

# Apego materno fetal em gestantes que vivem com HIV/Aids

**Evelise Rigoni de Faria**

*Grupo Hospitalar Conceição*

**Tonantzin Ribeiro Gonçalves**

*Universidade do Vale do Rio dos Sinos*

**Fernanda Torres de Carvalho**

*Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul*

**Patrícia Pereira Ruschel**

*Fundação Universitária de Cardiologia*

**Rita de Cássia Sobreira Lopes**

**Cesar Augusto Piccinini**

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

## Resumo

A gestação no contexto do HIV/Aids é geralmente acompanhada de intensa ansiedade devido à possível transmissão materno infantil do vírus. Este estudo investigou o apego materno fetal em gestantes que viviam com HIV ( $n = 88$ ), em comparação a gestantes não portadoras do vírus ( $n = 79$ ), através da Escala de Apego Materno fetal. Os resultados não revelaram diferenças entre as gestantes quanto ao escore total de apego materno fetal. Entretanto, os dados sugerem que o apego materno fetal pode se manifestar de maneira peculiar entre as gestantes que vivem com HIV/Aids: as interações mãe-bebê parecem focar o momento presente da gestação, e os cuidados de saúde com o bebê parecem atrelados àqueles voltados à saúde materna diante da infecção. É possível que a escala não seja suficientemente sensível para eventuais diferenças associadas ao contexto do HIV/Aids. Sugere-se que novos estudos revisem os itens da escala visando maior aproximação das particularidades suscitadas pela infecção quanto ao apego materno fetal.

**Palavras-chave:** relações materno-fetais; gravidez; HIV.

## Abstract

*Maternal-fetal attachment in pregnant mothers living with HIV/Aids.* Pregnancy in the context of HIV/AIDS is usually accompanied by intense anxiety due to the possibility of mother-to-child HIV transmission. This study investigated the maternal-fetal attachment in pregnant mothers living with HIV/AIDS ( $n = 88$ ), compared to pregnant mothers without HIV ( $n = 79$ ), considering their answers to the Maternal-Fetal Attachment Scale. The results showed no differences on maternal-fetal attachment among the participants. However, findings show a peculiar way of maternal-fetal attachment among pregnant mothers living with HIV/AIDS. Mother-baby interactions seem to focus more on the present moment, and the baby health care in pregnancy is linked to the mother HIV treatment. The scale might not be sensitive enough to find differences associated with the context of HIV/AIDS. Further studies are important to review the scale items in order to get closer to the peculiarities related to HIV and maternal-fetal attachment.

**Keywords:** maternal fetal relations; pregnancy; HIV.

## Resumen

*Apego materno-fetal en mujeres embarazadas que viven con el VIH/SIDA.* La gestación en el contexto del VIH/SIDA es acompañada de intensa ansiedad debido a la posible transmisión madre-hijo del virus. Este estudio investigó el apego materno-fetal en embarazadas que viven con VIH ( $n = 88$ ), en comparación con mujeres embarazadas sin el virus ( $n = 79$ ), que respondieron la Escala de Apego Materno-Fetal. Los resultados no mostró diferencias en apego materno-fetal entre las mujeres, pero sugieren que este se puede manifestar de una manera peculiar entre las que viven con el VIH/SIDA: la interacción madre-hijo parece centrar el momento presente del embarazo y la atención a la salud del bebé parece vinculada a los cuidados con la salud de la madre. Es posible que la escala no sea suficientemente sensible a las diferencias relacionadas con el VIH. Se sugiere nuevos estudios que revisen la escala para lograr mayor armonización con las particularidades del contexto del HIV y el apego materno-fetal.

**Palabras clave:** relaciones materno-fetales; embarazo; VIH.

A maternidade no contexto do HIV/Aids tem sido um tema recentemente abordado em estudos científicos, sobretudo da área da saúde. O interesse na temática vem crescendo, em particular no contexto brasileiro, devido ao aumento de casos de infecção pelo HIV/Aids entre mulheres em idade reprodutiva (Brasil/MS, 2010). Estes dados são preocupantes devido à possibilidade de transmissão materno infantil do HIV, ou seja, quando o vírus é transmitido da mãe para o bebê durante gestação, trabalho de parto, parto e amamentação (Brasil/MS, 2006). Felizmente, a transmissão materno infantil tornou-se passível de prevenção mediante realização de um conjunto de medidas profiláticas, adotadas no Brasil desde 1996. Estas medidas vêm reduzindo as chances de o bebê se infectar de aproximadamente 30% para zero a 2%, e incluem: testagem anti-HIV no pré-natal; uso de antirretrovirais pelas mulheres portadoras de HIV durante gestação, trabalho de parto e parto; cesariana eletiva; uso de antirretrovirais e de medicação para prevenção de pneumonia pelo bebê nos primeiros meses de vida; e a contra-indicação do aleitamento materno (Brasil/MS, 2006).

