



**VÍNCULO MÃE-BEBÊ E SUA ASSOCIAÇÃO COM FATORES
DE RISCO E DE PROTEÇÃO**

Daiane Silva de Souza

Dissertação de Mestrado

Porto Alegre/RS, 2019

**VÍNCULO MÃE-BEBÊ E SUA ASSOCIAÇÃO COM FATORES
DE RISCO E DE PROTEÇÃO**

Daiane Silva de Souza

Dissertação apresentada como requisito
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Sob orientação da

Prof.^a Dr.^a Denise Ruschel Bandeira.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Junho, 2019.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe (*in memoriam*) e ao meu pai. Com eles, descobri na prática o significado da palavra “vínculo”. Agradeço pelo afeto e pela educação, por terem sido a base segura de apoio que sempre que possível esteve pronta para me acolher. Quando o impossível se fez presente, descobri a importância desse porto seguro para que os filhos possam alçar voo sozinhos.

Aos meus irmãos, por compartilharem as suas experiências comigo e por me dispensarem, desde o meu nascimento, seus olhares atentos e cuidadosos. Aos meus sobrinhos, por me lembrarem da criança que vive em mim.

À minha analista, Liz, por me apontar que, nas vezes em que eu não souber para onde correr, vou descobrir como voar.

Ao Eduardo, companheiro, namorado, amigo, amor, a pessoa com quem compartilho todos os momentos de uma bonita relação construída a cada dia.

À Camila Miná, minha eterna sócia, amiga, confidente, uma espécie de irmã mais velha. Uma das figuras que sempre está lá, onde quer que seja esse “lá”.

Ao Gabriel, amigo querido sempre presente, validando as minhas emoções e incentivando os meus objetivos. Às amigas que fiz durante a graduação e com quem compartilho afetos até hoje, Aline, Ana Laura, Thaís. À Camila e Juliana, amigas incentivadoras desde a época de cursinho pré-vestibular. Aos amigos especiais que fiz durante a pós-graduação. Com eles, “eu deixo e recebo um tanto”.

Aos amigos e colegas do Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP/UFRGS), com quem tive o privilégio de conviver e de aprender muito.

A todos os membros do Centro de Avaliação Psicológica (CAP/UFRGS), em especial à Dra. Denise Balem Yates, profissional que contribuiu imensamente para a minha formação e para as minhas escolhas profissionais.

Aos colegas da Gerência de Educação e Ação Social do Serviço Social do Comércio (Sesc-RS), instituição pela qual hoje tenho oportunidade de atuar como psicóloga escolar e de colocar em prática os meus aprendizados acadêmicos. As trocas diárias de experiências tão

potentes com esses que me acompanharam no final dessa Dissertação deram ainda mais sentido a esse trabalho e à temática escolhida para estudo.

Agradeço a todos os pacientes que atendi desde o início das minhas práticas como Psicóloga, a cada criança, a cada família que possibilita que a minha intervenção/orientação contribua para o desenvolvimento de laços mais potentes e permanentes. Sou grata pela possibilidade de trabalhar com as infâncias.

Ao Prof. Dr. Wagner de Lara Machado, pelos ensinamentos “significativamente estatísticos”, trocadilho que nos arrancou gargalhadas no início da minha graduação, e que culminou em análise de rede. Agradeço pelo apoio, pela amizade, pela disponibilidade em ensinar estatística (avançada) de maneira acessível.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPG Psicologia UFRGS) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento em formato de bolsa, que recebi durante boa parte do Mestrado. Sou grata por ter tido a oportunidade de estudar em uma Universidade Federal que realiza pesquisas com excelência, cujas experiências contribuíram imensamente para a minha formação pessoal e profissional.

Agradeço a parceria com o Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (PPGSCA) e com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que possibilitou acesso aos dados que foram utilizados para esse estudo. Agradeço os momentos de trocas com a equipe multidisciplinar. Agradeço as mães que participaram desse estudo.

Agradeço aos membros da banca, Prof. Dra. Giana Bitencourt Frizzo (relatora), Prof. Dra. Daniela Centenaro Levandowski e Prof. Dra. Renata Rocha Kieling, pela gentileza de ter aceitado contribuir com esse estudo.

E, por fim, um dos agradecimentos mais importantes: à Prof. Dra. Denise Ruschel Bandeira, que admiro como orientadora, como professora, como mulher. Sou muito grata pelo privilégio de tê-la tido presente durante toda a minha trajetória acadêmica, em especial na Especialização, e, agora, no Mestrado. Dessas experiências, também levo comigo aprendizados para a vida.

“A humanidade começa nos que te rodeiam, e não exatamente em ti. Ser-se pessoa implica a tua mãe, as nossas pessoas, um desconhecido ou a sua expectativa. Sem ninguém no presente nem no futuro, o indivíduo pensa tão sem razão quanto pensam os peixes. Dura pelo engenho que tiver e parece como um tributo indiferenciado do planeta. Parece como uma coisa qualquer.”

— Valter Hugo Mãe,
A Desumanização (2014, p. 15)

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	13
Apresentação	13
CAPÍTULO II	16
1.1. Introdução	16
1.2. As primeiras relações	16
1.3. Histórico do estudo das primeiras relações	17
1.4. A teoria do apego	18
1.5. Fatores que influenciam o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê	20
1.5.1 Escolaridade materna	20
1.5.2 Nível socioeconômico	21
1.5.3 Apoio social	21
1.5.4 Tipo de parto	22
1.5.5 Prematuridade	23
1.5.6 Número de filhos	23
1.5.7 Ansiedade materna	24
1.5.8 Depressão pós-parto	25
1.5.9 Vínculo com os pais na infância	25
1.5.10 Violência sofrida pela mãe	26
1.6. Estudos brasileiros de coorte sobre a temática	26
1.7. Considerações Finais	28
1.8. Referências	30
CAPÍTULO III	39
2.1. Introdução	41
2.2. Método	44
2.2.1. Participantes	44
2.2.2. Instrumentos	45
2.2.3. Delineamento	47
2.2.4. Coleta de Dados	48
2.2.5. Aspectos Éticos	49
2.2.6. Análise dos Dados	49
2.3. Resultados	51
2.4. Discussão	54
2.5. Referências	58
CAPÍTULO IV	64

Referências	66
ANEXOS	67
ANEXO A	68
ANEXO B	87
ANEXO C	91
ANEXO D	95
ANEXO E	97
ANEXO F	101
ANEXO G	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo características sociodemográficas maternas. 42

Tabela 2. Distribuição das variáveis que tiveram relação significativa com o vínculo mãe-bebê 44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fatores de risco e de proteção para o vínculo mãe-bebê.	41
Figura 2. Fluxograma de coleta de dados	47
Figura 3. Rede de relações parciais	45

RESUMO

Diversos estudos ressaltam a importância da relação entre mãe e filho como um fator de proteção do desenvolvimento infantil. Esse vínculo é influenciado por diversos fatores, que podem ser de risco ou de proteção para essa relação. A literatura aponta exaustivamente esses fatores, investigando as suas relações ou apresentando-os separadamente. Todavia, não há estudos sobre a influência de determinados fatores atuando conjuntamente, como o vínculo que a mãe estabeleceu com a sua mãe na infância e os maus tratos, com o vínculo da mãe com a sua criança. Por meio de uma coorte com 361 mães, o prejuízo na relação mãe-filho foi avaliado pelo Postpartum Bonding Questionnaire, sendo essa a variável desfecho. Foi utilizada análise de regressão multivariada com abordagem hierarquizada em que os blocos hierárquicos foram estruturados segundo influência na relação mãe-filho. Foi construído um modelo de regressão linear múltipla hierárquica, com três blocos. A variável dependente foi o ÍndicePBQ1e2 (fator geral em relação ao vínculo mãe-bebê + problemas severos na relação mãe-bebê) e como variáveis independentes, no primeiro bloco foi acrescentada a variável escolaridade materna, no segundo bloco, violência sofrida e vínculo com a genitora na infância, e, no terceiro bloco, depressão pós-parto. No primeiro bloco, o modelo explicou 5% da variância do ÍndicePBQ1e2 [$F(1, 136) = 6,51, p < 0,012$]. No segundo bloco, o modelo explicou 12% da variância do ÍndicePBQ1e2 [$F(3, 134) = 5,88, p < 0,001$]. No terceiro bloco, o modelo explicou 28% da variância do ÍndicePBQ1e2 [$F(4, 133) = 12,83, p < 0,001$]. A variável violência sofrida foi significativa para explicar o modelo no segundo bloco, mas perdeu a sua significância estatística no terceiro bloco. Após a regressão múltipla, foi feita análise de rede. Ter um vínculo prejudicado com a genitora na infância (PBI) aumenta 18% os escores no prejuízo no vínculo mãe-bebê (PBQ). Já o efeito da violência sofrida é indireto: é um fator de risco para a depressão pós-parto, que, por sua vez, afeta o vínculo mãe-bebê. O efeito da violência sofrida sobre o vínculo mãe-bebê não é direto, é mediado pela depressão. Isso explica porque, no modelo de regressão linear múltipla hierárquica, a violência sofrida não é significativa, quando acrescentada a variável depressão materna. Os diferenciais desse estudo são a utilização dos escores fatoriais do PBQ e o uso de análise de rede. Esse estudo corrobora a importância de uma relação mãe-bebê saudável para que a criança desenvolva um apego seguro, o que, por sua vez, é fundamental para o desenvolvimento socioemocional e

cognitivo da criança. A partir do entendimento dos fatores de proteção e dos fatores de risco para esse vínculo e da atuação conjunta dessas variáveis, é possível pensar em políticas para a promoção e para a prevenção desses fatores.

Palavras-chave: vínculo mãe-bebê, apego, desenvolvimento infantil, fatores de risco, fatores de proteção

ABSTRACT

Several studies emphasize the importance of the relationship between mother and child as a factor protecting child development. This link is influenced by several factors, which may be risk or protective for this relationship. The literature exhaustively points out these factors, investigating their relationships or presenting them separately. However, there are no studies on the influence of certain factors acting together, such as the bond that the mother established with her mother in childhood and the mistreatment, with the bond of the mother with her child. This dissertation is composed of a chapter and an article. Through a cohort of 361 mothers, the loss in the mother-baby bonding was evaluated by the Postpartum Bonding Questionnaire, which was the outcome variable. Multivariate regression analysis with a hierarchical approach was used in which the hierarchical blocks were structured according to influence in the mother-baby bonding. A hierarchical multiple linear regression model was constructed with three blocks. The dependent variable was IndexPBQ1e2 (general factor in relation to the mother-baby bond + severe problems in the mother-baby relationship) and as independent variables, in the first block was added the variable maternal schooling, in the second block, violence suffered and bond with pregnancy in childhood, and in the third block, postpartum depression. In the first block, the model explained 5% of the variance of the IndexPBQ1e2 [$F(1, 136) = 6.51, p < 0.012$]. In the second block, the model explained 12% of the variance of the IndexPBQ1e2 [$F(3, 134) = 5.88, p < 0.001$]. In the third block, the model explained 28% of the variance of the IndexPBQ1e2 [$F(4, 133) = 12.83, p < 0.001$]. The variable violence suffered was significant to explain the model in the second block, but lost its statistical significance in the third block. After multiple regression, a network analysis was performed. A hierarchical multiple linear regression model was constructed with three blocks. The variable violence suffered was significant to explain the model in the second block, but lost its statistical significance in the third block. Having an impaired bond with the mother-in-law (PBI) increases the injury-to-mother-to-baby (BPC) scores by 18%. However, the effect of violence is indirect: it is a risk factor for postpartum depression, which, in turn, affects the mother-baby bond. The effect of violence suffered on the mother-baby bond is not direct, it is mediated by depression. This explains why, in the hierarchical multiple linear regression model, the violence suffered is not significant, when the variable maternal depression is added. The differentials of this study are the use of factorial scores of the PBQ

and the use of network analysis. This study corroborates the importance of a healthy mother-infant relationship so that the child develops a secure attachment, which in turn is fundamental for the child's socio-emotional and cognitive development. Based on the understanding of the protection factors and the risk factors for this link and the joint action of these variables, it is possible to think about policies for the promotion and prevention of these factors.

Keywords: mother-baby bonding, attachment, child development, risk factors, protective factors

CAPÍTULO I

Apresentação

O presente estudo surgiu do interesse em investigar o vínculo mãe-bebê. O padrão de vinculação afetiva entre os pais e os filhos serve de base para as relações futuras que os indivíduos vão estabelecer. Sendo assim, se a criança tiver desenvolvido um bom vínculo com sua mãe, é provável que construa relações interpessoais mais saudáveis na adolescência e na adultez, quando comparada a crianças que não tiveram um bom vínculo com a mãe (Bowlby, 1988/1989; Cavalcante, Lamy Filho, França, & Lamy, 2017). A vinculação entre a mãe e o bebê, todavia, é influenciada por diversos fatores, que podem ser de risco ou de proteção para o desenvolvimento desse vínculo, e, conseqüentemente, podem afetar o desenvolvimento das relações futuras dessa criança (Morais et al., 2017; Wilhelm, Gillis, & Parker, 2016).

Vários desses fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento infantil estão sendo estudados em uma coorte, cuja primeira coleta foi realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), intitulada Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida (IVAPSA). No estudo IVAPSA, está sendo realizado o acompanhamento longitudinal de mães e de seus bebês, com coleta de dados referentes a diversas áreas, como Medicina, Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem e Nutrição. Essa Dissertação foi um trabalho conjunto entre dois grupos de pesquisa: o Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP), coordenado pela minha orientadora, professora Denise Ruschel Bandeira, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e o Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA), coordenado pelo professor Marcelo Zubaran Goldani no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O banco de dados utilizado foi proveniente da primeira coleta dessa coorte, realizada entre 2011 e 2014. Nesse estudo, foram utilizadas as informações sobre variáveis sociodemográficas, sobre o vínculo estabelecido com o seu bebê, sobre o vínculo da mãe com a sua genitora na infância, sobre depressão pós-parto e sobre violência

sofrida. Embora sejam utilizados os dados de um banco anterior à minha participação nesse projeto, minha contribuição se deu de forma ativa na coleta atual da coorte, durante o período do meu Mestrado.

O trabalho realizado foi organizado em forma de um capítulo e de um artigo. O capítulo tem por objetivo fazer um apanhado teórico sobre o estabelecimento do vínculo mãe-bebê e reunir pesquisas sobre os principais fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento desse vínculo, visto que esses encontram-se descritos na literatura, na maioria das vezes, de forma fragmentada. O artigo buscou averiguar a relação entre as seguintes variáveis: o vínculo mãe-bebê, o vínculo que a mãe estabeleceu com a sua mãe na infância, a depressão pós-parto e a violência sofrida pela mãe. Apesar de essas variáveis serem encontradas com facilidade na literatura, até a finalização desse estudo, não foram encontradas pesquisas que buscaram compreender a sua interação.

CAPÍTULO II

Vínculo mãe-bebê: Teorias psicológicas e fatores de risco e de proteção

Daiane Silva de Souza e Denise Ruschel Bandeira

1.1. Introdução

O vínculo entre a mãe e a criança inicia antes mesmo do parto: começa a se estabelecer durante a gestação e tem implicações importantes no desenvolvimento cognitivo, emocional e social do bebê (Bowlby, 1988/1989; Brazelton, 1988; Klaus, Kennel, & Klaus, 2000; Rosa et al., 2010). A partir do reconhecimento da importância das primeiras relações na vida de um indivíduo, diversos autores destinaram seu foco de estudo para isso.

O presente capítulo se propõe a resgatar as contribuições desses autores, focalizando na teoria do apego, descrita a partir dos estudos de Bowlby e de seus sucessores. O vínculo estabelecido entre a mãe e seu bebê é interpelado por diversos fatores, que podem ser de risco e de proteção. Esses principais fatores, descritos na literatura com estudos internacionais, serão listados no capítulo, a fim de possibilitar uma visão ampla desses fatores, bem como entender a sua influência no vínculo mãe-bebê. Ao final do capítulo serão apresentados estudos de corte brasileiros nos quais vários desses fatores foram explorados.

1.2. As primeiras relações

Desde antes do período pré-natal, já existem expectativas que o pai e a mãe (e suas famílias) têm sobre seu bebê (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennel, 1993; Piccinini, Gomes, Moreira, & Lopes, 2004). Durante a gestação, essas expectativas sofrem reajustes e reestruturações, pois esse período envolve mudanças nos níveis hormonal, físico, psicológico, familiar e social (Maldonado, 2005; Molina & Kiely, 2011; Pisoni et al., 2014).

Esse período é marcado por grandes transformações psicológicas pelas quais os pais passam desde o momento em que descobrem a gravidez. Em função disso, é necessário reorganizar sua identidade, deslocando-se da posição de filhos para a posição de pais (Ammaniti, Tambelli, & Odorisio, 2013; Brazelton & Cramer, 1992; Raphael-Leff, 2010; Stern, 1997). Situando-se nessa posição, iniciam o processo de vinculação com o filho, que

não acontece de maneira instantânea e não é instintivo, na medida em que demanda desejo, compreensão, paciência e permanência. É um processo contínuo, em que os pais passam a investir psicologicamente no bebê que está sendo gestado, e, por meio desse investimento, o lugar que a criança vai ocupar passa a ser construído (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007; Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer, & Lopes, 2009).

Durante a gestação, os pais formulam uma imagem mental sobre o filho, que pode se originar tanto de conteúdos inconscientes (fantasias e desejos), quanto a partir de dados concretos, resultantes dos acompanhamentos de pré-natal (Lopes, Donelli, Lima, & Piccinini, 2005; Raphael-Leff, 1997). A partir dessas imagens e expectativas, o vínculo afetivo vai sendo construído, por exemplo, nos momentos em que os pais começam a nomear e atribuir características ao bebê como uma tentativa de tornar mais real o bebê que está na barriga da mãe (Szejer & Stewart, 1997). Assim, com essa tentativa de aproximação para conhecer o bebê, esperar respostas dele e oferecer a ele um modelo de interação, um padrão de relacionamento começa a ser estabelecido (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes, & Tudge, 2004). Esse padrão de vinculação afetiva entre pais e filhos servirá de base para as relações futuras que esse indivíduo vai estabelecer (Bowlby, 1969/2002; Santiago, Bucher-Maluschke, Alexandre, & Branco, 2017; Pidgeon & Giufre, 2014; Wilhelm, Gillis, & Parker, 2016).

