adequação do pareamento entre os grupos. Contudo, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à idade gestacional, sendo esta significativamente mais baixa no grupo cujo bebê apresentou diagnóstico de malformação ( $p = 0,003$ ). Como esperado, os motivos de encaminhamento para o setor de Medicina Fetal foram significativamente diferentes entre os grupos, sendo o motivo de “achados na ecografia” ser o mais frequente no grupo malformação, enquanto “nenhum motivo” foi destacado para o controle, com praticamente um terço para Diabetes Melitus Gestacional (DMG), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e outros ( $p < 0,001$ ).

Tabela 1 – Caracterização da amostra em termos sociodemográficos e clínicos (n=88)

Variáveis	Grupo Malformação (n=44)	Grupo Controle (n=44)	P
Idade da mãe (anos) – média $\pm$ DP	27,8 $\pm$ 6,6	28,3 $\pm$ 5,8	0,670
Escolaridade da mãe – n(%)			0,685
Fundamental	8 (18,2)	8 (18,2)	
Médio	30 (68,2)	27 (61,4)	
Superior incompleto	6 (13,6)	9 (20,5)	

Ocupação da mãe – n(%)			0,617
Ativa	32 (72,7)	35 (79,5)	
Não ativa	12 (27,3)	9 (20,5)	
Número de gestações – mediana (P25-P75)	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	0,417
Primigesta – n(%)	18 (40,9)	12 (27,3)	0,261
Parto em gestação anterior – n(%)	18 (40,9)	25 (56,8)	0,201
Cesárea em gestação anterior – n(%)	9 (20,5)	7 (15,9)	0,782
Aborto em gestação anterior – n(%)	11 (25,0)	8 (18,2)	0,604
<b>IG (semanas) – média ± DP</b>	<b>30,3 ± 2,4</b>	<b>32,3 ± 3,5</b>	<b>0,003</b>
Idade do pai (anos) – média ± DP	31,1 ± 6,8	31,5 ± 6,3	0,734
Escolaridade do pai – n(%)			0,664
Fundamental incompleto/completo	9 (20,5)	11 (25,0)	
Médio incompleto/completo	30 (68,2)	26 (59,1)	
Superior incompleto/completo	5 (11,4)	7 (15,9)	
Ocupação do pai – n(%)			1,000
Ativo	43 (97,7)	43 (97,7)	
Não ativo	1 (2,3)	1 (2,3)	
Possui filhos – n(%)	24 (54,5)	29 (65,9)	0,384
Número de filhos – mediana (P25 – P75)	1 (0 – 1)	1 (0 – 1)	0,287
Renda familiar – n(%)			0,227
Até R\$1.000,00	3 (6,8)	1 (2,3)	
Até R\$2.000,00	17 (38,6)	10 (22,7)	
Até R\$3.000,00	17 (38,6)	22 (50,0)	
Mais de R\$ 3.000,00	7 (15,9)	11 (25,0)	
Tempo de relacionamento atual (anos) – mediana (P25 – P75)	4,5 (3 – 6)	6 (3 – 8)	0,248
<b>Motivo do encaminhamento – n(%)</b>			<b>&lt;0,001</b>
Achados ecografia	29 (65,9)	0 (0,0)	
Doença materna	7 (15,9)	0 (0,0)	
Perda materna	7 (15,9)	0 (0,0)	
Idade materna	1 (2,3)	0 (0,0)	
DMG	0 (0,0)	15 (34,1)	
HAS	0 (0,0)	14 (31,8)	
Outros	0 (0,0)	15 (34,1)	

Os tipos de malformações fetais mais frequentes foram, respectivamente, Malformações da Parede Abdominal (25%), Anormalidades Geniturinárias (22,7%) e Anormalidades Gastrointestinais e do Trato Biliar (18,2%), conforme demonstra a Figura 1.