Afora todas as especificidades e tarefas cotidianas que envolvem a convivência com uma doença crônica e os procedimentos necessários para prevenir a infecção do bebê, as gestantes que vivem com HIV/Aids também estão vivenciando um período de transição repleto de mudanças do ponto de vista emocional e familiar, decorrentes da maternidade. Esta sobreposição de tarefas – próprias da infecção e da maternidade – podem tornar a gestação no contexto do HIV/Aids muito complexa, decorrendo em inúmeras dificuldades adicionais a este momento. Estudos com gestantes que viviam com HIV/Aids identificaram diversas preocupações, mas também satisfações associadas a este período (Carvalho & Piccinini, 2006; Faria & Piccinini, 2010; Sanders, 2008). Estiveram presentes sentimentos associados ao medo e à culpa diante da possível infecção do bebê, ao medo de que este viesse a falecer, ou de que as próprias gestantes viessem a morrer ou adoecer e não pudessem acompanhar o crescimento de seus filhos. Alguns procedimentos do tratamento profilático também parecem causar ambivalências entre as gestantes, como é o caso da frustração devido à impossibilidade de amamentar (Faria & Piccinini, 2010; Moreno, Rea, & Filipe, 2006), e de preocupações com possíveis efeitos colaterais da medicação profilática sobre o desenvolvimento do bebê e sobre sua própria saúde (Sanders, 2008). Preocupações com o estigma social e o preconceito também são comumente reportados por estas gestantes (Carvalho & Piccinini, 2006; Sanders, 2008), contribuindo para uma maior suscetibilidade desta população a sintomas depressivos (Rochat et al., 2006). Além disso, muitos medos relativos ao estigma e à possibilidade de infecção do bebê ainda podem permanecer por vários meses após o nascimento (D'Auria, Christian, & Miles, 2006; Faria & Piccinini, 2010; Gonçalves & Piccinini, 2008). Outras preocupações também podem estar presentes entre estas mães ao longo do desenvolvimento de seus filhos, como dificuldades de realizarem planos para o futuro, por serem portadoras de um vírus ainda sem cura, além da preocupação em garantirem cuidados adequados aos filhos no caso de virem a falecer (Hebling & Hardy, 2007).

Afora estas dificuldades, diversos estudos também referem

satisfações com a maternidade, apesar do HIV. Estudos com gestantes revelaram que a maternidade permaneceria idealizada e mais valorizada do que a soropositividade, sendo inclusive uma oportunidade de reposicionamento frente à infecção, já que as gestantes precisam assumir a doença e proceder ao tratamento profilático em favor dos filhos (Carvalho & Piccinini, 2006; Moura & Praça, 2006). Por outro lado, apesar do medo da possível infecção do bebê, as gestantes tendem a se mostrar confiantes no tratamento preventivo da transmissão materno infantil (Moura & Praça, 2006). Estudos envolvendo os primeiros meses do bebê têm revelado forte afeto materno em relação ao filho, além de uma constatare necessidade destas mães de estarem próximas de seus bebês e realizarem todos os cuidados necessários (D'Auria et al., 2006; Gonçalves & Piccinini, 2008). Ainda, especificamente no que se refere à relação mãe-bebê, esta não parece ser negativamente afetada pela presença do vírus HIV, sobretudo quando há presença de apoio familiar, relacionamento positivo com a figura materna e acesso ao tratamento especializado (Faria & Piccinini, 2010). Outros estudos revelam, ainda, que estas mães lançam esforços no sentido de proteger o filho da infecção e do estigma, e de manter uma identidade materna positiva (Sandelowski & Barroso, 2003).

Embora estes estudos auxiliem na compreensão do cenário envolvendo a gestação e a maternidade no contexto do HIV/Aids, alguns constructos ainda não foram investigados neste contexto, como por exemplo, o de apego materno fetal. Este constructo foi desenvolvido por Cranley, em 1981, e definido como a intensidade com que as mulheres se engajam em comportamentos que representam afiliação e interação com seus bebês, antes do nascimento (Cranley, 1981). Segundo a autora, o apego materno fetal teria importantes implicações para a relação mãe-filho e, consequentemente, para o desenvolvimento infantil.

Partindo da teoria do apego, a referida autora oferece uma nova dimensão ao postular que a origem do apego entre a mãe e seu bebê começa a se delinear ainda na gestação. Tomando por base estudos de inspiração psicanalítica e da psicologia do desenvolvimento, Cranley (1993) enfatizou que o desenvolvimento físico do bebê durante a gestação, ocorreria simultaneamente ao desenvolvimento psíquico da mulher, durante a transição para a maternidade. Para fins de operacionalização deste constructo, Cranley (1981) desenvolveu a Escala de Apego Materno fetal (*Maternal-Fetal Attachment Scale - MFAS*), que tem sido utilizada em diversos estudos com o intuito de identificar variáveis que possam influenciar o apego entre mãe e bebê, tais como: ultrassonografia obstétrica (Gomes, 2003), depressão materna (Lindgren, 2001), história anterior de aborto (Tsartsara & Johnson, 2006), etnia (Ahern & Ruland, 2003), dentre outras.

Por meio de uma revisão de estudos sobre apego materno fetal, desenvolvidos entre 1980 e 2004, Cannella (2005) identificou inconsistências entre os resultados dos estudos associando variáveis psicossociais e demográficas ao apego materno fetal. Por outro lado, os estudos reportaram, mais consistentemente, correlações positivas entre apego materno fetal e variáveis associadas à gravidez, tais como idade gestacional, percepção de movimentos fetais, conhecimento do sexo do bebê e expectativas de amamentar. Já a revisão sistemática desenvolvida

por Alhusen (2008), envolvendo estudos publicados entre 2000 e 2007, identificou outros fatores que parecem afetar positivamente o apego materno fetal, a saber, apoio familiar, bem-estar emocional e realização de ultrassonografia. Ao mesmo tempo, fatores como depressão, ansiedade e uso de drogas estiveram associadas a menores índices de apego materno fetal. No entanto, cabe ressaltar que ambas as revisões sistemáticas referiram limitações entre os estudos incluídos que dificultavam estabelecer conclusivamente associações entre apego materno fetal e as diversas variáveis estudadas, seja em função de pequenas amostras utilizadas, ou pela própria heterogeneidade entre os estudos. Uma tentativa de melhor compreensão de fatores preditores de apego materno fetal foi realizada por Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks e Cannella (2009) mediante revisão da literatura associada à meta-análise, considerando 72 estudos publicados entre 1981 e 2006. Entre as variáveis identificadas, a idade gestacional foi aquela que apresentou maior efeito preditor do apego materno fetal, enquanto apoio social e acompanhamento pré-natal mostraram efeito moderado. Menor poder preditor foi associado às seguintes variáveis: ansiedade, autoestima, depressão, gravidez planejada, idade, número de filhos, situação conjugal, renda e escolaridade.