1.3. Histórico do estudo das primeiras relações

Brum e Schermann (2004) fizeram um resgate histórico sobre o estudo das primeiras relações, que guiou a linha do tempo descrita a seguir. Os estudos sobre o vínculo mãe-bebê aparecem já na obra de Sigmund Freud (1915/1972). De acordo com esse autor, a criança se liga à mãe porque esta possui a capacidade de satisfazer as suas necessidades fisiológicas básicas. Sendo assim, a vinculação afetiva é vista por esse autor como uma necessidade secundária. René Spitz (1945; 1998), em seus estudos, observou bebês órfãos atendidos em um hospital. Essas crianças tinham as suas necessidades de alimentação e cuidados físicos satisfeitas, porém não eram seguradas no colo, não recebiam afeto. A observação de Spitz mostrou que os órfãos tinham dificuldades no desenvolvimento físico e, com o passar do tempo, pareciam perder o interesse por se relacionar.

Erik Erikson (1976) abordou em seus estudos a importância das relações. De acordo com a sua Teoria Psicossocial do Desenvolvimento, o desenvolvimento evolui em oito estágios. O primeiro deles ocorre entre o nascimento e um ano de idade e é uma fase fundamental, pois nela se estabelecem relações de confiança ou de desconfiança. Segundo Erikson, para que a criança consiga estabelecer um senso de confiança básica, o comportamento do cuidador é fundamental, sendo necessário que a criança sinta que tem segurança e afeto, para que possa adquirir confiança nas pessoas e no mundo.

Seguindo a evolução teórica sobre o tema, Donald Winnicott (1963/1982) teorizou sobre o desenvolvimento emocional primitivo, propondo três categorias: dependência absoluta, dependência relativa e autonomia relativa. De acordo com esse autor, a mãe é capaz de compreender o seu bebê por meio de uma capacidade de identificação, constituindo, assim, uma unidade com o bebê, a fim de auxiliá-lo em sua integração como sujeito. Se isso não ocorre, de acordo com esse autor, o bebê torna-se um corpo com partes soltas, o que pode ocasionar falhas no desenvolvimento e o surgimento de patologias mentais.

John Bowlby (1969/2002) teorizou sobre a importância das primeiras relações para o desenvolvimento do bebê com sua mãe ou cuidador. A partir de pesquisas empíricas (Bowlby, 1969/1990), esse autor afirmava que o vínculo entre mãe-bebê faz parte de um fator primário para o desenvolvimento saudável, contrariando as ideias de Freud e corroborando o pensamento de Spitz, Erikson e Winnicott. Bowlby nomeou de apego esse laço afetivo entre a criança e uma figura importante como a mãe/cuidador, formulando, assim, a teoria do apego.

1.4. A teoria do apego

Segundo Bowlby (1979/1982), o apego é um tipo de vínculo no qual o senso de segurança de alguém está ligado a uma figura de apego. A segurança e o conforto experimentados na presença dessa figura criam uma base segura que permite que a criança se sinta capacitada para explorar o mundo e estabelecer relações. Existe nos bebês uma propensão inata para o contato com outro ser humano, pois é uma tendência da espécie desenvolver o apego (Bowlby, 1969/2002; Lorenz, 1995; Tinbergen, 1979). Esse é um

comportamento biologicamente programado e tão essencial quanto os outros sistemas humanos. Além disso, possui um componente interno observado externamente por meio de determinados tipos de comportamentos, tais como sorrir, chorar, tocar, manter contato visual, que fazem com que o indivíduo consiga manter a proximidade com uma figura de apego e, assim, desenvolver as competências necessárias para construir a organização psicológica interna, com modelos representativos de si mesmo e dessas figuras (Bowlby, 1973/1998a).

Dando continuidade aos estudos de Bowlby, Mary Ainsworth (1989), observou, a partir do procedimento “situação estranha” crianças brincando por vinte minutos enquanto cuidadores e estranhos entram e saem da sala. A partir disso, a autora classificou a qualidade do apego da criança em relação ao seu cuidador em três tipos: seguro, inseguro-evitativo e inseguro-ansioso. A autora observou que crianças seguramente apegadas tem mães disponíveis para satisfazer as necessidades daquelas quando possível e responder, de maneira receptiva, à relação com elas. O apego seguro, ao invés dos tipos de apego inseguro, pode ser visto como um estilo de apego mais adaptativo, pois permite que o indivíduo seja capaz de explorar o ambiente quando têm o conhecimento de uma base segura (conceito introduzido pela autora) para retornar em momentos de necessidade (Ainsworth, 1989).

Main, Kaplan e Cassidy (1985) aprimoraram os estudos sobre apego. Essas autoras propuseram uma mudança de foco, em que esse tipo de vínculo passava a ser visto em nível de representação, em detrimento da ênfase ao aspecto comportamental. Esse modelo funcional interno, sendo uma representação mental do mundo, dos outros, do próprio *self* e das interações entre estes, possui componentes cognitivos e afetivos. Assim, os tipos de apego seriam expressões dos relacionamentos, que serviriam de base para guiar o comportamento em outros contextos. Uma vez formado, esse modelo tem uma existência fora da consciência e tende a se estabilizar. Nessa leitura, o modelo funcional interno é visto como representação ligada ao apego (Bowlby, 1973/1998b; Bretherton & Munholland, 1999).

Para que o comportamento de apego seja desenvolvido, é necessária a presença de um ambiente que propicie esse desenvolvimento (Papalia & Feldman, 2013). Este ambiente propício constitui-se por meio da estabilidade do cuidado fornecido, pela sensibilidade e responsividade dos cuidadores, além das capacidades cognitivas e emocionais da criança. A

partir desse modelo internalizado, a criança sente segurança com relação aos cuidadores, e consegue conquistar autonomia. Essa representação interna, que surge e se desenvolve com os cuidadores primários, será determinante para muitos dos relacionamentos interpessoais ao longo da vida do indivíduo (Bowlby, 1988/1989; Bretherton & Munholland, 1999). À medida em que a criança cresce e se relaciona, os modelos são atualizados.

1.5. Fatores que influenciam o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê

A partir da teoria exposta, é possível afirmar que o laço emocional subjetivo da mãe em relação ao bebê é manifestado por meio de seu comportamento (Reck et al., 2006), que é, por sua vez, influenciado pelo comportamento do bebê, em um fenômeno bidirecional, ou seja, as ações da mãe vão provocar reações no seu bebê e vice-versa (Bowlby, 1988/1995; Schermann, 2007). Todavia, o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê é interpelado por diversos fatores, que podem funcionar como fatores de risco ou proteção, favorecendo ou dificultando o desenvolvimento desse laço. A partir de uma revisão narrativa de estudos, serão listados os fatores mais relevantes na influência do vínculo mãe-bebê de acordo com a literatura nacional e internacional, como escolaridade materna, nível socioeconômico, apoio social, tipo de parto, prematuridade, número de filhos, ansiedade materna, depressão pós-parto, vínculo com os pais na infância e violência sofrida pela mãe. Após essa listagem, serão expostos estudos brasileiros de coorte sobre essa temática.

1.5.1 Escolaridade materna

A escolaridade materna tem influência na relação mãe-bebê. A escolaridade amplia a consciência sobre si mesma e a consciência da mulher sobre suas necessidades afetivas e sentimentais (o que, por sua vez, tem impacto na escolha das pessoas com quem se relaciona) (Andrade et al., 2005). A satisfação escolar e ocupacional podem contribuir para a melhora na auto-estima e da saúde mental das mães, motivando experiências mais positivas e melhor qualidade do vínculo com seus filhos (Andrade et al., 2005; Cavalcante, Lamy Filho, França, & Lamy, 2017; LeVine et al., 1991; Richman, Miller, & LeVine, 1992).

Estudo realizado por Figueiredo, Costa, Pacheco e Pais (2009), teve por objetivo investigar a relação entre fatores sociodemográficos e vínculo mãe-bebê em uma amostra de 315 mães portuguesas. Os resultados apontaram que a escolaridade materna pode oferecer benefícios para além dos recursos materiais viabilizados pela renda, pois estes podem ter

maior acesso a informações que podem influenciar o cuidado parental e as necessidades de desenvolvimento das crianças.

1.5.2 Nível socioeconômico

O nível socioeconômico familiar tem relação com o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê na medida em que está associado com problemas de saúde mental. Mães que possuem nível socioeconômico mais baixo, tendem a sofrer mais problemas de saúde mental, como depressão pós-parto, por exemplo (Alvarenga et al., 2012). É consenso na literatura que as questões de saúde mental estão relacionadas ao desenvolvimento do vínculo entre mãe e bebê, na medida em que mães com transtornos de ansiedade ou depressão, por exemplo, podem ficar menos disponíveis a interagirem com seus bebês e a atender as necessidades desses, em função do sofrimento pelo qual estão acometidas (Hoff, Laursen, & Tardif, 2002; Fuertes, Faria, Soares, & Crittenden, 2009; Morais et al., 2017).

Estudo realizado por Alvarenga e Frizzo (2017) investigou a relação entre variáveis sociodemográficas, estressores durante a gravidez e saúde mental de 79 mulheres durante a gestação e no puerpério, que responderam ao Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), ao Inventário de Eventos Estressantes de Vida e ao Inventário de Depressão de Beck (BDI-I), analisados por meio de análise de regressão. Os resultados desse estudo indicaram que a renda familiar está positivamente correlacionada com os transtornos mentais comuns na gravidez, como depressão pós-parto e transtornos de ansiedade e com a estabilidade dos sintomas de transtornos mentais da gravidez ao período pós-parto.

1.5.3 Apoio social

O apoio social é percebido por alguns pesquisadores como fator importante para o desenvolvimento do vínculo da mãe com o seu bebê, na medida em que funciona como uma ferramenta de suporte psicológico e emocional para as mães durante o período puerpério (Andresen & Telleen, 1992; Cardoso & Vivian, 2017; Rapoport & Piccinini, 2006; 2011). Quando a mãe recebe apoio social, principalmente em condições estressantes, isso contribui para que crie condições para que o seu bebê possa desenvolver um apego seguro. Assim, o contato da mãe com os membros desta rede de apoio afeta diretamente o seu relacionamento com o bebê (Rapoport & Piccinini, 2006).

Foi realizada recentemente uma revisão da literatura por Cardoso & Vivian (2017) sobre as mudanças emocionais ocorridas após o nascimento do filho e a importância do apoio social para o desenvolvimento da díade mãe-bebê. Os artigos nacionais publicados entre 2010 e 2015 foram buscados na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nas bases PePSIC, SciELO e LILACS. Os descritores utilizados foram maternidade, apoio social, puerpério. Um total de 19 artigos foram recuperados. Os artigos selecionados tratavam diretamente das mudanças vivenciadas pela mulher com a experiência da maternidade e como o apoio por ela percebido como fator importante para o desenvolvimento do vínculo com o seu bebê. A partir dos resultados, o apoio social foi considerado uma ferramenta de suporte psicológico e emocional para as mães durante o período do puerpério, contribuindo, assim, para a qualidade do vínculo mãe-bebê.

1.5.4 Tipo de parto

O tipo de parto também parece ter influência sobre o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê (Moreira et al., 2014; Reisz, Brennan, Jacobvitz, & George, 2019). De acordo com Zveiter & Pongianti (2006), o tipo de parto, ou seja, a maneira como o bebê nasce, terá implicações diretas na qualidade do vínculo com sua mãe.

Estudo realizado por Cetisli, Arkan e Top (2018) teve por objetivo analisar o apego e os comportamentos de amamentação no período pós-parto de mães que tiveram diferentes tipos de parto (vaginal e cesariana). As participantes foram 175 mulheres que deram à luz em um hospital universitário em Izmir, na Turquia. Do total de mães, 52,5% tiveram cesariana e o restante teve parto vaginal. Os dados foram coletados por meio de um questionário sociodemográfico, do Maternal Attachment Inventory (MAI) e do Breastfeeding Assessment Scale (LATCH). Foram utilizadas para análise dos dados estatísticas descritivas e correlacionais. De acordo com os resultados, mães que fizeram cesariana tiveram mais problemas relacionados ao apego materno e à amamentação do que aquelas que fizeram parto vaginal. A cesárea pode funcionar como preditiva de um parto traumático, pois, muitas vezes, acontece de forma relativamente inesperada e de urgência. Além disso, essa modalidade de parto pode colaborar para a separação precoce mãe-bebê, o que pode comprometer a disponibilidade para a vinculação (Moreira et al., 2014).

1.5.5 Prematuridade

Outro fator que influencia o vínculo mãe-bebê é a prematuridade (Barroso, Pontes, & Rolim, 2015; Pascoe, Bissessur, & Mayers, 2015; Pontes & Cantilino, 2014; Schaeffer & Donelli, 2017). Conforme Baseggio, Dias, Brusque, Donelli e Mendes (2017), a vivência de internação da mãe e do bebê em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em função da prematuridade interfere negativamente na relação da díade mãe-bebê e nos sentimentos vivenciados pelas mães, na medida em que a diminuição do contato da mãe com o bebê internado na UTIN dificulta o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe-bebê.

Estudo realizado por Pisoni et al. (2014) avaliou 43 casais com gestação de alto risco e 37 casais com gestação fisiológica. Questionários sobre depressão, ansiedade e apoio social foram preenchidos pelas mães e o questionário de apego pré-natal foi preenchido pelas mães e pelos pais, separadamente. Os sintomas de depressão e de ansiedade foram maiores no grupo de gravidez de alto risco. O apego pré-natal materno e paterno foi significativamente menor nesse grupo, porém não está relacionado à depressão ou ansiedade. O apego pré-natal paterno está estritamente relacionado à escala de apego materno em ambos os grupos e os escores pré-natais paternos em no grupo de gestação de risco teve uma correlação negativa com a depressão materna. Esse estudo mostrou que os pais hospitalizados cujos bebês têm risco de nascer prematuros desenvolvem menos apego ao feto e níveis mais altos de ansiedade e de depressão quando comparados com o grupo de gravidez fisiológica. Além disso, recém nascidos prematuros podem ficar na UTI Neonatal. O tempo que o bebê vai necessitar de tratamento intensivo e as condições de saúde dele podem dificultar a vinculação com a mãe, na medida em que ela poderá ter menos oportunidades de interações para estabelecer uma relação de confiança e de reciprocidade com o bebê nos primeiros momentos de vida deste (Pontes & Cantilino, 2014).

1.5.6 Número de filhos

O número de filhos também pode influenciar na qualidade do vínculo. Foi realizada uma pesquisa por Alvarenga et al. (2012) sobre as relações entre variáveis sociodemográficas, saúde mental da gestante e o apego materno-fetal no terceiro trimestre de gestação. Foram avaliadas 261 gestantes, que responderam individualmente uma ficha de

dados sociodemográficos, a Escala de Apego Materno-Fetal e o SRQ-20. De acordo com esse estudo, o número de filhos (4%) e a saúde mental materna (4,2%) explicaram parte da variância no apego materno-fetal. O modelo de regressão múltipla considerando os quatro fatores analisados, explicou 8,2% da variância nos escores de apego materno-fetal.

Todavia, a influência do número de filhos na qualidade do vínculo estabelecido entre mãe e bebê não é consenso na literatura. Estudo realizado por Alexandre, Monteiro, Branco e Franco (2016) analisou num grupo de 50 mães (27 primíparas e 23 multíparas) com bebês prematuros, as associações entre o estado emocional das mães, a autoestima delas e o vínculo com o bebê. Os resultados não mostraram associação significativa entre prejuízo no vínculo mãe-bebê e número de filhos.

1.5.7 Ansiedade materna

Estudos também identificaram a saúde mental materna como sendo um fator de influência no vínculo mãe-bebê (Brockington, 2004; Stein et al., 2014). Diversas pesquisas demonstram que quanto maior o nível de ansiedade materna, mais prejuízos serão causados no vínculo mãe-bebê (Dubber, Reck, Müller, & Gawlik, 2015; Field, 2018; Müller et al., 2016). Estudo realizado por Tietz, Zietlow e Reck (2014) avaliou 78 díades mãe-bebê, sendo 30 destas compostas por mães com ansiedade pós-parto e 48 por mães saudáveis. O prejuízo do vínculo mãe-bebê foi avaliado pelo Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). As mães com ansiedade pós-parto reportaram vínculo significativamente mais frágil com o bebê, quando comparadas às mães saudáveis.

Revisão sistemática da literatura realizada por Chemello, Lewandowski e Donelli (2017) examinou 43 artigos cujo foco de investigação era a ansiedade da mãe, a partir de consulta às bases de dados American Search Premier Complete, LILACS, MEDLINE, PsycINFO, SciELO e Web of Science. Os resultados desse estudo apontaram a importância da identificação da ansiedade no período pré-natal como medida preventiva e protetiva para a saúde mental das mães. Além disso, percebeu-se que a diminuição da ansiedade contribui como um fator positivo para o desenvolvimento dos bebês e para a qualidade da relação mãe-bebê.

1.5.8 Depressão pós-parto

A depressão pós-parto tem sido bastante associada a prejuízos no desenvolvimento

do vínculo mãe-bebê (Cavalcante, Lamy Filho, França, & Lamy, 2017; Nonnenmacher, Noe, Ehrenthal, & Reck, 2016; Rodrigues, Canavarro, & Fonseca, 2018; Santos & Serralha, 2015; Tsuchida et al., 2018). As consequências da depressão pós-parto para o vínculo mãe-bebê ocorrem em função da dificuldade da mãe em enviar sinais emocionais ao bebê, ocasionando, assim, o desenvolvimento de um apego inseguro por parte deste. Em função dessa condição, as mães ficam mais propensas a preferir tarefas que exijam poucos desafios, além de apresentarem menos motivação para os cuidados consigo mesmas e com os bebês (Santos & Serralha, 2015).