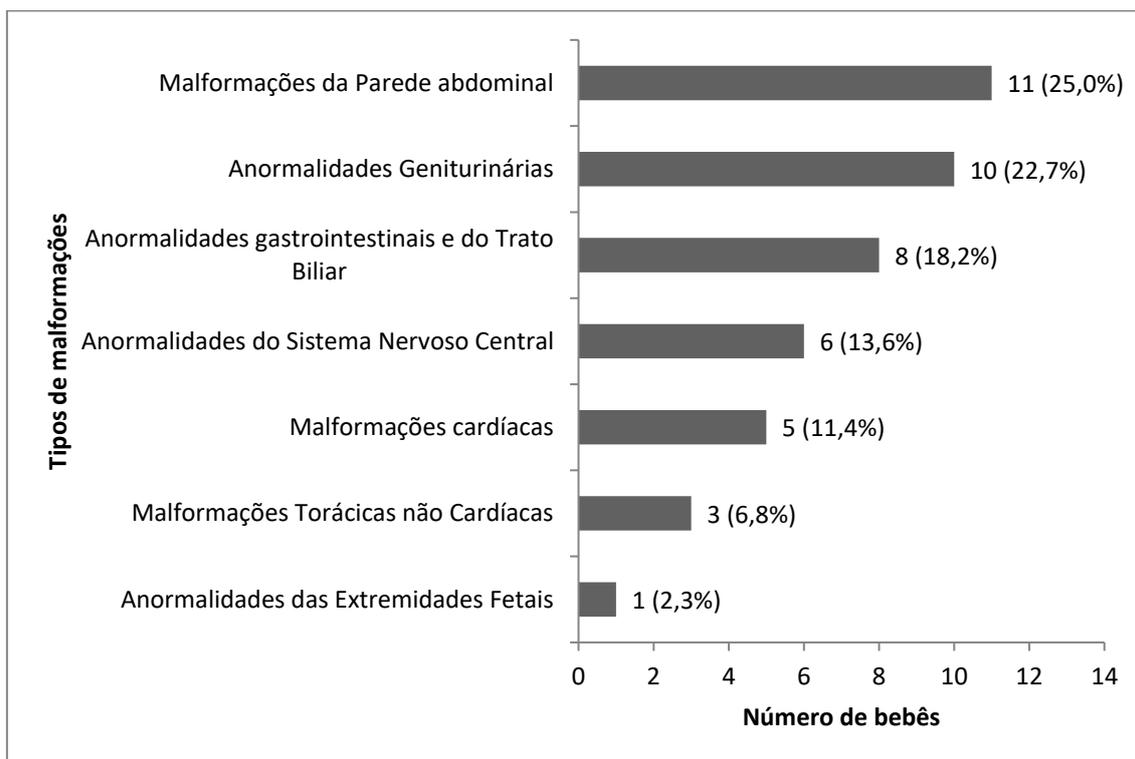


Figura 1 – Distribuição da amostra quanto ao tipo de malformações fetais no grupo casos (n=44)

A Tabela 2 apresenta os escores de ajustamento conjugal, apego materno-fetal e de intensidade de sintomas depressivos obtidos nos dois grupos, de forma comparativa. Apesar de o achado não ter sido significativo ( $p=0,185$ ), observa-se maior frequência de sintomas depressivos moderados e graves no grupo de gestantes cujo bebê recebeu um diagnóstico de malformação. Também uma pontuação global de apego materno-fetal igual ou superior a 82 pontos esteve associada a pertencer ao grupo malformação ( $p=0,033$ ), indicando que neste grupo as mulheres demonstraram uma maior probabilidade de desenvolver um adequado vínculo com o bebê. Em relação à pontuação igual ou superior a 82 pontos nesta escala, as diferenças permaneceram estatisticamente significativas mesmo após o ajuste pela idade gestacional (RP=1,67; IC 95%: 1,01 – 2,75;  $p=0,045$ ), sendo que gestantes do grupo malformação apresentaram uma prevalência 67% maior de apego do que o grupo controle.