Se, por um lado, é possível identificar estudos avaliando a relação entre apego materno fetal e variáveis sociodemográficas, psicológicas e gestacionais, por outro lado, poucos estudos investigaram a relação específica entre apego materno fetal e saúde materna. Yarcheski et al. (2009) avaliaram a influência da gestação de alto-risco sobre o apego materno fetal, sem, no entanto, detalhar quais condições de saúde materna foram contempladas na condição de alto-risco. As análises não identificaram relações significativas entre as variáveis. Já Tsartsara e Johnson (2006) avaliaram a influência de história anterior de aborto sobre o apego materno fetal, e não encontraram diferenças no que se refere ao apego materno fetal destas gestantes em comparação a um grupo de gestantes sem história prévia de aborto. Cabe ressaltar que em ambos os estudos, não fica claro se as gestantes avaliadas apresentavam algum problema de saúde crônico, ou se a condição de alto-risco estava circunscrita ao contexto gestacional daquele momento.

Pode-se constatar que diversos estudos têm trabalhado na direção de identificar fatores que possam afetar o apego materno fetal. Conjuntamente, estes esforços reforçam a importância de se desenvolver mais pesquisas sobre o tema para que se possa alcançar uma melhor compreensão do relacionamento mãe-bebê após o nascimento, bem como do desenvolvimento infantil. Embora diversos aspectos tenham sido estudados visando identificar possíveis associações com o apego materno fetal, poucos dizem respeito à saúde materna e nenhum foi encontrado fazendo referência à situação específica de infecção pelo HIV. Considerando-se ser esta uma doença crônica que tem afetado fortemente a população feminina, e que traz particularidades importantes ao período da gestação devido à possibilidade da transmissão materno infantil, torna-se relevante investigar se o contexto de infecção pelo HIV influencia o apego materno fetal entre estas gestantes. Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi investigar o apego materno fetal em gestantes que

vivem com HIV/Aids, em comparação a um grupo de gestantes não portadoras do vírus. Considerando as particularidades da infecção pelo HIV e a sobrecarga de tarefas e preocupação presentes entre as gestantes vivendo com HIV/Aids, a hipótese do estudo era de que o apego materno fetal seria afetado negativamente nestas gestantes, quando comparadas a gestantes que não vivenciam este contexto.

## Método

### *Participantes*

Participaram deste estudo 167 gestantes adultas, das quais 53% ( $n = 88$ ) viviam com o vírus HIV enquanto as demais (47%;  $n = 79$ ) não eram portadoras do vírus. A grande maioria das gestantes (95%) estava no último trimestre de gestação. Todas realizavam acompanhamento pré-natal em serviços ligados ao sistema público de saúde.

As gestantes que viviam com HIV/Aids faziam parte do projeto “Aspectos Psicossociais, Adesão ao Tratamento e Saúde da Mulher no Contexto do HIV/AIDS: Contribuições de um Programa de Intervenção da Gestação ao Segundo Ano de Vida do Bebê – PSICAIDS” (Piccinini et al., 2005). Este projeto envolveu 90 gestantes e teve por objetivo caracterizar aspectos psicossociais associados à maternidade e à relação mãe-bebê no contexto do HIV, bem como avaliar efeitos de uma intervenção psicoeducativa realizada na gestação. Todas as gestantes realizaram uma avaliação inicial na gestação. Após este primeiro momento, 64 gestantes foram acompanhadas até o segundo ano de vida do bebê, enquanto 26 participaram de uma intervenção na gestação e foram acompanhadas até o primeiro ano do bebê. Todas as gestantes do referido projeto estavam em acompanhamento médico em um centro de referência em HIV/Aids. Os dados do presente estudo se referem à avaliação inicial realizada na gestação, cuja coleta ocorreu em um serviço de saúde especializado no atendimento a gestantes portadoras de HIV/Aids. Duas participantes foram excluídas do presente estudo porque apresentavam dados incompletos no que se refere à avaliação do apego materno fetal.

As 79 gestantes não portadoras do vírus HIV faziam parte de outro projeto que investigava apego materno fetal na presença de cardiopatia congênita denominado “O Apego da Mãe com o Feto Quando Existe Diagnóstico de Cardiopatia Fetal” (Ruschel, 2008). Este projeto envolveu gestantes que participaram de um programa de rastreamento gratuito para cardiopatia fetal. Os ecocardiogramas fetais foram oferecidos como parte da rotina de atenção pré-natal a gestantes acompanhadas em postos de saúde. Essas gestantes eram consideradas de baixo-risco para alterações cardíacas fetais. Aquelas cujo exame indicou presença de malformações cardiovasculares fetais foram encaminhadas ao atendimento especializado e reavaliadas durante a gestação. As demais, que não apresentaram maiores problemas de saúde, incluindo a infecção pelo HIV, seguiram o acompanhamento pré-natal regular. Para fins do presente estudo, foram incluídas 79 gestantes adultas não portadoras do vírus HIV e cujos bebês se desenvolviam bem, formando um grupo de comparação.

### *Delineamento, procedimentos e instrumentos*

Trata-se de um estudo transversal de grupos contrastantes (Nachmias & Nachmias, 1996) envolvendo dois grupos: Grupo 1, gestantes com diagnóstico de HIV; Grupo 2, gestantes não portadoras do vírus. Todas as gestantes foram contatadas no serviço de saúde onde realizavam o acompanhamento pré-natal e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As gestantes do Grupo 1 foram convidadas a participar do estudo durante uma consulta regular de pré-natal, ocasião em que responderam a uma entrevista que investigava dados sociodemográficos, como idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal e familiar. Após este primeiro contato, foi agendado um encontro, quando foi realizada a avaliação do apego materno fetal. Outros instrumentos também foram aplicados nesta ocasião, conforme detalhado em “Aspectos Psicossociais, Adesão ao Tratamento e Saúde da Mulher no Contexto do HIV/AIDS: Contribuições de um Programa de Intervenção da Gestação ao Segundo Ano de Vida do Bebê – PSICAIDS” (Piccinini et al., 2005), mas estes dados não foram considerados no presente estudo.