Em um estudo realizado por Delavari, Mohammad-Alizadeh-Charandabi e Mirghafourvand (2018), em Tabriz, província de Azerbaijão Oriental/Irã, foram avaliadas 242 mulheres primíparas em 2016, por meio de um questionário sociodemográfico, uma Escala de Apego Materno-Fetal de Cranley's, um questionário de informações obstétricas e a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS). Foi realizada uma regressão linear multivariada para estimar a proporção em que o apego materno-fetal foi afetado pela depressão pós-parto. O teste de correlação de *Pearson* mostrou uma relação inversa significativa entre o apego materno-fetal e a depressão pós-parto ($r = -0,196$, $p < 0,001$). A regressão linear multivariada modelo mostrou que a depressão pós-parto se correlacionou significativamente com a idade da mãe e com as dimensões do apego.

1.5.9 Vínculo com os pais na infância

A relação que uma mãe constrói com seu filho é fruto de, entre outras coisas, experiências emocionais vivenciadas por elas nas relações estabelecidas na infância e ao longo da vida (Bowlby, 1988/1995; Kliemann, Böing, & Crepaldi, 2011). O vínculo mãe-bebê pode ser prejudicado caso essas experiências tenham sido difíceis (Brazelton, 1988; Szejer & Stewart, 1997).

Estudo realizado por Ensink, Normandin, Plamondon, Berthelot e Fonagy (2016) teve por objetivo foi examinar os padrões temporais a partir do funcionamento reflexivo de mães, desde a criação dos filhos até o apego ao bebê, mensurado mais de 16 meses depois. Participaram do estudo 88 díades mãe-bebê de origens demograficamente diversas e incluíram um grupo de mães com histórias de maus-tratos na infância. Os resultados mostraram que comportamentos parentais negativos explicaram a ligação entre o funcionamento reflexivo das mães sobre seus próprios padrões de apego com os genitores

na infância e com o padrão de apego ao bebê. A mentalização das mães sobre seus relacionamentos iniciais de apego parece ter implicações importantes no processo de tornar-se mãe. Esse processo é importante para ajudar as mães a antecipar e a inibir comportamentos parentais negativos que poderiam colocar em risco o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê.

1.5.10 Violência sofrida pela mãe

Outro fator que afeta o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê é a violência sofrida pela mãe (Levendosky, Bogat, & Huth-Bocks, 2011). A violência contra as mulheres tem repercussões negativas para a saúde mental (Barbaro & Shackelford, 2019; Murray et al., 2018), sendo o principal perpetrador da violência, geralmente, o parceiro íntimo (Reichenheim et al., 2006; Silva, Valongueiro, Araújo, & Ludemir, 2015; Smagur, Bogat, & Levendosky, 2018).

Revisão da literatura realizada por Erickson, Julian e Muzik (2019), teve por objetivo verificar o impacto da depressão pré-natal, do estresse pós-traumático e da violência no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. O estudo faz uma análise teórica desses fatores e ressalta a importância de uma relação mãe-bebê saudável para estabelecimento de um vínculo de apego mãe-bebê seguro, que, por sua vez, é fundamental para o desenvolvimento socioemocional e cognitivo da criança. A revisão também destaca os papéis da depressão materna perinatal, estresse pós-traumático e da exposição à violência interpessoal ou dos maus-tratos na infância pelos pais na formação do vínculo e do estilo de apego da criança com o cuidador.

1.6. Estudos brasileiros de coorte sobre a temática

Alguns estudos avaliam de forma integrada todos esses fatores de risco e proteção apontados neste capítulo. Além disso, avaliam-nos em estudos de coorte, por meio dos quais conseguimos estabelecer um nexos causal mais acurado entre variáveis às quais as pessoas foram expostas e o desfecho. Estudos de coorte realizados no Brasil investigaram o vínculo mãe-bebê apresentam diversos fatores de risco e de proteção para essa relação. São listados como fatores associados ao vínculo a saúde mental materna, como sintomas de ansiedade e depressão, fatores sociodemográficos, apoio social recebido pela mãe, situação conjugal, planejamento da gravidez, consumo de bebida alcoólica durante a gravidez.

Uma coorte prospectiva iniciada no pré-natal com 1.140 mães em São Luís, MA, Brasil, buscou investigar a associação entre sintomas depressivos (Morais et al., 2017) e vínculo mãe-bebê. Como resultados, os sintomas de depressão na gestação e pós-parto estiveram associados a maiores escores do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), indicando prejuízos na relação mãe/filho. Esse estudo utilizou modelagem de equações estruturais. No modelo teórico inicial, a situação socioeconômica determinou os fatores demográficos, psicossociais maternos e de apoio social, que determinaram o desfecho relação mãe/filho. O modelo final apresentou bom ajuste e o maior efeito foi o dos sintomas de depressão na gestação. Também estiveram associados a maiores escores do PBQ menor apoio social, situação socioeconômica desfavorável e viver sem companheiro, por via indireta. Nesse estudo, sintomas de ansiedade e idade materna não estiveram associados com a relação mãe/filho. Todavia, no estudo não foram apresentadas explicações para tais resultados.

Estudo realizado por Cavalcante et al. (2017) com os dados da mesma coorte de São Luís, Maranhão, teve por objetivo avaliar fatores associados a prejuízos na relação mãe-filho em uma amostra de 3.215 mães de crianças entre 15 e 36 meses de idade. O prejuízo na relação mãe-filho, avaliado pelo Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), constituiu a variável desfecho e as variáveis explanatórias foram características demográficas, socioeconômicas, da saúde reprodutiva e da saúde mental das mães bem como das condições do nascimento das crianças. Foi utilizada análise de regressão multivariada com abordagem hierarquizada em que os blocos hierárquicos foram estruturados de acordo com a influência na variável-desfecho.

De acordo com os resultados do estudo de Cavalcante et al. (2017), foi alta a prevalência de prejuízos na relação mãe-filho. Os autores verificaram que menor escolaridade materna, variável do nível mais distal de determinação, esteve fortemente associada como risco à ocorrência de prejuízos na relação mãe-filho, permanecendo associada mesmo após ajuste pelas variáveis dos demais níveis. Além disso, foi considerado que a depressão materna afeta negativamente a relação mãe-filho. O fato de as mães apresentarem sintomas de depressão esteve fortemente associado com prejuízos na relação mãe-bebê, representando risco duas vezes maior. Cavalcante et al. (2017) destacaram como fatores de risco para o vínculo mãe-bebê, além da baixa escolaridade e da depressão maternas, a gravidez não ter sido planejada, o consumo de bebida alcoólica durante a

gravidez e sintomas maternos de estresse. Os resultados do estudo apontaram para a importância de atentar para saúde mental das gestantes durante o período pré-natal, a fim de que seja possível prevenir fatores psicológicos que poderão causar prejuízos na relação mãe-bebê.

1.7. Considerações Finais

Diversos estudos ressaltam a importância da relação entre mãe e filho como um fator de proteção do desenvolvimento infantil (Bowlby, 1988/1989; Cavalcante et al., 2017; Morais et al., 2017; Saur, Bruck, Antoniuk, & Riechi, 2018). Esse vínculo é influenciado por diversos fatores, que podem ser de risco ou de proteção para essa relação. A literatura aponta exaustivamente esses fatores, investigando as suas relações ou apresentando-os separadamente. Todavia, não há estudos sobre a influência de determinados fatores atuando conjuntamente, como o vínculo que a mãe estabeleceu com a sua mãe na infância e os maus tratos, com o vínculo da mãe com a sua criança.

Dessa forma, considera-se relevante pesquisas sobre essa temática, na medida em que permitem compreender e contextualizar esses fatores, a partir das diferentes variáveis envolvidas. Estudos sobre o relacionamento de variáveis que afetam o vínculo materno podem contribuir para a prevenção de futuros prejuízos sociais, emocionais e afetivos de crianças e adolescentes. A detecção precoce de fatores prejudiciais no vínculo mãe-bebê permite que sejam desenvolvidas intervenções de saúde específicas para promoção do bem-estar da díade mãe-bebê e de seu ambiente familiar (Cock et al., 2015; Palacios-Hernández, 2016). A literatura apresenta estudos que partem dessa perspectiva, apontando para a necessidade de intervenções focadas no vínculo materno e na interação mãe-bebê, a fim de evitar danos ao relacionamento mãe-filho (Erickson, Julian, & Muzik, 2019; Reck, Zietlow, Müller, & Dubber, 2016).

1.8. Referências

- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716. doi:10.1037/0003-066X.44.4.709
- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, estresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 64-77.
- Alexandre, J. D., Monteiro, L., Branco, I., Franco, C. A. (2016). Prematuridade na perspectiva de mães primíparas e múltiparas. Análise do seu estado psicoemocional, autoestima e bonding. *Análise Psicológica*, 3(XXXIV), 265-277. doi:10.14417/ap.1141
- Alvarenga, P., & Frizzo, G. B. (2017). Stressful Life Events and Women's Mental Health During Pregnancy and Postpartum Period. *Paidéia*, 27(66), 1-9. doi:10.1590/1982-43272766201707
- Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Alfaya, C. A. S., Lordelo, E. R., & Piccinini, C. A. (2012). Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 477-484. doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300017
- Ammaniti, M., Tambelli, R., & Odorisio, F. (2013). Exploring maternal representations during pregnancy in normal and at-risk samples: The use of the interview of maternal representations during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 1-10. doi:10.1002/imhj.21357
- Andresen, P. A., & Telleen, S. L. (1992). The relationship between social support and maternal behaviors and attitudes: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 20(6), 753-774. doi:10.1007/bf01312606
- Barroso, M. L., Pontes, A. L., & Rolim, K. M. C. (2015). Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(2), 168-175. doi:10.15253/2175-6783.2015000200005
- Barbaro, N., & Shackelford, T. K. (2019). Environmental Unpredictability in Childhood Is Associated With Anxious Romantic Attachment and Intimate Partner Violence Perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(2). doi:10.1177/0886260516640548
- Baseggio, D. B., Dias, M. P. S., Brusque, S. R., Donelli, T. M. S., & Mendes, P. (2017). Vivências de Mães e Bebês Prematuros durante a Internação Neonatal. *Trends in Psychology*, 25(1), 153-167. doi:10.9788/TP2017.1-10

- Bee, H., & Boyd, D. (2011). *A criança em desenvolvimento*. (12ª Ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego* (S. M. Barros, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1988)
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda, Vol 1. Apego: A natureza do vínculo* (2ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1969)
- Bowlby J. (1995). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1988)
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1979)
- Bowlby, J. (1998a). *Apego e perda, Vol. 2. Separação: angústia e raiva* (3ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1973)
- Bowlby, J. (1998b). *Apego e Perda, Vol 3. Perda: tristeza e depressão* (2ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1973)
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bretherton, I., & Munholland, K. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In: Cassidy, J. & Shaver, P. (Orgs.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. (pp. 89-114). London: The Guilford Press.
- Brockington I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363, 303-310. doi:10.1016/S0140-6736(03)15390-1
- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: Abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 457-467.
- Cardoso, A. C. A., & Vivian, A. G. (2017). Maternidade e suas vicissitudes: A importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. *Diaphora*, 17(1), 43-51.
- Cavalcante, M. C. V., Lamy Filho, F., Franca, A. K. T. C., & Lamy, Z. C. (2017). Relação mãe-filho e fatores associados: Análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(5), 1683-1693. doi:10.1590/1413-81232017225.21722015

- Cetisli, N. E., Arkan, G., & Top, E. D. (2018). Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64(2), 164-169. doi:10.1590/1806-9282.64.02.164
- Chemello, M. R., Levandowski, D. C., & Donelli, T. M. S. (2017). Ansiedade Materna e Maternidade: Revisão Sistemática da Literatura. *Interação em Psicologia*, 21(1), 78-89. doi:10.5380/psi.v21i1.46153
- Cock, E. S. A., Henrichs, J., Vreeswijk, C. M. J. M., Maas, A. J., Rijk, C. H. A. M., & Bakel, H. J. A. (2016). Continuous feelings of love? The parental bond from pregnancy to toddlerhood. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 125-134. doi:10.1037/fam0000138
- Corrêa, F. P., & Serralha, C. A. (2015). A depressão pós-parto e a figura materna: Uma análise retrospectiva e contextual. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 113-123. doi:10.14718/ACP.2015.18.1.11
- Delavari, M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2018). The Relationship of Maternal-Fetal Attachment and Postpartum Depression: A Longitudinal Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 263–267. doi:10.1016/j.apnu.2017.11.013
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: The role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2), 187-195. doi:10.1007/s00737-014-0445-4
- Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 48(1), 9-18.
- Erikson, E. H. (1976). *Infância e sociedade* (2ª ed.). (G. Amado, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Erickson, N., Julian, M., & Muzik, M. (2019). Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother–infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. *International Review of Psychiatry*, 1-19. doi:10.1080/09540261.2018.1563529
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305-313. doi:10.1590/S1413-73722007000200011
- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A

- narrative review. *Infant Behavior and Development*, 51(1), 24-32. doi:10.1016/j.infbeh.2018.02.005
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Matern Child Health Journal*, 13(4), 539-549. doi:10.1007/s10995-008-0312-x
- Freud, S. (1972). *Instintos e suas vicissitude*. In Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Imago: Rio de Janeiro. (Original publicado em 1915)
- Fuertes, M., Faria, A., Soares, H., & Crittenden, P. (2009). Developmental and evolutionary assumptions in a study about the impact of premature birth and low income on mother-infant interaction. *Acta Ethologica*, 12(1), 1-11. doi:10.1007/s10211-008-0051-4
- Hoff, E., Laursen, B., & Tardif, T. (2002). *Socioeconomic status and parenting*. In: Borstien M. H., editor. Handbook of Parenting. Mahweh: Lawrence Erlbaum Associates.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. H., & Kennel, J. H. (1993). *Pais/bebê a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kliemann, A., Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2011). Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25(2), 69-76.
- LeVine, R. A., LeVine, S. E., Richman, A., Tapia, F. M. U., Correa, C. S., & Miller, P. M. (1991). Women's schooling and child care in the demographic transition: A Mexican case study. *Population and Development Review*, 17(3), 459-496. doi:10.2307/1971950
- Lorenz, K. (1995). *Os fundamentos da etologia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Lopes, R. C. S., Donelli, T. M. S., Lima, C. M., & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: Expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 247-254. doi:10.1590/S0102-79722005000200013
- Levendosky, A. A., Bogat, G. A., Huth-Bocks, A. C. (2011). The influence of domestic violence on the development of the attachment relationship between mother and young child. *Psychoanalytic Psychology*, 28(4), 512-527. doi:10.1037/a0024561
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood:

- A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters(Org.), Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(½), 66-106. doi:10.2307/3333827
- Maldonado, M. T. (2005). *Psicologia da Gravidez*. (17ª Ed.). São Paulo: Editora Saraiva.
- Miranda, A. M., Soares, C. N., Moraes, M. L., Fossaluzza, V., Serafim, P. M., & Mello, M. F. (2012). Healthy maternal bonding as a resilience factor for depressive disorder. *Psychology & Neuroscience*, 5(1), 21-25. doi:10.3922/j.psns.2012.1.04
- Molina, K. M., & Kiely, M. (2011). Understanding depressive symptoms among high-risk, pregnant, African-American women. *Women's Health Issues*, 21(4), 293–303. doi:10.1016/j.whi.2011.01.008
- Morais, A. O. D. S., Simões, V. M. F., Rodrigues, L. S., Batista, R. F. L., Lamy, Z. C., Carvalho, C. A., ..., Ribeiro, M. R. C. (2017). Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: Uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(6), 2-15. doi:10.1590/0102-311x00032016
- Moreira, M. E. L, Gama, S. G. N., Pereira, A. P. E., Silva, A. A. M., Lansky, S., ..., & Leal, M. C. (2014). Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 30(1), 128-139.
- Müller, M., Tronick, E., Zietlow, A.-L., Nonnenmacher, N., Verschoor, S., & Trauble, B. (2016). Effects of maternal anxiety disorders on infant self-comforting behaviors: The role of maternal bonding, infant gender and age. *Psychopathology*, 49(4), 295-304. doi:10.1159/000448404
- Murray, A. L., Kaiser, D., Valdebenito, S., Hughes, C., Baban, A., Fernando, A. D., ... Eisner, M. (2018). The Intergenerational Effects of Intimate Partner Violence in Pregnancy. *Trauma, Violence & Abuse*, 1(1). 1-13. doi:10.1177/1524838018813563
- Myers, B. (1984). Mother-infant bonding: the status of this critical-period hypothesis. *Developmental Review*, 4(3), 240-274. doi:10.1016/S0273-2297(84)80007-6
- Nonnenmacher, N., Noe, D., Ehrenthal, J. C., & Reck, C. (2016). Postpartum bonding: The impact of maternal depression and adult attachment style. *Archives Womens Mental Health*, 19(5), 927-935. doi:10.1007/s00737-016-0648-y
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. (12º Ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: Prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. doi:10.18273/revsal.v48n2-2016001
- Pascoe, M., Bissessur, D., & Mayers, P. (2015). Mothers' perceptions of their premature infant's communication: A description of two cases. *Health SA Gesondheid - Journal of Interdisciplinary Health Sciences*, 21(1), 143-154. doi:10.1016/j.hsag.2015.10.002
- Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes, A. G., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 373-382.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Sentimentos e expectativas da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 233-240.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314. doi:10.1590/S0102-79722004000300003
- Pidgeon, A. M., & Giufre, A. C. (2014). Shoulda' Put a Ring on It: Investigating Adult Attachment, Relationship Status, Anxiety, Mindfulness, and Resilience in Romantic Relationships. *Open Journal of Social Sciences*, 2(11), 32-40. doi:10.4236/jss.2014.211005
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., ..., & Stronati, M. (2014). Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early Human Development*, 90, 45-46. doi:10.1016/S0378-3782(14)50012-6
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., ... Stronati, M. (2015). Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(5), 771-776. doi:10.3109/14767058.2015.1017813
- Pontes, G. A. R., & Cantilino, A. (2014). A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 290-298. doi:10.1590/0047-2085000000037
- Raphael-Leff, J. (2010). Healthy maternal ambivalence. *Psychoanalytic Psychotherapy in South Africa*, 18(2), 57-73. doi:10.16995/sim.97

- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 16(1), 85-96.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 16(2), 215-225.
- Reck, C., Zietlow, A. L., Müller, M., & Dubber, S. (2016). Perceived parenting stress in the course of postpartum depression: The buffering effect of maternal bonding. *Archives of women's mental health*, 19(3), 473-482. doi:10.1007/s00737-015-0590-4
- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., & Hasselmann, M. H. (2000). Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 610-616. doi:10.1590/S0034-89102000000600008
- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., Szklo, A., Hasselmann, M. A., Souza, E. R., ..., & Figueiredo, V. (2006). The magnitude of intimate partner violence in Brazil: Portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Caderno de Saúde Pública*, 22(2), 425-437. doi:10.1590/S0102-311X2006000200020
- Reisz, S., Brennan, J., Jacobvitz, D., & George, C. (2019). Adult attachment and birth experience: Importance of a secure base and safe haven during childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(1), 26-43. doi:10.1080/02646838.2018.1509303
- Rodrigues, S., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2018). Attachment representations and maternal confidence: The mediating role of postnatal depressive symptoms and negative thoughts. *Journal of Child and Family Studies*, 27(11), 3585-3597. doi:10.1007/s10826-018-1182-5
- Rosa, R., Martins, F. E., Gasperi, B. L., Monticelli, M., Siebert, E. R. C., & Martins, N. M. (2010). Mãe e filho: Os primeiros laços de aproximação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 105-112. doi:10.1590/S1414-81452010000100016
- Santos, L. P., & Serralha, C. A. (2015). Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. *Barbarói, Santa Cruz do Sul*, 43(1), 5-26. doi:10.17058/barbaroi.v0i0.3748
- Saur, B., Bruck, I., Antoniuk, S. A., & Riechi, T. I. J. S. (2018). Relação entre vínculo de apego e desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor. *Psico*, 49(3), 257-265. doi:10.15448/1980-8623.2018.3.27248

- Schaeffer, M. P., & Donelli, T. M. S. (2017). Psicoterapia mãe-bebê: Uma intervenção no contexto da prematuridade. *Contextos Clínicos*, 10(1), 33-47. doi:10.4013/ctc.2017.101.03
- Schermann, L. (2007). Avaliação quantitativa e qualitativa da interação mãe-bebê. In C. A. Piccinini & M. L. S. Moura (Orgs.), *Observando a interação pais-bebê-criança* (pp. 155-175). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santiago, J. C., Bucher-Maluschke, J. S., Alexandre, I. F., & Branco, F. (2017). Attachment to peers and perception of attachment to parents in adults. *Psychology*, 8(6), 862-877. doi:10.4236/psych.2017.86056
- Silva, E. P., Valongueiro, S., Araújo, T. V. B., & Ludemir, A. B. (2015). Incidence and risk factors for intimate partner violence during the postpartum period. *Revista de Saúde Pública*, 49(46), 1-9. doi:10.1590/S0034-8910.2015049005432
- Smagur, K. E., Bogat, G. A., & Levendosky, A. A. (2018). Attachment insecurity mediates the effects of intimate partner violence and childhood maltreatment on depressive symptoms in adult women. *Psychology of Violence*, 8(4), 460-469. doi:10.1037/vio0000142
- Spitz, R. (1945). Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Stein, A., Pearson, R., Goodman, S., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., ..., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 384(9956), 1800-1819. doi:10.1016/S01406736(14)61277-0
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tietz, A., Zietlow, A. L., & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: The crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Womens Mental Health*, 17(5), 433-442. doi:10.1007/s00737-014-0423-x
- Tinbergen, N. (1979). *Estudios de etologia*. Madrid: Alianza.
- Tsuchida, A., Hamazaki, K., Matsumura, K., Miura, K., Kasamatsu, H., Inadera, H., ..., Katoh, T. (2018). Changes in the association between postpartum depression and mother-infant bonding by parity: Longitudinal results from the Japan Environment and

- Children's Study. *Journal of Psychiatric Research*, 110(1), 110-116.
doi:10.1016/j.jpsychires.2018.11.022
- Zveiter, M., & Pongianti, J. M. (2006). A dimensão psíquica valorizada nos cuidados imediatos ao recém-nascido. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14(4), 593-598.
- Wilhelm, K., Gillis, I., & Parker, G. (2016). Parental Bonding and Adult Attachment Style: The Relationship between Four Category Models. *International Journal of Women's Health and Wellness*, 2, 1-16. doi:10.23937/2474-1353/1510016
- Winnicott, D. (1982). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. (pp. 79-87). Em: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963)
- World Health Organization (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Retirado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43846/1/9789241563567_eng.pdf
- World Health Organization. (2018). *Ten steps to successful breastfeeding*. Retirado de: <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>

CAPÍTULO III

ARTIGO

Qual a relação entre vínculo estabelecido com a genitora na infância, depressão pós-parto e violência sofrida com o vínculo mãe-bebê?¹

Daiane Silva de Souza, Wagner de Lara Machado, Juliana Rombaldi Bernardi, Clécio Homrich da Silva, Marcelo Zubaran Goldani, Denise Ruschel Bandeira

Resumo

O vínculo entre mãe e filho pode ser influenciado por diversos fatores, que podem ser de risco ou de proteção para essa relação. A literatura investiga as relações entre esses fatores separadamente. Esse estudo teve por objetivo verificar as relações de alguns desses fatores atuando conjuntamente e sua influência no vínculo entre mãe-bebê. Por meio de uma coorte com 361 mães, o prejuízo na relação mãe-filho foi avaliado pelo Postpartum Bonding Questionnaire, sendo essa a variável desfecho. Foi utilizada análise de regressão multivariada com abordagem hierarquizada em que os blocos hierárquicos foram estruturados segundo influência na relação mãe-filho. Foi construído um modelo de regressão linear múltipla hierárquica, com três blocos. Nas análises subsequentes, foram estimados e utilizados os escores fatoriais do PBQ, opção que possibilitou diminuir o erro de mensuração. A variável violência sofrida foi significativa para explicar o modelo no segundo bloco, mas perdeu a sua significância estatística no terceiro bloco. Após a regressão múltipla, foi feita análise de rede. Verificou-se que o efeito da violência sofrida sobre o vínculo mãe-bebê não é direto, é mediado pela depressão. Isso explica porque, no modelo de regressão linear múltipla hierárquica, a violência sofrida não é significativa, quando acrescentada a variável depressão materna. Os diferenciais deste estudo são a utilização dos escores fatoriais do PBQ e da análise de rede. Utilizar análise de rede permitiu estimar as relações condicionais entre o conjunto de variáveis, possibilitando, assim, uma compreensão mais ampla dos fatores que interferem no vínculo mãe-bebê.

Palavras-chave: vínculo mãe-bebê, apego, desenvolvimento infantil, depressão pós-parto, fatores de risco, fatores de proteção

¹ Pesquisa realizado com bolsa do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Abstract

The mother-baby bonding can be influenced by several factors, which may be risk or protective for this relationship. The literature investigates the relationships between these factors separately. This study aimed to verify the relationships of some of these factors acting together and their influence on the bond between mother and baby. Through a cohort of 361 mothers, the loss in the mother-baby bonding was evaluated by the Postpartum Bonding Questionnaire, which was the outcome variable. Multivariate regression analysis with a hierarchical approach was used in which the hierarchical blocks were structured according to influence in the mother-baby bonding. A hierarchical multiple linear regression model was constructed with three blocks. In the subsequent analyzes, the factorial scores of the PBQ were estimated and used, an option that made it possible to reduce the measurement error. The variable violence suffered was significant to explain the model in the second block, but lost its statistical significance in the third block. After multiple regression, a network analysis was performed. It has been found that the effect of violence suffered on the mother-baby bond is not direct, it is mediated by depression. This explains why, in the hierarchical multiple linear regression model, the violence suffered is not significant, when the variable maternal depression is added. The differentials of this study are the use of factorial scores of the PBQ and the network analysis. Using network analysis allowed to estimate the conditional relations between the set of variables, thus allowing a broader understanding of the factors that interfere in the mother-baby bonding.

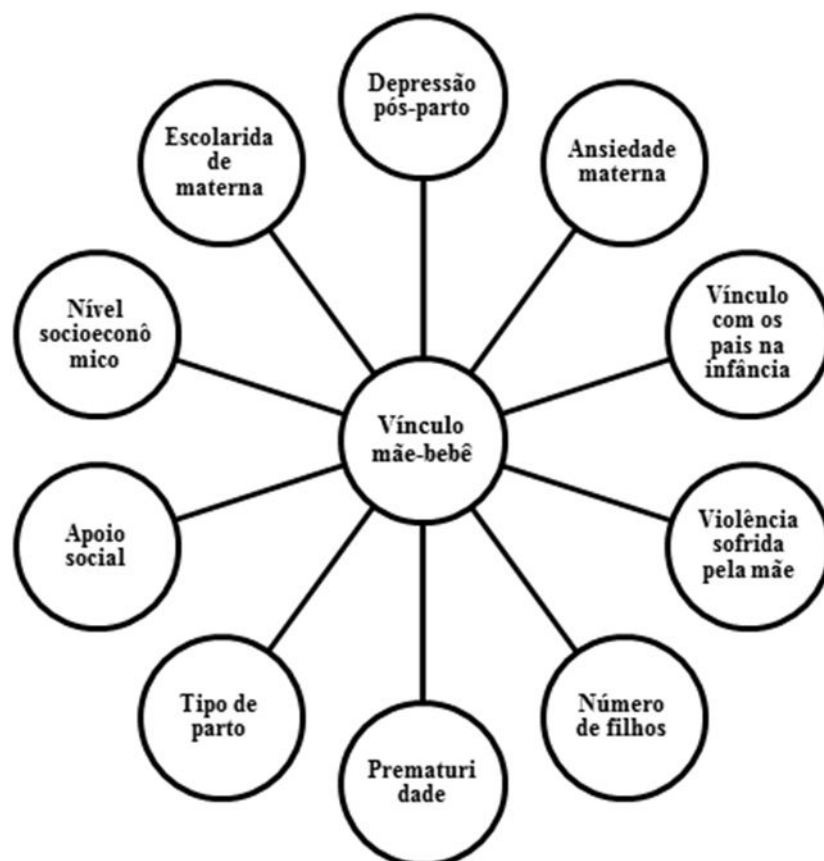
Keywords: mother-baby bonding, attachment, child development, post-partum depression, risk factors, protective factors

2.1. Introdução

O vínculo mãe-bebê funciona como um fator de proteção para o desenvolvimento infantil, na medida em que prejuízos nessa relação podem afetar o desenvolvimento das relações do indivíduo ao longo da vida (Bowlby, 1988/1989; Cavalcante et al., 2017; Morais et al., 2017; Saur et al., 2018). Esse laço é interpelado por diversos fatores, que podem ser de risco ou de proteção, na medida em que algumas mães podem ter facilidades ou dificuldades em desenvolver um relacionamento afetivo com seu bebê, favorecendo ou dificultando o desenvolvimento do apego pela criança (Bowlby, 1988/1989). O padrão de apego desenvolvido com os pais na infância também influencia as relações amorosas futuras (Sun et al., 2017; Ensink, Normandin, Plamondon, Berthelot, & Fonagy, 2016).

A partir de uma revisão narrativa da literatura, diversos estudos mostram, de forma consistente, que os seguintes fatores influenciam o vínculo mãe-bebê (ver Figura 1): a escolaridade materna (Cavalcante et al., 2017; Figueiredo et al., 2009), o nível socioeconômico (Alvarenga & Frizzo, 2017; Fuertes et al., 2009; Morais et al., 2017), o apoio social recebido (Cardoso & Vivian, 2017; Rapoport & Piccinini, 2011), tipo de parto (Cavalcante et al., 2017; Cetisli et al., 2018; Reisz et al., 2019), a prematuridade (Barroso et al., 2015; Schaeffer & Donelli, 2017; Brazelton, 1988; Pascoe et al., 2015), o número de filhos (Alexandre et al., 2016; Alvarenga et al., 2012), ansiedade materna (Field, 2018; Müller et al., 2016), depressão pós-parto (Delavari, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, & Mirghafourvand, 2018; Dubber, Reck, Müller, & Gawlik, 2015), o vínculo com os pais na infância (Kliemann, Böing, & Crepaldi, 2011; Wilhelm, Gillis, & Parker, 2016), e a violência sofrida pela mãe (Barbaro & Shackelford, 2019; Erickson, Julian, & Muzik, 2019; Silva, Valongueiro, Araújo, & Ludemir, 2015).

Figura 1: Fatores de risco e de proteção para o vínculo mãe-bebê.



As experiências de cuidado que a mãe vivenciou na infância com a sua genitora pode prejudicar o desenvolvimento do vínculo com o bebê caso essas experiências tenham sido difíceis (Brazelton, 1988; Bowlby, 1988/1995; Kliemann et al., 2011; Reck, Nonnenmacher, & Zietlow, 2016). Mães que sofreram traumas, como maus tratos na infância, podem apresentar dificuldades para encontrar suporte em seus próprios modelos parentais, em função do receio de repetir os maus tratos sofridos, podendo, assim, sentirem-se inseguras para exercer a maternidade (Miranda et al., 2012; Wilhelm, Gillis, & Parker, 2016). Estudo realizado por Miranda et al., (2012) demonstra que mulheres que relataram apego saudável com suas mães não desenvolveram Transtornos Depressivos quando confrontadas com situações estressantes, como o parto prematuro. Em contrapartida, mulheres que reportaram terem sido vítimas de violência durante a infância foram mais susceptíveis de vivenciar agressões por parte de seus parceiros atuais (Silva, Valongueiro, Araújo, & Ludemir, 2015; O'Doherty et al., 2015).

A saúde mental materna pode ser prejudicada pela ansiedade e depressão pós-parto e

pela violência sofrida pela mãe. Essas condições podem prejudicar o vínculo com o bebê. Estudo realizado por Levendosky, Bogat e Huth-Bocks (2011) mostrou que a violência sofrida pode desencadear mecanismos não-adaptativos como projeção materna, identificação projetiva, bem como desregulação e dissociação emocionais por parte da mãe, o que, por sua vez, faz com que essa tenha dificuldades no processo de vinculação com o bebê.

Em suma, o vínculo mãe-bebê é influenciado por diversos fatores, que podem ser de risco ou de proteção para essa relação (Cavalcante et al., 2017; Morais et al., 2017; Saur, Bruck, Antoniuk, & Riechi, 2018). A literatura aponta exaustivamente esses fatores, citados no início desse artigo, investigando as suas relações ou apresentando-os separadamente. Todavia, não há estudos sobre a influência desses determinados fatores atuando conjuntamente e do seu impacto no vínculo estabelecido entre mãe e bebê.

Objetivo

Esse estudo tem por objetivo verificar as relações de diversas variáveis, presentes em um banco de dados de um projeto de coorte, atuando conjuntamente e sua influência no vínculo entre mãe e bebê em uma amostra de mães atendidas em dois hospitais públicos da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Essas variáveis são: vínculo estabelecido com a sua genitora durante a infância, depressão pós-parto, violência sofrida e características sociodemográficas como escolaridade materna, renda familiar, número de filhos, situação conjugal, cuidados com a criança, tipo de parto e prematuridade.

No que concerne às hipóteses a serem investigadas, partiu-se do pressuposto que um vínculo frágil da mãe com a sua genitora durante a infância, a depressão pós-parto e a violência sofrida tem relação com o vínculo da mãe com o bebê, na medida em que funcionam como fatores de risco para o desenvolvimento do vínculo da mãe com o seu bebê. De acordo com a literatura, quanto maior a escolaridade materna e maior o apoio social recebido, maior é a qualidade do vínculo mãe-bebê. Além disso, sabe-se que a situação conjugal, bem como a renda familiar, o número de filhos, a situação conjugal, o tipo de parto e a prematuridade influenciam no desenvolvimento desse vínculo, podendo funcionar como fatores de risco ou de proteção para essa relação. No que diz respeito à interação entre as variáveis, uma das hipóteses foi de que um vínculo frágil da mãe com a genitora na infância pode deixar a mãe mais suscetível a vivenciar situações de violência.

2.2. Método

Essa pesquisa está inserida no projeto Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida (IVAPSA), desenvolvido pelo Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (NESCA/HCPA). O projeto IVAPSA corresponde a um estudo de coorte prospectivo controlado, que teve por objetivo compreender os efeitos a longo prazo de variações ambientais perinatais sobre o crescimento, o comportamento, o metabolismo e o neurodesenvolvimento do indivíduo, assim como identificar a vulnerabilidade para efeitos deletérios destas variações. Os dados utilizados nesse projeto são advindos da coorte do IVAPSA.

2.2.1. Participantes

Participou deste estudo uma amostra de conveniência de 361 mães. Como critério de inclusão, as puérperas deveriam ter sido atendidas no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e pertencerem à área de abrangência da cidade de Porto Alegre-RS. Não foram incluídas no projeto IVAPSA as puérperas com teste positivo para HIV, crianças gemelares ou que apresentaram doenças congênitas ao nascimento e crianças que necessitaram de internação hospitalar e que apresentaram peso ao nascimento inferior a 500g.

Devido aos dados não declarados, algumas informações apresentam variação em relação ao número total de sujeitos (Tabela 1). A amostra foi composta por 361 mães, com média de idade de 25,83 (DP 6,64) anos, com amplitude de 14 a 42 (n = 322). Em relação à escolaridade, a média foi 9,16 (DP 2,43) anos de estudo, com amplitude de 0 a 16 (n = 322). No que se refere a renda familiar, a média foi 1.928,11 (DP = 1.424,85) reais, com amplitude de 220 a 10.800 (n = 286). No que concerne a número de filhos, a média foi 2,60 (DP 1,23) anos de estudo, com amplitude de 1 a 8 (n = 194).