Tabela 2 – Comparação entre os grupos quanto aos escores de ajustamento conjugal, apego materno-fetal e intensidade de sintomas depressivos (n=88)

Variáveis	Grupo Malformação (n=44)	Grupo Controle (n=44)	p
<b>BDI pontuação – mediana (P25 – P75)</b>	<b>9 (4 – 16)</b>	<b>5 (3 – 8)</b>	<b>0,010</b>
Classificação BDI – n(%)			0,185
Sem depressão	30 (68,2)	36 (81,8)	
Depressão leve	6 (13,6)	6 (13,6)	
Depressão moderada	5 (11,4)	2 (4,5)	
Depressão grave	3 (6,8)	0 (0,0)	
Escala de Ajustamento Conjugal – n(%)			0,484
Sem problemas	38 (86,4)	41 (93,2)	
Com problemas	6 (13,6)	3 (6,8)	
Apego – média ± DP			
Qualidade do apego	46,3 ± 6,1	45,1 ± 4,2	0,291
Intensidade do apego e preocupação com a gestação	30,7 ± 5,5	29,4 ± 4,0	0,209
Pontuação global	82,0 ± 9,0	79,5 ± 6,5	0,138

É importante ressaltar, ainda, que foi encontrada associação significativamente negativa entre idade gestacional e intensidade de sintomas depressivos ( $r_s=-0,466$ ;  $p=0,001$ ) no grupo malformação, conforme demonstra a Figura 3. Ou seja, quanto maior a idade gestacional, menor a intensidade dos sintomas depressivos no grupo de mães cujos bebês apresentavam uma malformação fetal. No grupo controle, essa associação não se mostrou estatisticamente significativa ( $r_s=-0,148$ ;  $p=0,338$ ).

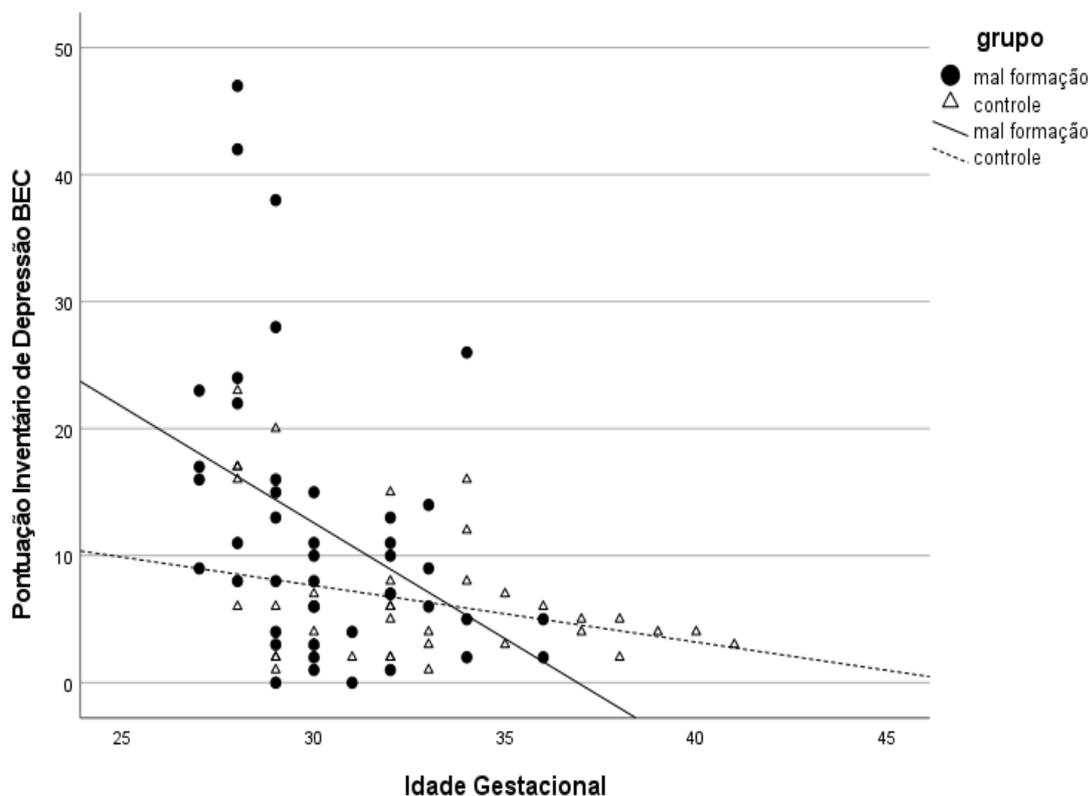


Figura 2 – Associação entre a pontuação no Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e a idade gestacional, conforme grupo em estudo