As gestantes do Grupo 2 foram convidadas a participar do estudo durante a consulta de pré-natal em que realizaram o ecocardiograma fetal. Antes do exame, foram obtidas informações sobre dados demográficos, sobre a gestação em curso e condições de saúde, quando também se realizou a avaliação do apego materno fetal.

Todas as gestantes responderam à versão brasileira da Escala de Apego Materno fetal (Feijó, 1999). A escala original foi desenvolvida por Cranley (1981) e contém 24 itens divididos em cinco subescalas:

- 1) Diferenciando-se do feto<sup>1</sup> (4 itens;  $\alpha = 0,36$ ; ex. “Eu gosto de ver minha barriga se mexer quando o bebê chuta lá dentro”);
- 2) Interagindo com o feto (5 itens;  $\alpha = 0,46$ ; ex. “Eu converso com meu bebê”);
- 3) Atribuindo características ao feto (6 itens;  $\alpha = 0,42$ ; ex. “Eu quase posso imaginar como será a personalidade de meu bebê a partir da maneira como ele/ela se mexe”);
- 4) Entregando-se ao feto (5 itens;  $\alpha = 0,21$ ; ex. “Eu acho que todo o desconforto da gravidez vale a pena”);
- 5) Desempenhando um papel (4 itens;  $\alpha = 0,43$ ; ex. “Eu me imagino alimentando/amamentando o bebê”).

É um instrumento respondido em uma escala *Likert*, com cinco possibilidades de respostas, que vão de 1 (nunca) a 5 (quase sempre), sendo que o item 22 (“Eu acho que meu corpo está feio”) apresenta pontuação invertida. O coeficiente de fidedignidade da escala original, obtido através do alfa de *Cronbach*, foi de 0,85 (Cranley, 1981). No que se refere à versão brasileira, usada no presente estudo, o coeficiente de consistência interna da escala foi de 0,63, sendo considerado aceitável, embora a precisão das subescalas tenha sido baixa (Feijó, 1999).

O Projeto PSICAIDS 1 foi aprovado pelos comitês de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, processo 2005508, e do Grupo Hospitalar Conceição, processo 06/06; e o projeto “O Apego da Mãe com o Feto Quando Existe Diagnóstico de Cardiopatia Fetal” foi aprovado pelo comitê de ética do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação

Universitária de Cardiologia, processo 4113/08.

### *Análise dos dados*

O *software* SPSS (versão 13.0) foi utilizado para a análise de dados. O processo de análise se deu em três etapas. Primeiramente foi realizada uma análise descritiva das características sociodemográficas das participantes. Testes não paramétricos (correlação de *Spearman* e teste de *Mann-Whitney*) foram utilizados quando se constatou ausência de normalidade nas variáveis. Por fim, realizou-se análise de variância (ANCOVA) com o intuito de comparar os Grupos 1 e 2 no que se refere às subescalas e ao escore total de apego materno fetal, com covariantes nas subescalas que apresentaram associações com características sociodemográficas. ANCOVA, com os mesmos covariantes, também foi utilizada para comparar os grupos no que se refere a cada item da escala.

## **Resultados**

### *Características das participantes*

Considerando-se o total de participantes envolvidas, a idade média foi de 28,1 anos ( $DP = 5,2$ ), sendo que 73% das gestantes residiam com o pai do bebê. Aproximadamente metade das participantes tinha até oito anos de estudo concluídos (54%;  $n = 90$ ). O número médio de filhos entre as participantes foi de 1,6 ( $DP = 1,4$ ), e a idade gestacional média foi de 29 semanas ( $DP = 3,9$ ). Foram identificadas diferenças entre os dois grupos de gestantes no que se refere a algumas características sociodemográficas<sup>2</sup>. No Grupo 1, as gestantes eram menos escolarizadas (61% tinham até oito anos de estudo *versus* 39% com esta escolaridade no Grupo 2;  $p < 0,01$ ). Além disso, as gestantes do Grupo 1 apresentavam médias mais altas de tempo de gestação (30,4 *versus* 27,4 semanas;  $p < 0,01$ ) e de número de filhos (1,8 *versus* 1,3;  $p < 0,05$ ). Em função disso, estas variáveis foram incluídas como covariantes nas análises subsequentes que compararam os dois grupos.

### *Associações entre apego materno fetal e características sociodemográficas*

Foram identificadas associações entre as características sociodemográficas das participantes e os escores de apego materno fetal, que estão representadas na Tabela 1. Os escores de apego materno fetal total e da subescala *Desempenhando um papel* apareceram associados ao número de filhos e a morar com o pai do bebê, de forma que ter menos filhos e morar com o pai do bebê implicaria em maiores os escores de apego materno fetal. As subescalas *Diferenciando-se do feto* e *Entregando-se ao feto* também apresentaram correlação negativa com o número de filhos, ou seja, quanto maior o número de filhos, menor foram os escores de apego. A subescala *Entregando-se ao feto*, além da correlação negativa com o número de filhos, também apresentou correlação positiva com outras variáveis: ter mais escolaridade e mais tempo de gestação associaram-se a escores mais altos de apego materno fetal nesta subescala.

### *Comparações das médias de apego materno fetal entre os grupos*

Tabela 1

Associações Características Sociodemográficas e Escala de Apego Materno Fetal.