A maioria das mães que fizeram parte da amostra tinha companheiro (79,81%) e declarou ter assumido sozinha os cuidados com a criança após a gestação (96,08%). No que se refere ao tipo de parto, 65,83% das mães tiveram parto vaginal e 97,78 dos bebês nasceram a termo, de acordo com a idade gestacional informada pelo médico.

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo características sociodemográficas maternas.

Características sociodemográficas	% ou <i>M(DP)</i>
Idade da mãe (n=322)	25,83(6,64)
Escolaridade (n=322)	9,16(2,43)
Renda familiar (n=286)	R\$ 1.928,11(R\$1.424,85)
Número de filhos (n=194)	2,60(1,23)
Situação conjugal (n=322)	
Com companheiro	79,81%
Sem companheiro	20,18%
Cuidados com a criança (n=179)	
Outros	3,91%
Mãe	96,08%
Tipo de parto (n=322)	
Cesárea	34,16%
Vaginal	65,83%
Prematuridade (n=316)	
A termo	97,78%
Prematuro	2,21%

Nota. n = número de respostas válidas para a variável em questão.

2.2.2. Instrumentos

Questionário Sociodemográfico (ANEXO A)

No projeto IVAPSA foram coletadas, por meio de questionário, variáveis socioeconômicas, demográficas, clínicas, biológicas e comportamentais. Para este estudo, foram utilizados alguns desses dados para levantar o perfil dos participantes e para coletar informações relevantes para as análises, como idade da mãe, escolaridade materna, renda familiar, situação conjugal, cuidados com a criança (proveniente da pergunta “Quem cuida da

criança na maior parte do tempo?”), tipo de parto, número de filhos e prematuridade (idade gestacional menor que 37 semanas).

Questionário sobre intensidade de cuidado materno dos pais (PBI) (ANEXO B)

O instrumento utilizado foi o *Parental Bonding Instrument* (PBI), original de Parker, Tupling e Brown (1979) e adaptado ao português por Hauck et al., (2006). O PBI é constituído por 25 itens, dispostos em uma escala *likert* (0 a 3), que compõem duas escalas: uma que avalia Cuidado (12 itens) e outra que avalia Superproteção/Controle (13 itens), cujas pontuações máximas são de 36 e 39 pontos, respectivamente. Para responder aos itens, devem ser resgatadas as lembranças sobre as práticas parentais que o respondente tem desde o início da vida até os seus 15 anos. Altos escores na escala de Cuidado representam percepções de carinho e proximidade, enquanto que, na escala de Superproteção/Controle, representam percepções de proteção excessiva, vigilância e infantilização. A partir dessas duas escalas, é possível obter quatro classificações de vínculos entre pais e filhos: Cuidado Ótimo, Controle Afetivo, Controle sem Afeto e Negligente. No que se refere às propriedades psicométricas do PBI respondido em relação à figura materna, de acordo com estudo realizado por Teodoro, Benetti, Schwartz e Mônego (2010), este instrumento apresentou um Alpha de Cronbach de 0,91 para a escala Cuidado e 0,87 para a escala Superproteção/Controle.

Questionário sobre violência (ANEXO C)

O questionário para avaliar violência sofrida pela mãe foi baseado no instrumento Abuse Assessment Screen (Reichenheim, Moraes, & Hasselmann, 2000), que investiga a violência psicológica (humilhações e ofensas verbais), física (com ou sem uso de arma) e sexual (se a mulher foi forçada a realizar qualquer tipo de sexo) ao longo da vida e durante a última gestação. Os dados se referem ao período em que a violência ocorreu e verificam se houve busca de ajuda para cada tipo de violência sofrida. As respostas do questionário sobre a ocorrência dos episódios de violência são classificadas em: nunca sofrida, somente psicológica, apenas física, psicológica e física.

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) (ANEXO D)

O instrumento de triagem clínica Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) é composto por dez itens, que contém questões sobre o bem-estar e humor no curso

dos últimos sete dias. Cada questão deve ser classificada em uma Escala de Likert que varia de 0 ("Não, nada") a 3 ("Sim, o tempo todo"). Tem por objetivo avaliar a gravidade de uma sintomatologia depressiva, com uma pontuação total variando de 0 a 30. De acordo com um estudo de validação, um valor limite de dez a doze indica um risco moderado e um valor superior a 12 um risco elevado para um episódio depressivo (Bergant, Nguyen, Heim, Ulmer, & Dapunt, 1998). A sensibilidade foi de 0,96, e a especificidade foi 1,0. Uma análise de confiabilidade para a EPDS revelou confiabilidade de Guttman como sendo 0,82, com coeficiente alpha igual a 0,81.

Postpartum Bonding Instrument (PBQ) (ANEXO E)

A versão utilizada do questionário foi a versão portuguesa do “Postpartum Bonding Instrument” (PBQ) (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2011). Este instrumento avalia o risco de prejuízos na relação mãe-bebê durante o período pós-parto por meio de 25 itens que são avaliados pela mãe em uma escala *likert* (0 a 5). O instrumento tem por base quatro fatores: 1) fator geral em relação ao vínculo mãe-bebê, 2) problemas severos na relação mãe-bebê, 3) ansiedade relacionada ao cuidado com o bebê e 4) risco iminente de abuso. Quanto maior a pontuação no instrumento, maior é o prejuízo no vínculo mãe-bebê. Sobre os pontos de corte, uma pontuação de 25 ou mais para o escore total do PBQ é considerada compatível com o diagnóstico de vínculo prejudicado entre mãe e filho. Os pontos de corte para cada fator são: fator 1 = 11, fator 2 = 16, fator 3 = 9 e fator 4 = 2, considerando-se números acima destes pontos de corte como sendo resultado de prejuízo (Brockington, Fraser, & Wilson, 2006). De acordo com revisão de literatura realizada por Perreli, Zambaldi, Cantilino e Sougey (2014), o PBQ foi o questionário mais utilizado para avaliar vínculo mãe-bebê devido a boa confiabilidade do instrumento. No estudo original de Brockington et al. (2001), o instrumento apresentou consistência interna adequada, com coeficientes de confiabilidade que variaram de 0,74 a 0,95.

2.2.3. Delineamento

Trata-se de um estudo exploratório, com delineamento de pesquisa não-experimental e correlacional, e as técnicas de investigação e análise utilizadas são de caráter quantitativo (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

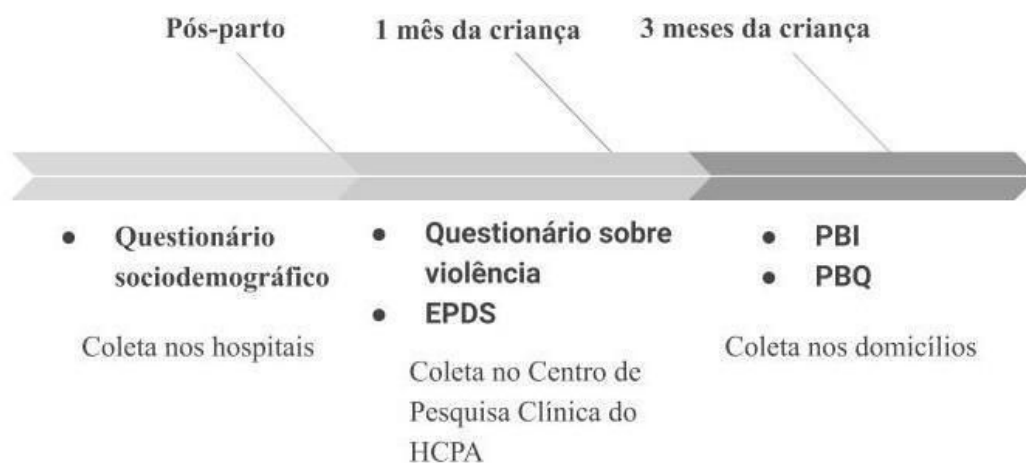
2.2.4. Coleta de Dados

De acordo com informações fornecidas pela equipe responsável por essa coleta, o procedimento ocorreu da seguinte forma: antes do início da coleta, os supervisores clínicos e entrevistadores (estudantes de medicina e nutrição) foram treinados e certificados pela coordenação do estudo. Diariamente, durante seis meses de recrutamento, os pesquisadores do projeto foram ao alojamento conjunto do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS (HCPA) verificar os nascimentos ocorridos e as características das puérperas, por meio das análises de prontuários, para posteriormente, classificá-las e recrutá-las entre cinco grupos previamente definidos (tabagistas, diabéticas, hipertensas, controles e recém-nascidos com crescimento uterino idiopático).

As participantes foram entrevistadas em momentos distintos: 24 horas após o parto, 15 dias após o parto, 30 dias após o parto, três meses após o parto e seis meses após o parto. Na primeira entrevista, foi aplicado questionário sobre os dados retrospectivos das gestantes e coletados dados auxiliares em seus prontuários. As demais entrevistas pós-neonatais foram realizadas por alunos de iniciação científica ou por profissionais, no Centro Clínico de Pesquisa (CPC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) ou por meio de visitas domiciliares. Cada encontro teve duração de cerca de uma hora, na qual foram aplicados questionários específicos de acordo com os objetivos do projeto.

Os dados utilizados neste estudo são provenientes de um banco de dados da coleta I da coorte IVAPSA, ocorrida entre 2011 e 2014 (ver Figura 2). No que se refere à coleta dos dados que foram utilizados neste estudo, informações sobre a intensidade do vínculo entre a mãe e sua genitora foram avaliadas na entrevista feita aos três meses de vida das crianças. Os dados sobre violência sofrida foram coletados na entrevista realizada quinze dias após o parto. A depressão pós-parto foi avaliada um mês após o parto. Os dados sobre o vínculo mãe-bebê foram provenientes da aplicação de questionário aplicado aos três meses de vida das crianças.

Figura 2. Fluxograma de coleta de dados.



2.2.5. Aspectos Éticos

O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa do GHC (protocolo nº 11-027) e HCPA (protocolo nº 11-0097) e iniciado somente após a sua aprovação (ANEXO F). Os responsáveis assinaram o TCLE (ANEXO G), em duas vias, uma entregue ao responsável e outra com o pesquisador. Nele foram informados todos os procedimentos realizados durante o acompanhamento e os objetivos do estudo. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados dos participantes. Além disso, foram oferecidos acolhimento e encaminhamentos para atendimentos para as mães que desejassem isso.

2.2.6. Análise dos Dados

Foi realizada, pelo grupo que fez a coleta, a confirmação dos dados coletados em 5% da amostra por telefone. Os questionários foram revisados pelos supervisores do projeto e o banco de dados foi feito no Programa Epi Info versão 6.0 com dupla digitação. Além disso, o banco passou por uma revisão dos dados digitados.

As diferentes variáveis investigadas foram primeiramente analisadas por meio de estatísticas descritivas de tendência central, dispersão e frequência de categorias nominais. Em seguida, foram conduzidas análises bivariadas de associação do tipo correlação (Spearman e Pearson), testes *t* e testes de análises de variância (ANOVA) para identificar as relações entre as variáveis investigadas e selecionar as mais relevantes para o modelo final. Para essas análises, algumas variáveis foram dicotomizadas, tendo em vista a baixa

frequência em algumas respostas, como no caso da situação conjugal, do apoio social recebido, do tipo de parto e da idade gestacional (prematuridade).

No que concerne ao vínculo mãe-bebê, foram correlacionados os quatro fatores do PBQ entre si. Uma vez constatados que o fator 1 e fator 2 tinham correlação acima de 0,8, foram reunidos em um só índice (ÍndicePBQ1e2). Foram consideradas, então, três dimensões ou subescalas para o PBQ: o índice que une os fatores 1 (fator geral em relação ao vínculo mãe-bebê) e 2 (problemas severos na relação mãe-bebê) do PBQ, fator 3 (ansiedade relacionada ao cuidado com o bebê) e o fator 4 (risco/possibilidade de abuso). Nas análises subsequentes, foram estimados e utilizados os escores fatoriais (retirando o erro de mensuração).

Em relação ao vínculo da mãe com a sua genitora na infância, quando comparadas as categorias do PBI com os fatores do PBQ (por meio dos escores fatoriais do instrumento), percebeu-se um perfil mais adaptativo e outro menos adequado; dessa forma, essa variável foi recategorizada, agrupando-se as categorias “Controle afetivo e Cuidado ótimo” e “Controle sem afeto e Negligente”.

Para a utilização da variável violência sofrida pela mãe, foi realizada uma recategorização das respostas ao instrumento. Em função da hipótese cumulativa da violência (Anderson, 2010), a variável violência sofrida foi categorizada em “não sofreu violência”, “sofreu um tipo de violência”, “sofreu dois ou mais tipos de violência”.

Depois da regressão múltipla, foi feita análise de rede. A análise de rede é um modelo exploratório no qual as relações condicionais (correlações parciais) entre um conjunto de variáveis são estimadas por um método regularizado (Epskamp & Fried, 2018). As correlações parciais são calculadas a partir da inversa da matriz de variâncias e covariâncias. Diferentes valores de penalização são aplicados, por meio de estimação *Least Absolute Shrinkage and Selection Operator* (LASSO). Por fim, o modelo com melhor ajuste (i.e. melhor balanço entre falsos positivos e negativos) é selecionado por meio do indicador *Extended Bayesian Criteria* (EBIC). A matriz de correlações parciais regularizadas é então representada em um modelo gráfico, nos quais vértices representam variáveis e arestas as suas relações, podendo variar em espessura e padrão indicando a magnitude e direção das mesmas. Um algoritmo de posicionamento faz com que as variáveis se aproximem/afastem quanto maior/menor forem suas associações. As análises foram conduzidas pelo pacote *qgraph* (Epskamp et al 2012), do ambiente R.

2.3. Resultados

A partir de análises bivariadas, foram verificadas quais as variáveis que tinham relação significativa com o vínculo mãe-bebê. Foi feita, então, uma seleção de um conjunto de variáveis com base na literatura. As variáveis selecionadas a partir da análise anterior foram: escolaridade materna ($r=-0,214$, $p=0,006$), vínculo com a genitora na infância ($r=-0,327$, $p=0,001$), violência sofrida pela mãe ($F=4,37$, $p=0,011$) e depressão pós-parto ($r=-0,391$, $p=0,001$). As variáveis renda familiar, número de filhos, situação conjugal, cuidados com a criança, tipo de parto e prematuridade não tiveram associação significativa com o vínculo mãe-bebê.

Análises descritivas das variáveis selecionadas (Tabela 2) mostraram que em relação ao vínculo da mãe com a genitora na infância, “Controle afetivo e Cuidado ótimo” foi a classificação mais prevalente. E, no que concerne à violência sofrida, 58,01% das mães relataram não ter sofrido violência, enquanto 29,28% relataram ter sofrido pelo menos um tipo de violência e 12,70% relataram ter sofrido dois ou mais tipos de violência. No que diz respeito a variável prejuízo na relação mãe-bebê, verificou-se um percentual de 9,9% no fator geral em relação ao vínculo mãe-bebê. Essa variável esteve associada à menor escolaridade materna, à depressão pós-parto, ao vínculo da mãe com a genitora na infância e à violência sofrida pela mãe. No que se refere à depressão pós-parto, 19,9% das mães foram diagnosticadas com esse transtorno.

Tabela 2. Análises descritivas dos instrumentos utilizados

Instrumentos	% ou $M(DP)$
Vínculo da mãe com a genitora na infância (PBI) (n=162)	
Controle afetivo e Cuidado ótimo	67,9%
Controle sem afeto e Negligente	50,6%
Violência sofrida pela mãe (n=181)	
Não sofreu	58,01%
Sofreu um tipo	29,28%
Sofreu dois ou mais tipos	12,70%

Depressão pós-parto (EPDS) (n=181)	19,9%
Prejuízo no vínculo mãe-bebê (PBQ) (n=162)	
Fator geral em relação ao vínculo mãe-bebê (Fator 1)	9,9%
Problemas severos na relação mãe-bebê (Fator 2)	0,6%
Ansiedade relacionada ao cuidado com o bebê (Fator 3)	1,2%
Risco iminente de abuso (Fator 4)	0,6%

Nota. n = número de respostas válidas para a variável em questão.

A partir das variáveis que obtiveram significância nas associações, foram construídos três modelos de regressão linear múltipla. No modelo tendo como variável dependente o ÍndicePBQ1e2 (fator geral em relação ao vínculo mãe-bebê + problemas severos na relação mãe-bebê) e como variáveis independentes depressão pós-parto, escolaridade materna, vínculo mãe e violência sofrida, foi explicada 28% da variância do ÍndicePBQ1e2 [F(4, 133) = 12,84, p <0,001]. Os preditores com influência significativa sobre o ÍndicePBQ1e2 foram vínculo com a mãe (beta=0,16), escolaridade materna (beta=0,02) e depressão pós-parto (beta=0,01) e o preditor que não teve influência significativa foi violência sofrida (beta=0,04).