## Discussão

O objetivo deste estudo foi comparar a intensidade de apego materno-fetal, a percepção de ajustamento conjugal e a presença de sintomas depressivos em gestantes cujos bebês receberam ou não um diagnóstico de malformação fetal. Quanto ao perfil sociodemográfico das gestantes, verificou-se a presença de mulheres jovens, em idade fértil, em ambos os grupos, com predomínio da faixa etária dos 28 anos. A idade das participantes retrata o perfil gestacional brasileiro, que indica maior taxa de partos entre mulheres com idade variando de 20 a 29 anos<sup>(12)</sup>. Ao mesmo tempo, este achado está parcialmente em desacordo com a literatura, que relata que um risco aumentado para risco gestacional nas gestações ocorridas na fase adolescente (antes dos 15 anos), bem como para mulheres com idade acima de 40 anos<sup>(34)</sup>.

Em relação à escolaridade, observou-se que 68,2% das gestantes do grupo caso e 61,4% do grupo controle apresentaram o ensino médio completo. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres tem apresentado índices superiores em escolaridade com o passar dos anos, considerando-se o cenário nacional<sup>(35)</sup>. Entende-se que este resultado de escolaridade média pode favorecer a compreensão sobre o diagnóstico e o prognóstico do bebê, pois, quanto maior a escolaridade, maior a possibilidade de elaboração das informações recebidas.

As gestantes de ambos os grupos também mostraram resultados similares relacionados à ocupação, pois a maior parte delas desenvolviam alguma atividade laboral. Estes achados estão em acordo aos índices encontrados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD, 2021) do IBGE, que apurou que, entre os anos de 2014 e 2019, a taxa de participação feminina no mercado de trabalho cresceu continuamente, chegando a atingir 54,34% em 2019. O perfil de mulheres jovens, de escolaridade média e trabalhadoras corrobora achados de outros estudos quanto ao público que costuma acessar serviços públicos de saúde no Brasil <sup>(35-37)</sup>.

Em relação aos achados ecográficos na amostra, destacou-se as malformações da parede abdominal. Este achado segue a literatura, que indica que malformações congênitas abdominais formam uma classe frequente de patologias cirúrgicas que interferem significativamente na morbimortalidade neonatal, principalmente a gastrosquise e a onfalocele, representando um grave problema de saúde infantil<sup>(38-40)</sup>.

De todo modo, é positivo o fato de as gestantes cujo bebê apresentou um diagnóstico de malformação terem sido diagnosticadas precocemente e referidas para um ambulatório especializado, para um melhor acompanhamento da situação, o que possibilitou um tratamento adequado, prevenindo agravos e sequelas e propiciando um melhor prognóstico, destacando-se a importância da participação de outros profissionais. Esse achado demonstra um bom acesso ao acompanhamento pré-natal e a efetividade desse cuidado desde o início da gestação, o que possibilitou um diagnóstico precoce<sup>(41, 42)</sup>.

O estado civil das gestantes, nos dois grupos, foi de relação estável. Este pode ser um fator que contribuiu positivamente para os achados sobre percepção de ajustamento conjugal e de apego materno-fetal. O período de gestação caracteriza-se por mudanças e novas exigências biopsicossociais. Portanto, a presença do cônjuge é de extrema relevância neste momento, contribuindo para a saúde mental da gestante e, com isso, favorecendo a sua vinculação ao bebê<sup>(43)</sup>. Por outro lado, para além da simples presença, o fato de a amostra apresentar uma percepção positiva de ajustamento conjugal indica que o cônjuge/companheiro parece estar suprindo as necessidades de amor e suporte das gestantes<sup>(44-46)</sup>. De fato, a vantagem numérica relacionada à percepção de ajustamento conjugal mostra que a qualidade no relacionamento do casal promove um maior conforto emocional para a gestante. Estudo realizado por Vescovi et al. (2022) verificou que a comunicação conjugal, dentre outros comportamentos positivos na relação do casal, mostra-se como um aspecto protetivo na elaboração do luto pela perda real de um filho ou mesmo pelo filho idealizado<sup>(29)</sup>.