	Diferenciando-se do feto <sup>a</sup>	Interagindo com feto	Atribuindo características	Entregando-se ao feto	Desempenha Papel	Total Apego materno-fetal
	<i>M (DP)</i>					
<b>Escolaridade</b>						
≤ 8 anos	4,0(0,6)	3,2(0,6)	3,4(0,6)	3,7(0,7)**	4,3(0,5)	3,6(0,3)
> 8 anos	4,1(0,6)	3,1(0,7)	3,3(0,7)	4,0(0,6)	4,3(0,6)	3,7(0,4)
<b>Mora pai do bebê</b>						
sim	4,1(0,6)	3,2(0,6)	3,4(0,6)	3,9(0,7)	4,4(0,6)**	3,7(0,4)**
não	3,9(0,6)	3,1(0,6)	3,2(0,7)	3,7(0,7)	4,0(0,5)	3,5(0,4)
	Coeficientes de correlação					
<b>Idade</b>	,05	-,13	-,12	,13	-,05	-,03
<b>Número de filhos</b>	-,16*	-,11	-,05	-,18*	-,23**	-,21**
<b>Idade gestacional</b>	,01	,12	,03	,15*	-,12	-,03

<sup>a</sup>Pontuação de 1 a 5 (subescalas e escala total); \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ 

Diferenças entre os grupos foram analisadas, mediante análise de variância para as subescalas que não apresentaram associações com características sociodemográficas (*Interagindo com o feto* e *Atribuindo características ao feto*). As demais subescalas e o escore total de apego materno fetal foram analisados através de ANCOVA, incluindo como covariantes as variáveis sociodemográficas que apresentaram associações significativas com cada subescala e escore total. Estes resultados encontram-se na Tabela 2.

As análises não mostraram diferenças significativas entre os grupos considerando-se o escore total de apego. Este resultado não corrobora com a hipótese desse estudo de que a sobrecarga emocional vivenciada pelas gestantes portadoras de HIV pudesse repercutir em diferenças no apego materno fetal, quando comparadas às gestantes não portadoras do vírus. No entanto, esta hipótese só é parcialmente refutada, uma vez que a comparação entre os grupos no que se refere às subescalas de apego materno fetal demonstrou algumas particularidades deste grupo em relação às gestantes do Grupo 2. As gestantes do Grupo 1 apresentaram escores significativamente mais altos na subescala *Interagindo com o feto* do que as gestantes do Grupo 2 ( $M = 3,3$  e  $M = 3,0$ , respectivamente), indicando que

as gestantes que viviam com HIV estariam mais envolvidas nas situações atuais de interação com o feto do que as gestantes do grupo comparação.

Por outro lado, as gestantes do Grupo 1 que viviam com HIV/Aids, apresentaram escores significativamente mais baixos do que o Grupo 2 na subescala *Entregando-se ao feto* ( $M = 3,7$  e  $M = 4,0$ , respectivamente), revelando ainda interação com a escolaridade. Isso parece indicar que os diversos cuidados de saúde necessários durante a gravidez estariam menos direcionados ao bebê entre as gestantes do Grupo 1 do que entre aquelas do Grupo 2. Isso seria ainda mais evidente entre as gestantes do Grupo 1 menos escolarizadas, conforme associação mostrada anteriormente na Tabela 1. Escores de apego materno fetal significativamente mais baixos no Grupo 1 em relação ao Grupo 2 também foram encontrados na subescala *Desempenhando um papel* ( $M = 4,1$  e  $M = 4,4$ , respectivamente), que apresentou interação com a coabitação da gestante com o pai do bebê. Este achado indica que as gestantes que viviam com HIV visualizavam-se menos em interações futuras com o bebê, quando comparadas às gestantes não portadoras do vírus, sobretudo aquelas que não viviam com o pai do bebê.

Para fins exploratórios também foram realizadas comparações

Tabela 2

Comparações das Médias de Apego Materno Fetal entre os Grupos com Covariantes.

Apego materno-fetal <sup>a</sup>	Grupo 1 <i>M(DP)</i>	Grupo 2 <i>M(DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<b>Interagindo com o feto</b>	3,3(0,5)	3,0(0,7)	7,31	0,00
<b>Atribuindo características</b>	3,4(0,5)	3,2(0,7)	3,77	0,06
<b>Diferenciando-se do feto</b>			0,69	0,40
Número de filhos	4,0(0,5)	4,1(0,7)	3,68	0,06
<b>Entregando-se ao feto</b>			6,40	0,01
Número de filhos			0,61	0,43
Escolaridade	3,7(0,6)	4,0(0,7)	3,88	0,05
Idade gestacional			0,01	0,92
<b>Desempenhando um papel</b>			8,83	0,00
Número de filhos	4,1(0,5)	4,4(0,6)	2,88	0,09
Mora com pai do bebê			7,53	0,01
<b>Total</b>			0,00	0,98
Número de filhos	3,7(0,3)	3,7(0,4)	3,73	0,06
Mora com pai do bebê			5,16	0,02

<sup>a</sup>Pontuação de 1 a 5 (subescalas e escala total)

dos escores para cada item da escala de apego materno fetal. Para tanto, utilizou-se análise de variância, incluindo como covariantes escolaridade, número de filhos, tempo de gestação e coabitar com o pai do bebê.

Como pode ser visto na Tabela 3, comparadas às gestantes do Grupo 1, as do Grupo 2 tiveram escores mais elevados nos seguintes itens: “Eu acaricio minha barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito”, “Eu gosto de ver minha barriga se mexer quando o bebê chuta lá dentro”, “Eu como carnes e verduras para garantir que meu bebê tenha uma boa saúde”, “Eu me imagino cuidando (tomando conta) do bebê” e “Eu mal posso esperar para segurar o bebê”. Por outro lado, as gestantes do Grupo 1 tiveram escores mais elevados nos itens: “Eu me refiro a meu bebê usando um apelido” e “Eu pego o pé do meu bebê através da minha barriga para mudar a posição dele”.