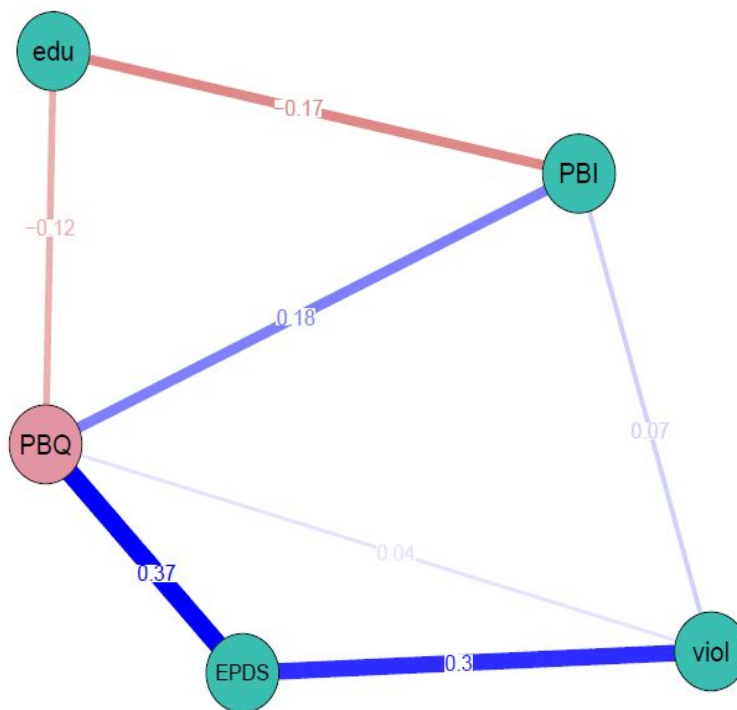
No modelo tendo como variável dependente o fator 3 do PBQ (ansiedade relacionada ao cuidado com o bebê) e como variáveis independentes depressão pós-parto, escolaridade materna, vínculo com a genitora na infância e violência sofrida, a variância explicada foi de 14% do fator 3 [F(4, 133) = 5,34, p <0,015]. O preditor com influência significativa sobre o fator 3 foi depressão pós-parto (beta=0,37). Os preditores vínculo com a genitora na infância (beta=-0,05), escolaridade materna (beta=-0,01) e violência sofrida (beta=-0,02) não tiveram influência significativa sobre o fator 3.

No modelo tendo como variável dependente o fator 4 do PBQ (risco iminente de abuso) e como variáveis independentes depressão pós-parto, escolaridade materna, vínculo com a genitora na infância e violência sofrida, 9% da variância do fator 4 foi explicada [F(4, 133) = 3,20, p <0,001]. O preditor com influência significativa sobre o fator 4 foi depressão pós-parto (beta=0,01). Os preditores vínculo com a genitora na infância (beta=0,07), escolaridade materna (beta=-0,05) e violência sofrida (beta=0,04) não tiveram influência significativa sobre o fator 4.

A partir desses resultados, foi construído um modelo de regressão linear múltipla hierárquica, com três blocos. A variável dependente foi o ÍndicePBQ1e2 (fator geral em relação ao vínculo mãe-bebê + problemas severos na relação mãe-bebê) e as variáveis independentes foram, no primeiro bloco, escolaridade materna, no segundo bloco, violência sofrida e vínculo com a genitora na infância, e, no terceiro bloco, depressão pós-parto. No primeiro bloco, o modelo explicou 5% da variância do ÍndicePBQ1e2 [$F(1, 136) = 6,51, p < 0,012$]. No segundo bloco, o modelo explicou 12% da variância do ÍndicePBQ1e2 [$F(3, 134) = 5,88, p < 0,001$]. No terceiro bloco, o modelo explicou 28% da variância do ÍndicePBQ1e2 [$F(4, 133) = 12,83, p < 0,001$]. A variável violência sofrida foi significativa para explicar o modelo no segundo bloco, mas perdeu a sua significância estatística no terceiro bloco.

Para um melhor entendimento de porque a violência sofrida perdeu sua significância ao se inserir a depressão no modelo, foi realizada uma análise de redes (Figura 3). Os resultados mostram que ter um vínculo prejudicado com a genitora na infância (PBI) aumenta 18% os escores no prejuízo no vínculo mãe-bebê (PBQ). Já o efeito da violência sofrida é indireto: é um fator de risco para a depressão pós-parto, que, por sua vez, afeta o vínculo mãe-bebê. O efeito da violência sofrida sobre o vínculo mãe-bebê não é direto, é mediado pela depressão. Isso explica porque, no modelo de regressão linear múltipla hierárquica, a violência sofrida não é significativa, quando acrescentada a variável depressão materna.

Figura 3. Rede de relações parciais



Nota: edu = educação materna; PBI = vínculo com a genitora na infância; viol = violência sofrida pela mãe; EPDS = depressão pós-parto e PBQ = vínculo mãe-bebê.

2.4. Discussão

Neste estudo, o prejuízo na relação mãe-bebê esteve associado à menor escolaridade materna, à depressão pós-parto, ao vínculo frágil da mãe com a genitora na infância e à violência sofrida pela mãe. Estudos recentes também mostram associação entre o vínculo mãe-bebê e apoio social recebido (Cardoso & Vivian, 2017), tipo de parto (Reisz et al., 2019), e prematuridade (Schaeffer & Donelli, 2017) e situação conjugal (Morais et al., 2017).

No presente estudo, esperava-se que o prejuízo no vínculo mãe-bebê se correlacionasse negativamente com os cuidados com a criança e a situação conjugal de viver com companheiro e positivamente com o parto por meio de cesárea e a prematuridade. Todavia, essas variáveis não apresentaram associação significativa com o vínculo mãe-bebê. Tendo em vista que essas associações são prevalentes na literatura, é possível que o baixo número de casos nos quais a mãe não cuida exclusivamente do seu filho ou o filho foi prematuro tenha enviesado os resultados. Contudo, a situação conjugal de viver sem companheiro não estar associada a prejuízo no vínculo pode ser uma característica desta

amostra ou ainda ser decorrente do tipo de questão que abordou o possível apoio social recebido pela mãe. Esse foi avaliado apenas com a pergunta “Quem cuida da criança na maior parte do tempo?”, a única questão constante no banco de dados que de alguma forma fazia referência ao apoio social. Em função dessa pergunta ter sido feita aos sete dias de vida da criança, era natural que a resposta fosse “a mãe” e que o número de casos nos quais outra pessoa cuidava da criança fosse tão pequeno. Na realidade, isso não significa apoio social, caracterizado como ajuda no cuidado, e não substituição.

A partir das variáveis que se mostraram associadas com o prejuízo no vínculo, realizou-se uma análise de rede. Verificou-se que menor escolaridade materna esteve associada ao prejuízo no vínculo (PBQ). Esse estudo mostrou que a cada aumento da escolaridade materna (edu) em um ano de estudo os escores de prejuízo no vínculo (PBQ) diminuem em 12%. De acordo com Figueiredo et al. (2009), mulheres com nove ou mais anos de estudo apresentam mais emoções positivas em relação ao filho e estabelecem melhor relação com este. A escolaridade materna pode oferecer benefícios para além dos recursos materiais viabilizados pela renda, pois as mães podem ter maior acesso a informações que podem influenciar o cuidado parental e as necessidades de desenvolvimento das crianças (Cavalcante et al., 2017; Gedaly & Leerkes, 2016).

Em relação à associação com o PBI, mães que tiveram vínculo frágil com os seus pais podem apresentar dificuldade de encontrar um modelo de parentalidade em suas próprias vivências, o que pode ocasionar sentimentos de incapacidade para exercer a maternidade (Miranda et al., 2012; Wilhelm et al., 2016). Além disso, o padrão de apego desenvolvido com os pais na infância também influencia as relações amorosas futuras (Cooke, Racine, Plamondon, Tough, & Madigan, 2019; Sun, Wang, & Jiang, 2017). Percebe-se a transgeracionalidade desse fenômeno na medida em que mães que tiveram vínculo frágil com os seus pais têm dificuldade de encontrar um modelo de parentalidade em suas próprias vivências, o que pode ocasionar sentimentos de incapacidade para exercer a maternidade (Ensink et al., 2016; Wilhelm et al., 2016).

No que diz respeito à interação entre todas as variáveis investigadas, uma das hipóteses foi de que um vínculo frágil da mãe com a genitora na infância pode fazer com que a mãe esteja mais suscetível a vivenciar situações de violência, inclusive em relacionamentos abusivos, por exemplo (Smagur et al., 2018; Wilhelm et al., 2016). O vínculo com a genitora na infância (PBI) aumenta somente em 7% a violência sofrida (viol). Verifica-se, assim, que

essa hipótese inicial não se confirmou com os dados deste estudo. Possivelmente, são outras variáveis não investigadas neste estudo que contribuíram para o aumento da violência sofrida.

Verificou-se que o efeito da violência sofrida funciona como um fator de risco para a depressão pós-parto, que, por sua vez, afeta o vínculo. O efeito da violência sofrida sobre o vínculo mãe-bebê não é direto, é mediado pela depressão. Ou seja, o fato de a mãe ter sofrido violência (viol) aumenta em 30% os escores de depressão pós-parto (EPDS), que, por sua vez, aumentam em 37% os escores de prejuízo no vínculo mãe-bebê (PBQ). Isso explica porque, no modelo de regressão linear múltipla hierárquica, a violência sofrida não é significativa, quando acrescentada a variável depressão materna. Provavelmente, a explicação para essa mediação se dá porque mães que sofreram traumas, como maus tratos na infância, podem apresentar dificuldades para encontrar suporte em seus próprios modelos parentais, em função do receio de repetir os maus tratos sofridos quando da interação com seu filho (Miranda et al., 2012; Wilhelm, Gillis, & Parker, 2016). Com isso, podem sentir-se inseguras para exercer a maternidade ou até mesmo passar a sentir sintomas de depressão pós-parto.

O processo de vinculação entre mãe e bebê não acontece de maneira instantânea e não é instintivo, demandando desejo, compreensão, paciência e permanência (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007; Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer, & Lopes, 2009). Em função dos sintomas listados no EPDS (tristeza, choro, dificuldade de dormir, sobrecarga, ansiedade, entre outros), possivelmente esse processo não ocorre de forma adequada, gerando prejuízos no vínculo.

Os resultados encontrados mostram uma relação que até então não tinha sido encontrada na literatura, contudo entende-se que neste estudo há limitações. Uma delas refere-se à forma como foram avaliadas algumas das variáveis, como o apoio social recebido. A questão “quem cuida da criança na maior parte do tempo?” não parece ser a melhor forma de perguntar sobre o apoio social recebido, já que existem instrumentos padronizados para avaliar essa variável (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira, & Piccinini, 2011). Isso pode explicar por que essa variável não esteve associada ao prejuízo no vínculo mãe-bebê, tendo em vista que perguntar para a mãe, 15 dias após o parto, quem cuida da criança na maior parte do tempo pode enviesar as respostas, visto que, via de regra, a mãe é quem dispensa a maioria dos cuidados à criança nessa fase na maior parte do tempo.

No que concerne à violência sofrida pela mãe, poucas mães relataram ter vivenciado situações de violência, o que pode ter sido em decorrência do tipo de instrumento utilizado ou

do tipo de abordagem desse tema. Em função disso, optou-se por recategorizar a variável violência sofrida pela mãe em “não sofreu violência”, “sofreu um tipo de violência”, “sofreu dois ou mais tipos de violência”, em função da hipótese cumulativa da violência. Esse termo diz respeito à sobreposição dos tipos de violência no curso de vida das vítimas, já que a violência contra a mulher acontece em diversos contextos (do casal, da família, do trabalho etc) e pode ser de diferentes tipos e ocorrer em níveis variados (Anderson, 2010). O instrumento utilizado para avaliar a violência sofrida pela mãe não permite uma compreensão específica desse fenômeno, dificultando, assim, o entendimento dessa variável, bem como da sua relação com as outras variáveis mensuradas.

Percebe-se como ponto forte deste estudo a utilização dos escores fatoriais do PBQ, avariável desfecho do estudo. A maioria dos estudos que utiliza o PBQ para avaliar o vínculo mãe-bebê utiliza apenas o fator geral em relação ao vínculo mãe-bebê (fator 1) (Cavalcante et al., 2017) ou utiliza a maioria (Brockington, 2004) ou todos os fatores do instrumento (Morais et al., 2017; Nonnenmacher et al., 2016; Boryri, Navidian, & Kiani, 2016). No presente estudo, foram consideradas três dimensões ou subescalas para o PBQ: o índice que une os fatores 1 (fator geral em relação ao vínculo mãe-bebê) e 2 (problemas severos na relação mãe-bebê) do PBQ, o fator 3 (ansiedade relacionada ao cuidado com o bebê) e o fator 4 (risco/possibilidade de abuso). Nas análises subsequentes, foram estimados e utilizados os escores fatoriais, opção que possibilitou diminuir o erro de mensuração.

Ademais, utilizar análise de rede também foi um diferencial deste estudo. Essa análise permitiu estimar as relações condicionais (correlações parciais) entre o conjunto de variáveis, possibilitando, assim, uma compreensão mais ampla dos fatores que interferem no vínculo mãe-bebê. Para que esses dados encontrados se confirmem, seria interessante ter outros estudos com amostras maiores.

2.5. Referências

- Alexandre, J. D., Monteiro, L., Branco, I., Franco, C. A. (2016). Prematuridade na perspectiva de mães primíparas e múltíparas. Análise do seu estado psicoemocional, autoestima e bonding. *Análise Psicológica*, 3(XXXIV), 265-277. doi:10.14417/ap.1141
- Alvarenga, P., & Frizzo, G. B. (2017). Stressful Life Events and Women's Mental Health During Pregnancy and Postpartum Period. *Paidéia*, 27(66), 1-9. doi:10.1590/1982-43272766201707
- Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Alfaya, C. A. S., Lordelo, E. R., & Piccinini, C. A. (2012). Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 477-484. doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300017
- Anderson, K. L. (2010). "Conflict, power, and violence in families". *Journal of Marriage and Family*, 72(1), 726-742. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00727.x
- Baldisseroto, M. L., Theme-Filha, M. M., Griep, R. H., Oates, J., Junior, J. R., & Cavalsan, J. P. (2018). Transcultural adaptation to the Brazilian Portuguese of the Postpartum Bonding Questionnaire for assessing the postpartum bond between mother and baby. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(7), 1-7. doi:10.1590/0102-311x00170717
- Juliana Pires Cavalsan⁴ 5Barbaro, N., & Shackelford, T. K. (2019). Environmental Unpredictability in Childhood Is Associated With Anxious Romantic Attachment and Intimate Partner Violence Perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(2). doi:10.1177/0886260516640548
- Barroso, M. L., Pontes, A. L., & Rolim, K. M. C. (2015). Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(2), 168-175. doi:10.15253/2175-6783.2015000200005
- Bergant, A. M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., & Dapunt, O. (1998). Deutschsprachige Fassung und Validierung der "Edinburgh postnatal depression scale". *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123(03), 35-40. doi:10.1055/s-2007-1023895
- Boryri, T., Navidian, A., & Kiani, R. (2016). The effect of training attachment behaviors on mother-child bonding after birth. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research*, 7(3), 1204-1210.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego* (S. M. Barros,

- Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1988)
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., ..., & Murdoch, C. A. (2001). Screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3(4), 133-140. doi:10.1007/s007370170010
- Brockington, I. F., Fraser, C., Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: A validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 233-42.
- Cardoso, A. C. A., & Vivian, A. G. (2017). Maternidade e suas vicissitudes: A importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. *Diaphora*, 17(1), 43-51.
- Cavalcante, M. C. V., Lamy Filho, F., Franca, A. K. T. C., & Lamy, Z. C. (2017). Relação mãe-filho e fatores associados: Análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22, 1683-1693. doi:10.1590/1413-81232017225.21722015
- Cetisli, N. E., Arkan, G., & Top, E. D. (2018). Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64(2), 164-169. doi:10.1590/1806-9282.64.02.164
- Cooke, J. E., Racine, N., Plamondon, A., Tough, S., & Madigan, S. (2019). Maternal adverse childhood experiences, attachment style, and mental health: Pathways of transmission to child behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 93(1), 27-37. doi:10.1016/j.chiabu.2019.04.011
- Delavari, M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2018). The Relationship of Maternal-Fetal Attachment and Postpartum Depression: A Longitudinal Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 263-267. doi:10.1016/j.apnu.2017.11.013
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: The role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of Womens Mental Health*, 18(2), 187-195. doi:10.1007/s00737-014-0445-4
- Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 48(1), 9-18.
- Epskamp, S., & Fried, E. I. (2018). *A tutorial on regularized partial correlation networks*.

Psychological Methods. doi:10.1037/met0000167

- Epskamp, S., Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Schmittmann, V. D., & Borsboom, D. (2012). qgraph: Network visualizations of relationships in psychometric data. *Journal of Statistical Software*, *48*, 1-18.
- Erickson, N., Julian, M., & Muzik, M. (2019). Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother–infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. *International Review of Psychiatry*, 1-19. doi:10.1080/09540261.2018.1563529
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, *12*(2), 305-313. doi:10.1590/S1413-73722007000200011
- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*, *51*(1), 24-32. doi:10.1016/j.infbeh.2018.02.005
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Matern Child Health Journal*, *13*(4), 539-549. doi:10.1007/s10995-008-0312-x
- Fuertes, M., Faria, A., Soares, H., & Crittenden, P. (2009). Developmental and evolutionary assumptions in a study about the impact of premature birth and low income on mother-infant interaction. *Acta Ethologica*, *12*(1), 1-11. doi:10.1007/s10211-008-0051-4
- Gedaly, L. R., & Leerkes, E. M. (2016). The role of sociodemographic risk and maternal behavior in the prediction of infant attachment disorganization. *Attachment & Human Development*, *18*(6), 554-569. doi:10.1080/14616734.2016.1213306
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: Aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(3), 1755-1769. doi:10.1590/S1413-81232011000300012
- Hauck, S., Schestatsky, S., Terra, L., Knijnik, L., Sanchez, P., & Ceitlin, L. H. F. (2006). Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *28*, 162-168. doi.org/10.1590/S0101-81082006000200008
- Levendosky, A. A., Bogat, G. A., Huth-Bocks, A. C. (2011). The influence of domestic violence on the development of the attachment relationship between mother and young

- child. *Psychoanalytic Psychology*, 28(4), 512-527. doi:10.1037/a0024561
- Miranda, A. M., Soares, C. N., Moraes, M. L., Fossaluzza, V., Serafim, P. M., & Mello, M. F. (2012). Healthy maternal bonding as a resilience factor for depressive disorder. *Psychology & Neuroscience*, 5, 21-25. doi:10.3922/j.psns.2012.1.04
- Morais, A. O. D. S., Simões, V. M. F., Rodrigues, L. S., Batista, R. F. L., Lamy, Z. C., Carvalho, C. A., ..., Ribeiro, M. R. C. (2017). Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, 2-15. doi:10.1590/0102-311x00032016
- Müller, M., Tronick, E., Zietlow, A.-L., Nonnenmacher, N., Verschoor, S., & Trauble, B. (2016). Effects of maternal anxiety disorders on infant self-comforting behaviors: The role of maternal bonding, infant gender and age. *Psychopathology*, 49(4), 295-304. doi:10.1159/000448404
- Murray, A. L., Kaiser, D., Valdebenito, S., Hughes, C., Baban, A., Fernando, A. D., ... Eisner, M. (2018). The Intergenerational Effects of Intimate Partner Violence in Pregnancy. *Trauma, Violence & Abuse*, 1(1), 1-13. doi:10.1177/1524838018813563
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2011). *Postpartum Bonding Questionnaire: Estudo da versão portuguesa numa amostra comunitária*. In A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D. R. Silva, L. S. Almeida, R. Lima, & S. Fraga (Eds.), *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 1961-1973). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia.
- Nonnenmacher, N., Noe, D., Ehrental, J. C., & Reck, C. (2016). Postpartum bonding The impact of maternal depression and adult attachment style. *Archives Womens Mental Health*, 19, 927-935. doi:10.1007/s00737-016-0648-y
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., Taft, A. (2013). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst*, 30(4), 1-10. doi: 10.1002/14651858.CD007007.pub3.
- Oliveira, I., & Carvalho, F. B. (2017). Depressão pós-parto e seus impactos na interação mãe-bebê. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, 5(3), 1-10.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.