Mesmo não havendo diferenças estatisticamente significativas, os resultados apresentados mostram que as condições para a presença de sintomas depressivos e percepção de ajustamento conjugal são numericamente mais altas entre as gestantes com diagnóstico de malformação fetal. Observa-se maior frequência de depressão moderada e grave no grupo malformação, apesar de a classificação não ter sido significativa ( $p=0,185$ ). É importante ressaltar que houve associação significativamente negativa entre idade gestacional e intensidade de sintomas depressivos no grupo malformação: quanto maior a idade gestacional, menor a intensidade dos sintomas depressivos nas mães cujos bebês eram malformados, sendo que, no grupo controle, essa associação não foi estatisticamente significativa.

No caso de depressão, o resultado aponta para a relevância de ações de prevenção em saúde mental no contexto pré-natal. Esses achados alinham-se à literatura, que aponta que, quando há a constatação de problemas com o feto, isto pode representar um ataque à integridade psíquica da gestante ou do casal, além de provocar sentimentos de perda e inadequação. A presença dessa condição do bebê tende a despertar respostas emocionais semelhantes às desencadeadas em processos de luto, o que explica a presença de sintomas depressivos de maior

intensidade. Trata-se de um fato que marca o início de um período de grande estresse físico e emocional<sup>(47)</sup>.

Estudo por Kaasen et al.(2013), realizado com dois grupos de gestantes, um com diagnóstico de malformação fetal e outro com gestação típica, também demonstrou que as gestantes cujos bebês apresentavam anomalias fetais (identificadas no segundo trimestre) apresentaram inicialmente altos níveis de estresse psicológico. No entanto, durante a gravidez, o nível de estresse diminuiu em comparação com as mulheres com exames ultrassonográficos normais<sup>(48)</sup>. Assim, a diferença encontrada neste estudo entre as gestantes do grupo casos e do grupo controles<sup>(49)</sup> pode ser decorrente do cuidado dispensado às pacientes pela equipe do HCPA. Isso porque, assim que as pacientes gestantes recebem um diagnóstico de malformação fetal do bebê pela equipe médica, elas são encaminhadas para o Serviço de Psicologia para acompanhamento, que prossegue até o período pós-natal. Cabe salientar que, no presente estudo, o conhecimento do diagnóstico desde o início da gestação era um dos critérios de inclusão adotados, bem como estar no terceiro trimestre gestacional. Portanto, as gestantes do grupo caso já se encontravam em um processo de elaboração emocional do diagnóstico no momento da participação na pesquisa. Este acompanhamento prioriza a preparação materna antecipada ao parto, reduzindo potenciais impactos negativos do diagnóstico no apego ao bebê. Portanto, estas mães se encontraram em uma condição psicológica que propicia um vínculo adequado com o bebê, o que pode explicar os achados.

A intervenção do psicólogo aos pais que recebem o diagnóstico de malformação deve ser de acolhimento e oferecimento de um espaço para que expressem seus sentimentos e possam elaborar suas emoções e dificuldades. Essa modalidade de apoio possibilita a aceitação e a preparação para acolher um filho malformado<sup>(3)</sup>. De outro modo, a pontuação global igual ou superior a 82 pontos associada ao grupo malformação ( $p=0,033$ ) na variável apego materno-fetal também pode ser explicada justamente pelo risco da perda do feto. Assim, as gestantes podem estar utilizando a vinculação como um mecanismo de defesa e proteção diante da possibilidade de morte do bebê durante a gestação, o que lhes causaria sofrimento.

Dentre os achados do presente estudo, embora tenha sido observada maior frequência de depressão moderada e grave no grupo de gestantes cujo bebê recebeu um diagnóstico de malformação, a qualidade do apego, intensidade e preocupação com a gestação apresentaram pontuação elevada em ambos os grupos.. Estudos demonstram que não há associação entre transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade, e baixa prevalência de apego materno-fetal e indicam que, quanto mais precoce é identificada e conhecida pela gestante a malformação, mais tempo ela tem para criar estratégias de aceitação e elaboração da situação<sup>(42, 47, 50)</sup>.