Os resultados mostram que o Grupo 2 apresenta escores mais elevados em um maior número de itens (5 *versus* 2) que abordam uma ampla gama de situações associadas ao apego mãe-feto, envolvendo interações atuais com o bebê, cuidados de

saúde visando ao bem-estar do bebê, e expectativas relacionadas ao convívio com o bebê após o nascimento. Já os itens em que o Grupo 1 se destaca parecem abordar aspectos mais pontuais e presenciais daquele momento da gestação, como uso de apelido para nomear o bebê, ou pegar o pé do bebê para mudar a posição dele.

## Discussão

Os resultados do presente estudo revelaram não haver diferença significativa no escore total de apego materno fetal em gestantes vivendo com HIV/Aids, em relação àquelas sem problemas de saúde. Com base nesses resultados, pode-se pensar que a presença do vírus não estaria afetando a capacidade da gestante de se vincular e investir em seu bebê, e nem de estabelecer uma relação com este ainda na gestação.

Embora diversos estudos no contexto do HIV/Aids indiquem a presença de medos e preocupações durante a gestação e primeiros meses de vida do bebê, muitos achados também

Tabela 3

Comparação de Médias dos Grupos para cada Item da Escala de Apego Materno Fetal

Subescalas/Itens <sup>a</sup>	Grupo 1 M(DP)	Grupo 2 M(DP)
<b>Interagindo com o feto</b>		
Eu converso com meu bebê	3,9(0,9)	3,8(1,1)
Eu me refiro a meu bebê usando um apelido	2,7(1,2)*	2,2(1,6)
Eu cutuco meu bebê para que ele responda com movimentos	3,7(1,1)	3,4(1,6)
Eu acaricio minha barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito <sup>+</sup>	4,0(1,0)*	4,4(1,0)
Eu pego o pé do meu bebê através da minha barriga para mudar a posição dele	2,2(1,0)**	1,2(0,8)
<b>Atribuindo características ao feto</b>		
Eu me pergunto se o bebê não se sente apertado (com câimbras) dentro de mim	3,4(1,2)	3,1(1,6)
Eu quase posso imaginar como será a personalidade de meu bebê a partir da maneira como ele/ela se mexe	3,5(1,2)	3,3(1,6)
Eu fico me perguntando se o bebê escuta sons dentro de mim	3,7(1,0)	3,8(1,4)
Eu fico pensando se o bebê pensa e sente “coisas” dentro de mim	3,9(0,9)	3,9(1,3)
Parece que meu bebê chuta e se mexe para me avisar que é hora de comer	3,9(1,0)	3,6(1,6)
Eu sei quando o bebê está com soluços	2,2(1,0)	1,7(1,4)
<b>Diferenciando-se do feto</b>		
Eu gosto de ver minha barriga se mexer quando o bebê chuta lá dentro <sup>++</sup>	4,3(0,6)*	4,7(0,7)
Eu estou louca para ver como será a cara do bebê	4,5(0,6)	4,7(0,6)
Eu escolhi um nome para menina	3,7(1,1)	3,4(1,7)
Eu escolhi um nome para menino	3,5(1,2)	3,6(1,8)
<b>Entregando-se ao feto</b>		
Eu acho que todo o desconforto da gravidez vale a pena	4,1(0,8)	4,4(0,9)
Eu faço coisas para me manter saudável que não faria caso não estivesse grávida	3,6(1,2)	3,8(1,5)
Eu como carnes e verduras para garantir que meu bebê tenha uma boa saúde	4,1(0,8)*	4,5(0,8)
Eu acho que meu corpo está feio	3,1(1,3)	3,7(1,6)
Eu deixo de fazer certas coisas porque quero ajudar meu bebê	3,4(1,2)	3,8(1,3)
<b>Desempenhando um papel</b>		
Eu me imagino alimentando (amamentando) o bebê	3,6(1,2)	4,1(1,1)
Eu me imagino cuidando (tomando conta) do bebê <sup>+++</sup>	4,2(0,8)*	4,4(1,1)
Eu mal posso esperar para segurar o bebê	4,4(0,6)**	4,7(0,5)
Eu tento imaginar como será o aspecto (a cara, o jeito) do bebê	4,3(0,7)	4,4(1,1)
<b>Total</b>	3,7(0,3)	3,7(0,4)

<sup>a</sup>Escala de 1 a 5; \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

Interações com as variáveis: <sup>+</sup>Número de filhos; <sup>++</sup>Mora com pai do bebê; <sup>+++</sup>Mora com pai do bebê; Escolaridade

evidenciam que estas mães vivenciam diversas satisfações com a maternidade e com seus bebês neste período (D'Auria et al., 2006; Faria & Piccinini, 2010; Gonçalves & Piccinini, 2008). Estes estudos também sugerem que, apesar das dificuldades inerentes ao contexto da infecção, estas não parecem afetar negativamente a relação mãe-bebê, e os dados do presente estudo quanto ao apego materno fetal reforçam estes achados anteriores. Este achado também pode ser comparado ao de estudos anteriores envolvendo gestantes de alto-risco, que não identificaram associações entre a condição de saúde materna e o apego materno fetal (Tsartsara & Johnson, 2006; Yarcheski et al., 2009).