- Pascoe, M., Bissessur, D., & Mayers, P. (2015). Mothers' perceptions of their premature infant's communication: A description of two cases. *Health SA Gesondheid - Journal of Interdisciplinary Health Sciences*, 21(1), 143-154. doi:10.1016/j.hsag.2015.10.002
- Perreli, J. G. A., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2014). Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. *Revista Paulista de Pediatria*, 32, 257-265. doi:10.1590/0103-0582201432318
- Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes, A. G., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 373-382.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 16(2), 215-225.
- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., & Hasselmann, M. H. (2000). Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 610-616.
- Reck, C., Nonnenmacher, N., & Zietlow, A. L. (2016). Intergenerational transmission of internalizing behavior: The role of maternal psychopathology, child responsiveness and maternal attachment style insecurity. *Psychopathology*, 49(4), 277-284. doi:10.1159/000446846
- Reisz, S., Brennan, J., Jacobvitz, D., & George, C. (2019). Adult attachment and birth experience: Importance of a secure base and safe haven during childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(1), 26-43. doi:10.1080/02646838.2018.1509303
- Rivera-Rivera L., Lazcano-Ponce E., Salmerón-Castro J., Salazar-Martinez E., Castro R., & Hernández-Avila M. (2004). Prevalence and determinants male partner violence against mexican women: A population-based study. *Salud Pública de México*, 46, 113-122. doi:10.1590/S0036-36342004000200005
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2013). *Metodologia da pesquisa*. (3ª. Ed.) São Paulo: McGraw-Hill.
- Santos, L. P., & Serralha, C. A. (2015). Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. *Barbarói, Santa Cruz do Sul*, 43, 5-26. doi:10.17058/barbaroi.v0i0.3748

- Saur, B., Bruck, I., Antoniuk, S. A., & Riechi, T. I. J. S. (2018). Relação entre vínculo de apego e desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor. *Psico*, 49(3), 257-265. doi:10.15448/1980-8623.2018.3.27248
- Silva, E. P., Valongueiro, S., Araújo, T. V. B., & Ludemir, A. B. (2015). Incidence and risk factors for intimate partner violence during the postpartum period. *Revista de Saúde Pública*, 49(46), 1-9. doi:10.1590/S0034-8910.2015049005432
- Smagur, K. E., Bogat, G. A., & Levendosky, A. A. (2018). Attachment insecurity mediates the effects of intimate partner violence and childhood maltreatment on depressive symptoms in adult women. *Psychology of Violence*, 8(4), 460-469. doi:10.1037/vio0000142
- Sun, Q.-W., Wang, C. D. C., & Jiang, G.-R. (2017). Culture-based emotional working models of attachment, Western-based attachment, and psychosocial functioning of Chinese young adults. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 6(4), 195-208. doi:10.1037/ipp0000075
- Stack, D. M., Serbin, L. A., Girouard, N., Enns, L. N., Bentley, V. M. N., Ledingham, J. E., & Schwartzman, A. E. (2012). The quality of the mother–child relationship in high-risk dyads: Application of the Emotional Availability Scales in an intergenerational, longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 24(01), 93–105. doi:10.1017/s095457941100068x
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teodoro, M. L. M., Benetti, S. P. C., Schwartz, C. B., & Mônico, B. G. (2010). Propriedades psicométricas do Parental Bonding Instrument e associação com funcionamento familiar. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 243-251.
- Tietz, A., Zietlow, A. L., & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: The crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Womens Mental Health*, 17(5), 433-442. doi:10.1007/s00737-014-0423-x
- Wilhelm, K., Gillis, I., & Parker, G. (2016). Parental Bonding and Adult Attachment Style: The Relationship between Four Category Models. *International Journal of Women's*

CAPÍTULO IV

Considerações Finais

O presente estudo fez parte de um projeto maior, realizado em parceria com o HCPA/UFRGS. O foco dado ao estudo foi o vínculo mãe-bebê, que é influenciado por diversos fatores, que podem ser de risco ou de proteção para essa relação (Cavalcante, Lamy Filho, França, & Lamy, 2017; Morais et al., 2017; Saur, Bruck, Antoniuk, & Riechi, 2018). A partir dos fatores de risco e de proteção para essa relação, é possível compreender e contextualizar o desenvolvimento da relação mãe-bebê.

Essa Dissertação foi organizada em forma de um capítulo e de um artigo. O capítulo fez um apanhado teórico sobre o estabelecimento do vínculo mãe-bebê e reuniu estudos sobre os principais fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento desse vínculo, visto que esses encontram-se descritos na literatura, na maioria das vezes, de forma fragmentada. O artigo investigou a relação entre as variáveis que se relacionavam com os fatores que tiveram associação com o vínculo mãe-bebê.

No que se refere aos resultados, verificou-se que o prejuízo na relação mãe-bebê esteve associado à menor escolaridade materna, à depressão pós-parto, ao vínculo frágil da mãe com a genitora na infância e à violência sofrida pela mãe. A partir das variáveis que mostraram-se associadas com o prejuízo no vínculo, realizou-se uma análise de rede, que permitiu estimar as correlações parciais entre o conjunto de variáveis, possibilitando uma compreensão mais ampla dos fatores que interferem no vínculo mãe-bebê.

Verificou-se, também, que o efeito da violência sofrida funciona como um fator de risco para a depressão pós-parto, que, por sua vez, afeta o vínculo. O efeito da violência sofrida sobre o vínculo mãe-bebê não é direto, é mediado pela depressão. Esses resultados mostram uma relação que até então não tinha sido encontrada na literatura.

Os diferenciais desse estudo são a utilização dos escores fatoriais do PBQ e o uso de análise de rede. Esse estudo corrobora a importância de uma relação mãe-bebê saudável para que a criança desenvolva um apego seguro, o que, por sua vez, é fundamental para o desenvolvimento socioemocional e cognitivo da criança. A partir do entendimento dos fatores de proteção e dos fatores de risco para esse vínculo e da atuação conjunta dessas variáveis, é possível pensar em políticas para a promoção e para a prevenção desses fatores (Palacios-Hernández, 2016).

Referências

- Cavalcante, M. C. V., Lamy Filho, F., Franca, A. K. T. C., & Lamy, Z. C. (2017). Relação mãe-filho e fatores associados: Análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22, 1683-1693. doi:10.1590/1413-81232017225.21722015
- Morais, A. O. D. S., Simões, V. M. F., Rodrigues, L. S., Batista, R. F. L., Lamy, Z. C., Carvalho, C. A., ..., Ribeiro, M. R. C. (2017). Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, 2-15. doi:10.1590/0102-311x00032016
- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: Prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. doi:10.18273/revsal.v48n2-2016001
- Saur, B., Bruck, I., Antoniuk, S. A., & Riechi, T. I. J. S. (2018). Relação entre vínculo de apego e desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor. *Psico*, 49(3), 257-265. doi:10.15448/1980-8623.2018.3.27248

ANEXOS

ANEXO A
Questionário Sociodemográfico



PÓS-PARTO

“IVAPSA”

Nome do Hospital: _____	NUHOSPITAL ____ _
Data da entrevista: ___/___/___	GDE __/__/__
Entrevistador(a): _____	ENTREV _____
A1) Nome da mãe: _____ Endereço: _____ _____ () casa () apartamento Referência / Como chegar: _____ _____ Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____ _____ Telefone fixo: () _____ Outros telefones para contato: () _____	
Unidade de Saúde (Pré-natal): _____	
Linha de ônibus: _____	
E-mail: _____	
DADOS PARA CONHECIMENTO DOS GRUPOS DE ESTUDO:	
(1) Diabetes (2) Hipertensão (3) Tabagismo (4) RCIU idiopático (5) Controle	
DADOS GERAIS DA MÃE	
A2) Qual é sua data de nascimento? ___/___/___	PNASC ____/____ /____
A3) Cor ou raça da mãe? Declarada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena Observada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena	
CORMAED _____	

	CORMAEO _____
A4) Cor ou raça do pai? Declarada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena Observada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena (8) NSA (9) IGN	CORPAID _____ CORPAIO _____
A5) Qual é a idade do pai da criança? _____ anos completos (777) Não sabe	PIDADE _____ _____
A6) Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo a mãe e criança? _____	PPESS _____
A7) Dessas, quantas pessoas são adultas? _____	PPESSA _____ _____
A8) Quantos irmãos você tem ou teve? _____	PIRMA _____
A9) Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casada ou mora com companheiro (3) Viúva (2) Solteira, sem companheiro ou separada (4) Divorciada	PCONJU _____
A10) Qual a idade de sua menarca (primeira menstruação)? _____ anos	PMENAR _____
A11) Você já engravidou antes? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A38. (0) Não (1) Sim	PFILHOS _____ _____
SE SIM:	

A12) Número de filhos (incluir o atual)? _____ NSA	(88)	PANFIL _____ _____
A13) Número de gestações? _____	(88) NSA	PANGES _____ _____
A14) Número de filhos que não nasceram (abortos)? _____	(88) NSA	PAABORT _____ _____
A15) Algum filho é doente? (0) Não (1) Sim NSA	(88)	PAND _____ _____
A16) Se a resposta anterior for positiva, qual a doença? _____	(88) NSA	PANDQ _____ _____
DADOS DO FILHO ANTERIOR:		
A17) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino		FSEX1 _____
A18) Data de nascimento? ___ / ___ / ___	(88) NSA	FNASC1 ___ / ___ / ___
A19) Peso ao nascimento? _____ gramas	(88) NSA	FAPN1 _____ g
A20) Comprimento ao nascimento? _____ cm	(88) NSA	FACN 1 _____ cm
A21) Com quantas semanas de gravidez a criança nasceu? _____	(88) NSA	FAM1 _____ semanas
A22) Amamentou seu filho? (0) Não (1) Sim NSA	(88)	FAM1 _____
A23) SE SIM, por quanto tempo? _____ meses NSA	(88)	AMT1 _____
DADOS DO OUTRO FILHO:		
A24) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino		FSEX2 _____
A25) Data de nascimento? ___ / ___ / ___	(88) NSA	FNASC2 ___ / ___ / ___
A26) Peso ao nascimento? _____ gramas	(88) NSA	FAPN2 _____ g
A27) Comprimento ao nascimento? _____ cm	(88) NSA	FACN2 _____ _ cm

A28) Com quantas semanas de gravidez a criança nasceu? _____ (88) NSA	FAM2 _____ semanas
A29) Amamentou seu filho? (0) Não (1) Sim NSA	(88) FAM2 _____
A30) SE SIM, por quanto tempo? _____ meses NSA	(88) AMT2 _____
DADOS DO OUTRO FILHO:	
A31) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino	FSEX3 _____
A32) Data de nascimento? ____ / ____ / ____ (88) NSA	FNASC3 ____ / ____ / ____
A33) Peso ao nascimento? _____ gramas (88) NSA	FAPN3 _____ g
A34) Comprimento ao nascimento? _____ cm (88) NSA	FACN3 _____ cm
A35) Com quantas semanas de gravidez a criança nasceu? _____ (88) NSA	FAM3 _____ semanas
A36) Amamentou seu filho? (0) Não (1) Sim NSA	(88) FAM3 _____
A37) SE SIM, por quanto tempo? _____ meses NSA	(88) AMT3 _____
A38) Você tem religião? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A40. (0) Não (1) Sim	RELIG _____
A39) SE SIM, qual é a sua religião? _____ (88) NSA	RELIGQ _____ _____
A40) Quantos anos você estudou? Série? ____ Grau? _____	PESCOL1 _____ PESCOL2 _____
A41) Você sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim	PLER _____

A42) Qual é a sua profissão? _____		PPROF _____
A43) Qual é a sua ocupação? _____		POCUP _____
A44) Você trabalha com carteira assinada atualmente? (0) Não (1) Sim		PCART _____
A45) Quantos anos o pai do(a) seu(sua) filho(a) estudou? Série? ____ Grau? _____ (77) Não sabe		PASCOL1 _____ PASCOL2 _____
A46) Qual é a profissão do pai do(a) seu(ua) filho(a)? _____ (7) Não sabe		PAPROF _____
A47) Qual é a ocupação do pai do(a) seu(ua) filho(a)? _____ (7) Não sabe		PAOCUP _____
A48) Ele trabalha com carteira assinada atualmente? (0) Não (1) Sim (2) Está afastado (7) Não sabe		PACART _____
A49) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram na sua casa? (incluir renda de trabalho, benefícios ou aposentadoria)		
Renda: Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês TOTAL: _____ (77) Não sabe	Benefícios: Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês TOTAL: _____ (77) Não sabe	RDRTOTAL _____ RDBTOTAL _____

<p>A50) Você recebeu indicação para tomar algum SUPLEMENTO de vitamina ou mineral durante a gestação? (exemplos: sulfato ferroso, ácido fólico) <i>SE NÃO ou NÃO SABE PULE PARA QUESTÃO A57.</i> (0) Não (1) Sim</p>	<p>SUPL _____</p>
<p>SE SIM: outro suplemento não</p>	
<p>A51) Qual o suplemento? - Ferro (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA - Ácido Fólico (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA - Outros, qual(is): _____ (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA</p>	<p>SUPLF _____ SUPLA _____ SUPLO _____ SUPLQ _____</p>
<p>A52) Quando iniciou o uso? - Ferro (0) Prévio, desde quando? _____ (1) Na gravidez (2) No pós-parto (7) Não sabe (8) NSA - Ácido Fólico (0) Prévio, desde quando? _____ (1) Na gravidez (2) No pós-parto (7) Não sabe (8) NSA - Outro (0) Prévio, desde quando? _____ (1) Na gravidez (2) No pós-parto (7) Não sabe (8) NSA</p>	<p>SUPLFI _____ SUPLFP _____ SUPLAI _____ SUPLAP _____ SUPLOI _____ SUPLQP _____</p>
<p>A53) Se iniciou durante a gestação, com quantas semanas gestacionais? - Ferro _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA - Ácido Fólico _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA - Outro _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA</p>	<p>SUPLFIG _____ semanas SUPLAIG _____ semanas SUPLIOG _____ semanas</p>
<p>A54) Quando terminou o uso, com quantas semanas gestacionais? - Ferro _____ semanas (66) Não parou na gestação (77) Não sabe (88) NSA - Ácido Fólico _____ semanas (66) Não parou na gestação (77) Não sabe (88) NSA - Outro _____ semanas (66) Não parou na gestação (77) Não sabe (88) NSA</p>	<p>SUPLFTG _____ semanas SUPLATG _____ semanas SUPLOTG _____ semanas</p>
<p>A55) A suplementação teve interrupção de uso? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA</p>	<p>SUPLI _____</p>
<p>SE SIM:</p>	

A56) Quanto tempo de interrupção? _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA			SUPLIT _____ semanas
A57) Está utilizando algum suplemento atualmente? (0) Não (1) Sim Qual? _____ vezes por dia: _____			SUPLPP _____ SUPLPPQ _____ SUPLPPV _____
A58) Você utilizou algum MEDICAMENTO durante a gestação? (1) Não (1) Sim SE NÃO ou NÃO SABE, PULE PARA QUESTÃO A62.			MEDG _____
SE SIM:			
A59) Nome? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA	A60) Motivo? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA	A61) Início do uso? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (em meses) (88) NSA	MEDGQ1 _____ MEDGM1 _____ MEDGT1 _____ MEDGQ2 _____ MEDGM2 _____ MEDGT2 _____ MEDGQ3 _____ MEDGM3 _____ MEDGT3 _____
A62) Você utiliza atualmente algum MEDICAMENTO? (1) Não (1) Sim SE NÃO ou NÃO SABE, PULE PARA QUESTÃO A66.			MED _____
SE SIM:			
A63) Nome? Med 1 _____ Med 2 _____	A64) Motivo? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____	A65) Tempo uso? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____	MEDAQ1 _____ MEDAM1 _____

Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA	Med 5 _____	Med 5 _____ (em dias)	MEDAT1 _____ MEDAQ2 _____ MEDAM2 _____ MEDAT2 _____ MEDAQ3 _____ MEDAM3 _____ MEDAT3 _____
A66) Você teve infecção urinária na gestação? (0) Não (1) Sim			GIU _____
A67) Você teve outras doenças na gestação? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A69. (0) Não (1) Sim			GDO _____
SE SIM:			
A68) Qual(is) doença(s)? _____ (88) NSA			GDOQ _____
A69) Você foi hospitalizada na gestação? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A72. (0) Não (1) Sim			GHOSP _____
SE SIM:			
A70) Quantos dias? _____		(88) NSA	GHOSPD _____ dias
A71) Por qual(is) motivo(s)? _____		(88) NSA	GHOSPM _____
A72) Como você recebeu e a notícia da sua gravidez?			RECMAE _____