O fato de o grupo controle ser formado por gestantes consideradas como de alto risco por DMG e HAS parece não ter afetado significativamente nos resultados referentes ao apego materno-fetal, corroborando a literatura da área. Estudos afirmam que a existência destes diagnósticos maternos podem implicar em níveis mais elevados de depressão, porém, não impedem a formação da relação de apego entre elas e seus filhos<sup>(18, 51)</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Diante dos dados analisados, percebe-se que as gestantes do grupo cujo bebê apresentou um diagnóstico de malformação fetal com menor idade gestacional demonstraram sintomas depressivos mais intensos, talvez pelo impacto do diagnóstico. Índices de qualidade do apego materno-fetal, no caso, intensidade e preocupação com a gestação, foram elevados em ambos os grupos, provavelmente pelas características clínicas da amostra (gestações de alto risco = grupo controle; gestações com presença de malformação fetal = grupo caso). As gestantes, em ambos os grupos, mesmo diante dessas condições de saúde, mostraram envolvimento com seus bebês. Por fim, a percepção das gestantes de ambos os grupos sobre o ajustamento conjugal mostrou-se positiva. Embora o delineamento do estudo não permita estabelecer relações causais, hipotetiza-se que esse achado pode em parte contribuir para o apego demonstrado ao bebê e à adaptação das participantes ao diagnóstico de malformação ou mesmo à condição de risco gestacional.

Não se pode esquecer que a amostra do estudo se constitui de dois grupos de mulheres com gestações não típica, que recebiam acompanhamento de saúde mental desde a entrada no ambulatório do hospital, o que parece ter sido fundamental para proporcionar-lhes informações e acolhimento às diferentes condições clínicas. Futuros estudos poderiam comparar e compreender melhor as repercussões desse tipo de acompanhamento na adaptação das gestantes ao diagnóstico de malformação fetal. Também seria importante realizar estudos longitudinais, para aprofundar a compreensão das variáveis deste estudo desde o momento do diagnóstico até o final da gestação, o que também será útil para o aprimoramento das intervenções psicológicas junto a esses grupos. Ainda, estudos sobre as mesmas variáveis em mulheres cujo bebê possui um diagnóstico de malformação congênita incompatível com a vida seriam oportunos para destacar as singularidades dessa experiência, o que seria bastante útil para intervenções, como já mencionado. Por fim, outros estudos poderiam abordar especificamente nas gestantes com diagnóstico de malformação congênita o efeito e as possíveis repercussões positivas de uma abordagem psicológica sistemática, com acompanhamento por um prazo maior, incluindo gestação e puerpério.

## Referencias

1. Marten Milbrath V, Heckler de Siqueira HC, Corso da Motta MdG, Coelho Amestoy S. Família da criança com paralisia cerebral: percepção sobre as orientações da equipe de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2012;21(4).
2. Stern DN, Veronese MAV. A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê: Artes Médicas; 1997.
3. Machado MEdC. Casais que recebem um diagnóstico de malformação fetal no pré-natal:: uma reflexão sobre a atuação do Psicólogo Hospitalar. *Revista da SBPH*. 2012;15(2):85-95.
4. Vasconcelos L, Petean EBL. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2009;10(1):69-82.
5. Medeiros ACR, Vitorino BLdC, Spoladori IC, Maroco JC, Silva VLMd, Salles MJS. Sentimento materno ao receber um diagnóstico de malformação congênita. *Psicologia em Estudo*. 2021;26.
6. Setúbal MS, Barini R, Zaccaria R, Silva J. Reações psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação fetal. Programa de medicina fetal Departamento de tocoginecologia da faculdade de ciências médicas Brasil. 2004.