Contudo, embora o presente estudo não tenha revelado diferenças entre os grupos, algumas particularidades associadas ao convívio com a infecção pelo HIV ficaram evidentes nas diferenças identificadas em algumas subescalas (*Interagindo com o feto*, *Entregando-se ao feto* e *Desempenhando o papel*). A subescala *Interagindo com o feto* aborda situações atuais de interação com o bebê, tais como conversas e toques na barriga, com foco no momento que estavam vivendo. Considerando-se que as mães vivendo com o HIV/Aids pontuaram mais nesta subescala, pode-se pensar que aquelas interações mãe-bebê estariam no centro da atenção destas gestantes. No contexto da infecção, a gestação é uma etapa fundamental para a prevenção da infecção do bebê, e que tende a mobilizar grandes esforços por parte das gestantes (Carvalho & Piccinini, 2006; Moura & Praça, 2006). A forte preocupação com a possibilidade de infecção do bebê pode ter contribuído para que as gestantes direcionassem mais a atenção ao bebê e ao momento que viviam, o que também estaria associado às suas preocupações com o futuro. Já a subescala *Entregando-se ao feto* aborda alguns cuidados de saúde maternos, desconfortos ou mudanças de hábitos que as gestantes precisam aderir em favor do bebê. No presente estudo, as gestantes vivendo com HIV/Aids pontuaram menos nesta subescala, em comparação às gestantes não portadoras do vírus. Novamente, as peculiaridades que o contexto de infecção pelo HIV traz para a vivência da gestação podem auxiliar na compreensão de tais achados. Isso porque há uma grande demanda de cuidados de saúde maternos durante este período, que tendem a ser mais intensos do que em uma gestação de baixo-risco, sem maiores problemas de saúde (Brasil/MS, 2006). O acompanhamento pré-natal especializado inclui um número maior de consultas e idas ao serviço de saúde devido ao atendimento interdisciplinar necessário. Este acompanhamento envolve, além das consultas regulares com o obstetra, também aquelas com o infectologista e a enfermagem, assim como frequentes exames para avaliar a carga viral e as condições imunológicas da gestante. Além disso, o tratamento profilático realizado durante a gestação inclui o uso de medicações antirretrovirais, que muitas vezes é acompanhado de efeitos colaterais, e, em alguns casos, sendo inclusive necessária a troca de remédios e a adaptação a este novo tratamento medicamentoso (Rigoni, Pereira, Carvalho, & Piccinini, 2008).

Tudo isso agrega uma grande demanda de cuidados de saúde da própria gestante que pode se traduzir em um desconforto maior para elas, e isso pode ter influenciado suas respostas a esta subescala. Por outro lado, é importante considerar que alguns

cuidados de saúde que as gestantes vivendo com HIV realizam durante a gestação, como por exemplo, a adoção de hábitos saudáveis de alimentação, precisam ser incorporados à vida destas mulheres de forma permanente. Por visarem à manutenção da própria saúde diante de uma doença crônica, muitos destes cuidados independem da presença da gravidez, o que também explicaria menores escores nesta subescala.

Por fim, a subescala *Desempenhando um papel*, também menos pontuada entre as gestantes que viviam com HIV/Aids, se refere a como a mãe imagina seu bebê e sua interação com ele após o nascimento, incluindo atividades de cuidados. Assim, os itens que compõem esta subescala privilegiam o momento futuro em detrimento do presente, o que poderia justificar escores menores entre as gestantes vivendo com HIV/Aids. Estudos demonstraram que a gestação em meio à infecção é acompanhada de muitas preocupações envolvendo a possibilidade de infecção do bebê, ou mesmo a perda deste, além de preocupações com a própria morte e com impossibilidade de acompanhar o crescimento dos filhos (Faria & Piccinini, 2010; Hebling & Hardy, 2007; Sanders, 2008). Tais preocupações, mobilizadas pelo contexto de maior vulnerabilidade trazida pelo HIV/Aids, parecem tornar mais difícil para estas gestantes vislumbrar situações relacionadas ao futuro, especialmente àquelas relacionadas à maternidade (Hebling & Hardy, 2007). De uma forma geral, elas estão mais focadas no momento atual, que exige bastante atenção devido à profilaxia e à rotina de cuidados, e menos focadas no futuro, já que este tende a ser permeado por incertezas decorrentes da presença de uma doença crônica e ainda sem cura.

A hipótese inicial deste estudo previa diferenças no apego materno fetal no contexto do HIV, uma vez que essas gestantes vivenciam uma sobrecarga emocional frente à possibilidade de infecção do bebê. Pode-se considerar que os resultados deste estudo refutam parcialmente esta hipótese. Por um lado, eles indicam ausência de diferenças entre os grupos no que se refere ao escore total de apego materno fetal, o que demonstra que este apego está presente independentemente da presença da infecção pelo HIV. Por outro lado, os dados mostram que o apego materno fetal, igualmente presente nos dois grupos, se manifesta de uma maneira peculiar entre as gestantes que vivem com HIV. Ou seja, entre estas, as interações mãe-bebê são mais focadas no presente e menos no futuro, e os cuidados de saúde da gestação, voltados para o bebê, estão atravessados pelos cuidados necessários à manutenção da saúde materna diante da infecção.

Por fim, cabe ressaltar que, para ambos os grupos de gestantes, as variáveis sociodemográficas escolaridade e a gestante coabitar com o pai do bebê exerceram influência sobre o apego materno fetal. Ter mais escolaridade seria um facilitador para a presença de apego materno fetal, sobretudo no que se refere à compreensão, disponibilidade e operacionalização dos cuidados de saúde necessários na gravidez. Embora haja inconsistências na literatura acerca da importância de dados sociodemográficos para o fortalecimento do apego materno fetal (Cannella, 2005), a escolaridade se mostrou positivamente associada ao apego materno fetal entre as gestantes do presente estudo. Por sua vez, a gestante coabitar com o pai do bebê parece que favoreceu a se visualizarem desempenhando o papel materno, possivelmente pela fonte de apoio que o pai poderia

oferecer. A literatura tem destacado a importância do apoio social e familiar para o fortalecimento do apego materno fetal (Alhusen, 2008), e os dados do presente estudo corroboram com aqueles achados.