7. Aite L, Zaccara A, Mirante N, Nahom A, Trucchi A, Capolupo I, et al. Antenatal diagnosis of congenital anomaly: a really traumatic experience? *Journal of Perinatology*. 2011;31(12):760-3.
8. Bekkhus M, Oftedal A, Braithwaite E, Haugen G, Kaasen A. Paternal psychological stress after detection of fetal anomaly during pregnancy. A prospective longitudinal observational study. *Frontiers in Psychology*. 2020:1848.
9. Değirmenci F, Vefikuluçay Yılmaz D. The relationship between psychosocial health status and social support of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2020;41(4):290-7.
10. Santos MMd, Böing E, Oliveira ZACd, Crepaldi MA. Diagnóstico pré-natal de malformação incompatível com a vida: implicações psicológicas e possibilidades de intervenção. *Revista Psicologia e Saúde*. 2014;6(1):64-73.
11. Busby DM, Christensen C, Crane DR, Larson JH. A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1995;21(3):289-308.
12. Alipour Z, Kazemi A, Kheirabadi G, Eslami A-A. Marital communication skills training to promote marital satisfaction and psychological health during pregnancy: a couple focused approach. *Reproductive health*. 2020;17(1):1-8.
13. Calou CGP, de Oliveira MF, Carvalho FHC, Soares PRAL, Bezerra RA, de Lima SKM, et al. Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. *Health and quality of life outcomes*. 2018;16(1):1-10.
14. Borges MM, Petean EBL. Malformação fetal: enfrentamento materno, apego e indicadores de ansiedade e depressão. *Revista da SPAGESP*. 2018;19(2):137-48.
15. Atashi V, Kohan S, Salehi Z, Salehi K. Maternal-fetal emotional relationship during pregnancy, its related factors and outcomes in Iranian pregnant women: a panel study protocol. *Reproductive health*. 2018;15(1):1-7.
16. Cunha ACBd, Pereira Junior JP, Caldeira CLV, Carneiro VMSdP. Diagnosis of congenital malformations: Impact on the mental health of pregnant women. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2016;33(4):601-11.
17. Delavari M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. The relationship of maternal-fetal attachment and postpartum depression: A longitudinal study. *Archives of psychiatric nursing*. 2018;32(2):263-7.
18. Souza GFdA, Souza ASR, Praciano GdAF, França ESLd, Carvalho CF, Paiva Júnior SdSL, et al. Maternal-fetal attachment and psychiatric disorders in pregnant women with malformed fetuses. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2021;71:40-9.
19. Shreffler KM, Spierling TN, Jespersen JE, Tiemeyer S. Pregnancy intendedness, maternal–fetal bonding, and postnatal maternal–infant bonding. *Infant mental health journal*. 2021;42(3):362-73.
20. Sacchi C, Miscioscia M, Visentin S, Simonelli A. Maternal–fetal attachment in pregnant Italian women: multidimensional influences and the association with maternal caregiving in the infant’s first year of life. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021;21(1):1-8.
21. Salvador M, Vilaregut A, Moyano R, Ferrer Q, Gómez O, Moratalla T, et al. Psychological distress, dyadic adjustment and family dynamics after prenatal diagnosis of congenital heart disease. *Anales de Pediatría (English Edition)*. 2022;97(3):179-89.

22. Abasi E, Borghei NS, Farjamfar M, Goli S, Keramat A. Mothers' Experiences of Husband's Involvement in Maternal Fetal Attachment: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2022;16(1).
23. Waller MR, Bitler MP. The link between couples' pregnancy intentions and behavior: Does it matter who is asked? Perspectives on sexual and reproductive health. *2008;40(4):194-201*.
24. Moraes EVd, Campos RN, Avelino MM. Depressive symptoms in pregnancy: the influence of social, psychological and obstetric aspects. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2016;38(6):293-300.
25. Morais AODdS, Simões VMF, Rodrigues LdS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CAd, et al. Maternal depressive symptoms and anxiety and interference in the mother/child relationship based on a prenatal cohort: an approach with structural equations modeling. *Cadernos de Saude Publica*. 2017;33(6):e00032016-e.
26. Ács L, Bányai D, Nemes B, Nagy K, Ács N, Bánhidly F, et al. Maternal-related factors in the origin of isolated cleft palate—A population-based case-control study. *Orthodontics & Craniofacial Research*. 2020;23(2):174-80.
27. Taye M, Afework M, Fantaye W, Diro E, Worku A. Factors associated with congenital anomalies in Addis Ababa and the Amhara Region, Ethiopia: a case-control study. *BMC pediatrics*. 2018;18(1):1-11.
28. Ghaffari-Rafi A, Gorenflo R, Hu H, Viereck J, Liow K. Role of psychiatric, cardiovascular, socioeconomic, and demographic risk factors on idiopathic normal pressure hydrocephalus: a retrospective case-control study. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2020;193:105836.
29. Nhoncane GC, Germano CMR, Avó LRdSd, Melo DG. Maternal and perinatal aspects of birth defects: a case-control study. *Revista Paulista de Pediatria*. 2014;32:24-31.
30. Trevilato GC, Riquinho DL, Mesquita MO, Rosset I, Augusto LGdS, Nunes LN. Congenital anomalies from the perspective of social determinants of health. *Cadernos de Saúde Pública*. 2022;38.
31. Hollist CS, Falceto OG, Seibel BL, Springer PR, Nunes NA, Fernandes CLC, et al. Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2016;11(38):1-13.
32. Gorenstein C, Pang W, Argimon I, Werlang B. *Inventário Beck de Depressão-II*. Manual São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. 2011.
33. Condon JT. The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British journal of medical psychology*. 1993;66(2):167-83.
34. *Estratégias. BMdSSdAPàSDdAP. Manual de Gestaçã de Alto Risco* 2022.
35. *Estatística I-OIBdGe. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2019. 2021 [2º edição:]*
36. Rodrigues MAS, Moreira KFA, Fernandes DER, de Sousa Pinheiro A, de Melo NC, de Abrantes Pereira JCR. Perfil de gestantes adolescentes e adultas jovens acompanhadas por uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2022;15(2):e9660-e.
37. Nery NG, das Chagas Paiva EM, dos Santos SVM, Ribeiro PM, Leite EPRC, de Souza Terra F. Perfil de mulheres no período gestacional atendidas em Estratégias de Saúde da Família. *Enfermagem Brasil*. 2021;20(3):334-52.

38. Schwengber E, de Moura NMP, de Assis CRP. Incidência de Defeitos Abdominais Congênitos: Gastrosquise e Onfalocele-Revisão da Literatura. *Revista de Patologia do Tocantins*. 2021;8(4):20-6.
39. Barboza-Argüello MdIP, Benavides-Lara A. Prevalencia al nacimiento de gastrosquisis y onfalocele en Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*. 2018;60(1):35-41.
40. Ferreira MdMM, Ceccon MEJR. Caracterização do perfil das gestantes e seus recém-nascidos com defeitos congênitos da parede abdominal: gastrosquise ou onfalocele. 2020.
41. Silva LDC, Pavão TdCA, Souza JCB, Frias LdMP. Diagnóstico precoce das cardiopatias congênitas: Uma revisão integrativa. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750*. 2018;9.
42. Fontoura FC, Cardoso MVLML, Rodrigues SE, Almeida PCd, Carvalho LB. Anxiety of mothers of newborns with congenital malformations in the pre-and postnatal periods. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2018;26.
43. Hernandez JAE, Hutz CS. Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*. 2009;40(4).
44. Coleman H. Transition to motherhood: a study of the experience of primiparous mothers in the six weeks following discharge from maternity hospital. Unpublished BNS thesis University College Dublin. 1989.
45. Pereira-Silva NL. Estresse e Ajustamento Conjugal de Casais com Filho (a) com Síndrome de Down. *Interação*. 2016.
46. COSTA CBd, MOSMANN CP. Aspectos do relacionamento conjugal que caracterizam apego seguro e inseguro em homens e mulheres. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020;37.
47. Souza GFdA, Souza ASR, Praciano GdAF, França ESLd, Carvalho CF, Paiva Júnior SdSL, et al. Apego materno-fetal e transtornos psiquiátricos em gestantes com fetos malformados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2021;71:40-9.
48. Kaasen A, Helbig A, Malt UF, Naes T, Skari H, Haugen GN. Paternal psychological response after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies with a comparison to maternal response: a cohort study. *BMC Pregnancy and childbirth*. 2013;13(1):1.
49. Titapant V, Chuenwattana P. Psychological effects of fetal diagnoses of non-lethal congenital anomalies on the experience of pregnant women during the remainder of their pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2015;41(1):77-83.
50. Kaasen A, Helbig A, Malt UF, Næs T, Skari H, Haugen G. Maternal psychological responses during pregnancy after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies: A prospective longitudinal observational study. *PLoS One*. 2017;12(3):e0174412.
51. Saviani-Zeoti F, Petean E. Maternal-fetal attachment, anxiety, and depression in normal and high-risk pregnancies: A comparative study. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2015;32(4):675-83.