Este é o primeiro estudo identificado que se propôs a analisar o apego materno fetal no contexto do HIV/Aids através do uso da Escala de Apego Materno fetal (Feijó, 1999), em comparação a gestantes não portadoras do vírus. Esses dados contribuem com o corpo de conhecimento que vem se formando acerca da temática sobre maternidade neste contexto. Cabe ressaltar que as análises das subescalas só podem ser consideradas em caráter exploratório devido às suas propriedades psicométricas ainda insatisfatórias (Feijó, 1999). Neste sentido, reforça-se a necessidade de uma reavaliação da Escala de Apego Materno fetal, já sugerida pelo estudo brasileiro de validação. No entanto, essas análises evidenciaram que particularidades da situação de infecção pelo HIV podem influenciar as respostas das gestantes, demonstrando especificidades da avaliação do apego materno fetal nesta população. Para uma melhor apreensão do fenômeno, seria de grande importância a revisão de determinados itens, sobretudo daqueles que abordam os cuidados de saúde e as expectativas futuras envolvendo as interações mãe-bebê, de forma que se possa obter uma maior aproximação das particularidades suscitadas pela infecção pelo HIV, no que se refere ao apego materno fetal.

## Referências

- Ahern, N. R., & Ruland, J. P. (2003). Maternal-fetal attachment in african-american and Hispanic-american women. *Journal of Perinatal Education*, 12(4), 27-35.
- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(3), 315-328.
- Brasil/MS, Ministério da Saúde. (2006). *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS.
- Brasil/MS, Ministério da Saúde. (2010). *Boletim epidemiológico AIDS/DST 2010. Versão preliminar*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS.
- Cannella, B. L. (2005). Maternal-fetal attachment: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 60-68.
- Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2006). Maternidade em situação de infecção pelo HIV: Um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*, 10(2), 345-355.
- Cranley, M. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284.
- Cranley, M. (1993). The origins of the mother-child relationship. A review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 12(2-3), 39-51.
- D'Auria, J. P., Christian, B. J., & Miles, M. S. (2006). Being there for my baby: Early responses of HIV-infected mothers with an HIV-exposed infant. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(1), 11-18.
- Faria, E. R., & Piccinini, C. A. (2010). Maternidade no contexto do HIV/Aids: gestação e terceiro mês de vida do bebê. *Estudos de Psicologia - Campinas*, 27(2), 147-159.
- Feijó, M. C. C. (1999). Validação brasileira da "maternal-fetal attachment scale". *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 51(4), 52-62.
- Gomes, A. G. (2003). *A ultra-sonografia obstétrica e suas implicações na relação mãe-feto: impressões e sentimentos de gestantes com e sem diagnóstico de anormalidade fetal*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/4123000397253>
- Gonçalves, T. R., & Piccinini, C. A. (2008). Experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 459-470.
- Hebling, E. M., & Hardy, E. (2007). Feelings related to motherhood among women living with HIV in Brazil: a qualitative study. *AIDS Care*, 19(9), 1095-1100.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24(3), 203-217.
- Moreno, C. C. G. S., Rea, M. F., & Filipe, E. V. (2006). Mães HIV positivo e a não-amamentação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(2), 199-208.
- Moura, E. L., & Praça, N. S. (2006). Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 405-413.
- Nachmias, C., & Nachmias, D. (1996). *Research methods in the social sciences*. London: Arnolds.
- Piccinini, C.A., Carvalho, F.T., Ramos, M.C., Gonçalves, T.R., Lopes, R.C.S., Hugo, C.N., Almeida, S., & Rossetti, M.L. (2005). *Aspectos psicossociais, adesão ao tratamento e saúde da mulher no contexto do HIV/Aids: Contribuições de um programa de intervenção da gestação ao segundo ano de vida do bebê*. Unpublished Research project.UFRGS/CEARGS/CDCT.
- Rigoni, E., Pereira, E. O. D. S., Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2008). Sentimentos de mães portadoras de HIV/Aids em relação ao tratamento preventivo do bebê. *Psico USF*, 13(1), 75-83.
- Rochat, T. J., Richter, L. M., Doll, H. A., Buthelezi, N. P., Tomkins, A., & Stein, A. (2006). Depression among pregnant rural South African women undergoing HIV testing. *Journal of American Medical Association*, 295(12), 1376-1378.
- Ruschel, P.P. (2008). *O apego da mãe com o feto quando existe diagnóstico de cardiopatia fetal*. Unpublished Research project. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Fundação Universitária de Cardiologia.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2003). Motherhood in the context of maternal HIV infection. *Research in Nursing & Health*, 26(6), 470-482.
- Sanders, L.B. (2008). Women's voices: The lived experience of pregnancy and motherhood after diagnosis with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19(1), 47-57.
- Tsartsara, E., & Johnson, M. P. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(3), 173-182.
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 708-715.



---

Notas

1. O termo feto será usado quando fizer referência ao instrumento, a fim de se preservar a designação dada pelos autores. Afora esta situação, será privilegiado o termo *bebê* ao invés de feto para se enfatizar a relação da gestante com o filho.
2. Para este fim, utilizou-se test *t* e *qui-quadrado*.

---

*Evelise Rigoni de Faria*, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, psicóloga do Grupo Hospitalar Conceição. Endereço para correspondência: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia: Rua Ramiro Barcelos, 2600/111 – CEP: 90035-003 – Porto Alegre, RS. Telefone: (51) 9696-4622. E-mail: everigoni@gmail.com

*Tonantzin Ribeiro Gonçalves*, Doutora e Pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professora da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. E-mail: tonanrib@yahoo.com.br

*Fernanda Torres de Carvalho*, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, psicóloga da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: torresdecarvalho@yahoo.com.br

*Patrícia Pereira Ruschel*, Doutora em Ciências da Saúde em Cardiologia pela Fundação Universitária de Cardiologia/FUC, psicóloga do Instituto de Cardiologia pela Fundação Universitária de Cardiologia - IC/FUC. E-mail: patriciapruschel@gmail.com

*Rita de Cássia Sobreira Lopes*, Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela University of London, professora do Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pesquisadora do CNPq. E-mail: sobreiralopes@portoweb.com.br

*Cesar Augusto Piccinini*, Doutor e Pós-Doutor em Psicologia pela University of London, professor da Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pesquisador do CNPq. E-mail: piccinini@portoweb.com.br