A73) Como o pai da criança recebeu a notícia da sua gravidez?	RECPAI _____
A74) Sua gestação foi planejada? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A75.</i> (0) Não (1) Sim	PLAN _____
SE SIM:	
Intenção ou objetivo de engravidar: (0) Não (1) Sim (8) NSA Cessação de método anticoncepcional: (0) Não (1) Sim (8) NSA Concordância do parceiro: (0) Não (1) Sim (8) NSA Momento adequado com rela�o a estilo/estágio de vida: (0) Não (1) Sim (8) NSA	PLAN1 _____ PLAN2 _____ PLAN3 _____ PLAN4 _____
A75) Sua gestão foi por concep�o assistida (artificial)? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A77.</i>	PCAS _____
SE SIM:	
A76) Qual foi o método? (0) Insemina�o Intra-Uterina (1) Fertiliza�o in vitro (8) NSA	PCASM _____
A77) Você já fumou ou fuma cigarros de tabaco? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A85.</i> (0) Não, nunca fumou (1) Sim, já fumou (2) Sim, fuma atualmente	TAB _____
SE J� FUMOU OU FUMA:	
A78) Por quanto tempo fumou ou fuma? _____ meses (88) NSA	TABT _____ meses
A79) Quantos cigarros você fumava ou fuma por dia? _____ cigarros (88) NSA	TABQ _____ cigarros
A80) Se parou de fumar, quanto tempo antes de engravidar? _____ meses (88) NSA	TABP _____ meses
A81) Usa ou usou na gestão medica�es específicas para parar de fumar? (0) Não (1) Sim	TABM _____

SE SIM:		
A82) Qual(is) tipo(s) de tratamento(s)? (0) Medicação via oral (1) Goma de mascar (2) Adesivo (3) Outro (8) NSA		TABMQ _____
A83) Se iniciou durante a gestação, com quantas semanas? ___ semanas (88) NSA		TABMI _____ semanas
SE TEVE OUTROS FILHOS:		
A84) Fumou na gestação anterior? (0) Não (1) Sim (88) NSA		TABGA _____
A85) Há alguém que fuma na sua casa (exceto a mãe)? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A87.</i>		TABC _____
SE SIM:		
A86) Quantas pessoas em sua casa atualmente fumam (exceto a mãe)? Número de pessoas _____ (88) NSA		TABCP _____
A87) Sua mãe fumou na sua gestação? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe		TABMG _____
DADOS DA ALIMENTAÇÃO DA MÃE		
A88) Você já recebeu alguma orientação de como se alimentar? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO A91.</i>		PORI _____
SE SIM:		
A89) Essa orientação ocorreu: (1) Antes de engravidar (2) Durante a gestação (3) opções 1 e 2 (8) NSA		PORIM _____
A90) De quem recebeu a orientação? _____ (8) NSA		PORIQ _____
DADOS GERAIS DA CRIANÇA		
A91) A criança já tem nome? <i>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO A93.</i> (0) Não (1) Sim		CRNOME _____

SE SIM:

A92) Qual o nome da criança? _____ (88) NSA

NOMECR

A93) **Sexo?** (0) Feminino (1) Masculino**CSEX**

A94) **Data de nascimento?** ____/____/____**CRDN**

____/____/____

A95) **Número da Declaração de Nascido Vivo (DN)?** _____**NUDN**

A96) **Peso ao nascer?** _____ gramas**PESOCR**

_____ g

A97) **Comprimento ao nascer?** _____ cm**COMPCR**

_____ cm

A98) **Perímetro cefálico?** _____ cm**PCCR**

_____ cm

A99) **Apgar1?** _____**APGAR1**

A100) Apgar5? _____	APGAR5 _____
A101) Tipo de parto? (1) Cesárea (2) Vaginal (3) Fórceps	CTPART _____
A102) Teve mecônio (prontuário)? (0) Não (1) Sim (6) Não tem no prontuário	MECO _____
A103) Hora que a criança nasceu? _____	HRNASC _____ _____
A104) A criança mamou no primeiro dia de vida? (0) Não (1) Sim	MAMOD1 _____
SE NÃO MAMOU NO PEITO:	
A105) O que recebeu? (0) Solução glicosada via oral (1) Soro glicosado endovenoso (2) Fórmula 1º Semestre (3) Outro, qual? _____ (7) Não sabe (8) NSA	MAMO _____ MAMOQ _____
A106) Quantos minutos após nascer a criança mamou no peito pela primeira vez? _____ minutos (5555) mamou após 1º dia (8888) NSA	HRMAMO _____
A107) Peso de nascimento da mãe? _____ gramas (7777) Não sabe	PNM _____ g
A108) Qual era seu peso antes de engravidar? _____ kg (7777) Não sabe	PESOAG _____ kg
A109) Qual foi seu peso no final do 1º trimestre? _____ kg (7777) Não sabe	PESO1T _____ kg

A110) Qual foi seu peso no final do 2 ° trimestre? _____ kg (7777) Não sabe	PESO2T _____ kg
A111) Qual era o peso antes do parto? _____ kg (7777) Não sabe	PESOAP _____ kg
A112) Qual era a altura antes do parto? _____ cm (7777) Não sabe	ASLTAP _____ cm
A113) Data da última menstruação? ___/___/___ (66) Não tem na carteirinha	DUM ___/___/___
A114) Idade gestacional? IG DUM: _____ IG eco: _____ IG clínico: _____	IGDUM _____ sem. IGECO _____ sem. IGCLI _____ sem.
<p>A115) Ecografias: peso e comprimento fetal aproximado (prontuário)</p> <p>1° Peso: _____ gramas 2° Peso: _____ 3° Peso: _____</p> <p>1° Comprimento: _____ cm 2° Compr.: _____ cm 3° Compr.: _____ cm</p> <p>Data Eco 1° TRI: ___/___/___ Data Eco 2° TRI: ___/___/___ Data Eco 3° TRI: ___/___/___</p> <p>1° IG: _____ 2° IG: _____ 3° IG: _____</p> <p>(8) NSA (8) NSA (8) NSA</p>	<p>ECOP1 _____ g</p> <p>ECOC1 _____ cm</p> <p>ECOD1 ___/___/___</p> <p>ECOIG1 _____</p> <p>ECOP2 _____ g</p> <p>ECOC2 _____ cm</p> <p>ECOD2 ___/___/___</p> <p>ECOIG2 _____</p> <p>ECOP3 _____ g</p> <p>ECOC3 _____ cm</p> <p>ECOD3 ___/___/___</p> <p>ECOIG3 _____</p>

A116) Peso da placenta (prontuário)? _____ gramas (66) Não tem esse dado	PESOPL _____ g
A117) Data da primeira consulta do pré-natal? ____/____/____ IG: _____ (66) Não tem na carteirinha	PCPN ____/____/____ PCPNIG _____
A118) Data da última consulta do pré-natal? ____/____/____ IG: _____ (66) Não tem na carteirinha	UCPN ____/____/____ UCPNIG _____
A119) Número de consultas pré-natais? _____ (66) Não tem na carteirinha	NCPN _____
A120) Primeiro nível de PAS e PAD aferido em consulta pré-natal? _____ mmHg x _____ mmHg (66) Não tem na carteirinha Data: ____/____/____ IG: _____	PPASPN _____ _____ PPADPN _____ DPPA ____/____/____ IGPPA _____
A121) Último nível de PAS e PAD aferido em consulta pré-natal? _____ mmHg x _____ mmHg (66) Não tem na carteirinha Data: ____/____/____ IG: _____	UPASPN _____ _____ UPADPN _____ DUPA ____/____/____ IGUPA _____
EXAMES LABORATORIAIS DA MÃE	
A122) Últimos exames laboratoriais (prontuário e carteira da gestante)? Colocar 66 se não tem dado	

Tipo sanguíneo da mãe _____	Fator Rh _____	SABO _____
Hematócrito _____ %	Hemoglobina _____ g/dl	FRH _____
Eritrócito _____ milhões/ul	Leucócitos Totais _____	HEMT _____
Plaquetas _____ ul		HEMG _____
Tempo de Tromboplastina Parcial _____ s		ERIT _____
Tempo de Protrombina _____ s		LEUT _____
RNI _____		PLAQ _____
VDRL (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo		TTP _____
HBSAg (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo		TP _____
Toxoplasmose IgM (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo		RNI _____
Toxoplasmose IgG (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo		VDRL _____
Rubéola (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo		VHB _____
Citomegalovirose (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo		TOXOM _____
Glicose em jejum _____ mg/dl do primeiro trimestre		TOXOG _____
Glicose em jejum _____ mg/dl do segundo trimestre		RUB _____
Glicose em jejum _____ mg/dl do terceiro trimestre		CMV _____
TTG 75g (jejum) _____ mg/dl		GLI1 _____
TTG (2h após) _____ mg/dl		GLI2 _____
Colesterol HDL _____ mg/dl		GLI3 _____
Colesterol LDL _____ mg/dl		TTG1 _____
Triglicerídeos _____ mg/dl		TTG2 _____
Colesterol Total _____ mg/dl		HDL _____
Aspartato-aminotransferase (TGO) _____ U/L		LDL _____
Transaminase glutâmica pirúvica (TGP) _____ U/L		
Bilirrubina Total _____ mg/dl		
Ferritina _____ ng/ml		
Ácido Fólico _____ ng/dl		
T4 _____ mcg/100ml		
TSH _____ microUI/ml		
Creatinina _____ mg/dl		
Uréia _____ mg/dl		
Exame qualitativo de urina (0) Não realizou (1) Realizou		
Urocultura (0) Negativa (1) Positivo		
Parasitológico de fezes (0) Negativo (1) Positivo		
Citopatológico - Colo do Útero (0) Negativo (1) Positivo		
Hemoglobina glicada _____		

TRIG

COLT

TGO

TGP

BILIT

FERR

ACFO

T4

TSH

CREA

UREIA

EQU

URO

ECF

CP

HBGLIC

QUESTIONÁRIOS ESPECÍFICOS – GRUPOS

DOENÇA HIPERTENSIVA

B1) Qual a classificação de sua hipertensão (prontuário)? (1) Pré-eclâmpsia (2) Hipertensão crônica (3) Eclâmpsia (4) Pré-eclâmpsia superposta à HC (5) Hipertensão gestacional (8) NSA	HIP _____ -
SE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO CRÔNICA (HC):	
B2) Quando teve o diagnóstico? _____ anos (88) NSA	HIPDG _____ anos
SE POSSUI HIPERTENSÃO GESTACIONAL, PRÉ-ECLÂMPسيا OU ECLÂMPسيا	
B3) Com quantas semanas gestacionais a HAS foi diagnosticada? _____ semanas (88) NSA	HIP _____ semanas
B4) Maior nível de PAS na internação? _____ mmHg Data: ____/____/____	PAS ____ PASD ____/____/____
B5) Maior nível de PAD na internação? _____ mmHg Data: ____/____/____	PAD ____ PADD ____/____/____
B6) Usou medicações específicas para a hipertensão na gestação? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B10.</i>	HIPM ____
SE SIM:	
B7) Qual(is)? _____ _____ (88) NSA	HIPMQ ____
B8) Se iniciou durante a gestação, com quantas semanas? _____ semanas (88) NSA	HIPMI ____ semanas
B9) Se parou durante a gestação, com quantas semanas? _____ semanas (88) NSA	HIPMP ____ semanas

SE TEVE OUTROS FILHOS:	
B10) Teve hipertensão na gestação anterior? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B13.</i> (0) Não (1) Sim (8) NSA	HIPAN _____
SE SIM:	
B11) Qual era a classificação de sua hipertensão? (1) Pré-eclâmpsia (2) Pré-eclâmpsia superposta à HC (3) Eclâmpsia (4) Hipertensão crônica-HC (5) Hipertensão gestacional (8) NSA	HIPANQ _____
B12) Qual(is) a(s) medicação(ões) que utilizava? _____ _____ (88) NSA	HIPANM _____
SE SIM:	
B13) Possui histórico familiar de hipertensão? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B15.</i> (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	HIPHF _____
SE SIM:	
B14) Qual o parentesco? (1) Mãe (2) Pai (3) Irmãos (4) Irmãs (5) Avós Maternos (6) Avós Paternos (7) Primos (8) Tios (88) NSA	HIPHFQ _____
SE SIM:	
B15) Sua mãe teve hipertensão na sua gestação? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	HIPMM _____
DIABETES	
D1) Qual a classificação de sua diabetes (prontuário)? (1) DM1 (2) DM2 (3) Diabetes Gestacional (DMG)	DMCL _____
SE DIAGNÓSTICO DE DM1 ou DM2:	
D2) Quando teve o diagnóstico? _____ anos (88) NSA	DMD _____ anos
SE POSSUI DIABETES GESTACIONAL (DMG):	
D3) Com quantas semanas gestacionais a DMG foi diagnosticada? _____ semanas (88) NSA	DMGDG _____
SE TEVE OUTROS FILHOS:	
D4) Em gestações anteriores alguma vez você apresentou diabetes?	DMGANT _____

(0) Não (1) Sim	(8) NSA	
SE SIM:		
D5) Em quantas gestações? _____	(88) NSA	DMGANTQ _____
D6) A diabetes persistiu após o parto? (0) Não (1) Sim	(8) NSA	DMGANTP _____
SE SIM:		
D7) A diabetes persistiu por quanto tempo? _____ meses (555) Nunca mais normalizou	(888) NSA	DMGANTPT _____
D8) Que tipo de tratamento foi indicado para o diabetes nesta gestação? (0) nenhum tratamento (1) dieta (2) atividade física (3) insulina (4) hipoglicemiante oral (5) Outros: _____		
		DMTRAT _____ DMTRATO _____
SE HIPOGLICEMIANTE OU INSULINA:		
D9) Qual(is) medicação(ões)? _____	(88) NSA	DMTRATQ _____
D10) Dose(s) _____	(88) NSA	DMTRATD _____
D11) Você seguiu o tratamento recomendado? (1) Não (2) Às vezes (2) Sim, durante toda a gestação desde o momento do diagnóstico		
		DMTRATR _____
SE NÃO OU ÀS VEZES:		
D12) Por qual(is) motivo(s)? _____	(88) NSA	DMTRATRM _____
D13) Quantas vezes, nesta gestação, você foi internada para controle glicêmico? Número de vezes: _____		
		DMCGI _____
SE FOI INTERNADA:		
D14) Por quanto tempo? _____	(88) NSA	DMCGP _____ dias

D15) Durante a gestação você fazia controle da sua glicemia? (1) Não (1) Sim	DMCG _____
SE SIM:	
D16) Qual o método que utilizava no controle da sua glicemia? (1) Fita-teste (2) Exame Laboratorial (3) Ambas (8) NSA	DMCGM _____
D17) Com que frequência monitorava sua glicemia? _____ (88) NSA	DMCGMF _____ semana
SE SIM:	
D18) Você possui histórico familiar de diabetes? (1) Não (1) Sim (7) Não sabe	DMHF _____
SE SIM:	
D19) Qual o parentesco? (1) Mãe (2) Pai (3) Irmãos (4) Irmãs (5) Avós Maternos (6) Avós Paternos (7) Primos (8) Tios (88) NSA	DMPAR _____



ANEXO B

3 MESES “IVAPSA”

PBI MÃE					
Data da entrevista: __ / __ / __		GDE: __ / __ / __			
Entrevistadora: _____		Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra da sua MÃE até os 16 anos, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.			
Questões	(1) Muito Parecido	(2) Moderadam ente Parecido	(3) Moderadam ente Diferente	(4) Muito Diferente	
1. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	()	()	()	()	1PBIFVMA__
2. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	()	()	()	()	1PBINAN__
3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	()	()	()	()	1PBIDFCG__
4. Parecia emocionalmente fria comigo	()	()	()	()	1PBIPEF__
5. Parecia compreender meus problemas e preocupações	()	()	()	()	1PBIPCP__
6. Era carinhosa comigo	()	()	()	()	1PBIECC__
7. Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	()	()	()	()	1PBIGTPD__

8. Não queria que eu crescesse	()	()	()	()	1PBINQC__
9. Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	()	()	()	()	1PBITCEF__
10. Invadia minha privacidade	()	()	()	()	1PBIIMP__
11. Gostava de conversar sobre as coisas comigo	()	()	()	()	1PBIGCC__
12. Frequentemente sorria para mim	()	()	()	()	1PBIFSM__
13. Tendia a me tratar como bebê	()	()	()	()	1PBITTB__
14. Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	()	()	()	()	1PBIPNEN__
15. Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	()	()	()	()	1PBIDEDC__
16. Fazia com que eu sentisse que não era querido(a)	()	()	()	()	1PBIFSNQ__
17. Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	()	()	()	()	1PBIPFSM__
18. Não conversava comigo	()	()	()	()	1PBINCC__
19. Tentava me fazer dependente dela	()	()	()	()	1PBITMFD__
20. Ela sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ela estivesse por perto	()	()	()	()	1PBISENC__

21. Dava-me tanta liberdade quanto que queria	()	()	()	()	1PBIDLQQ__
22. Deixava-me sair tão frequentemente quanto eu queria	()	()	()	()	1PBIDSFQ__
23. Era superprotetora comigo	()	()	()	()	1PBIESC__
24. Não me elogiava	()	()	()	()	1PBINME__
25. Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	()	()	()	()	1PBIDVQJ__



ANEXO C

15 DIAS “IVAPSA”

SABE-SE QUE MUITAS MULHERES SÃO MALTRATADAS E AGREDIDAS POR PESSOAS PRÓXIMAS OU ESTRANHAS. GOSTARÍAMOS DE SABER SE ALGUMAS DESSAS SITUAÇÕES OCORREM OU JÁ OCORRERAM COM VOCÊ.	
1. Você acha que é ou foi, quase sempre, humilhada, rebaixada, ofendida, com palavras desagradáveis ou irônicas? (1) Sim (0) Não	MTG1 ____
<i>SE NÃO, PULAR PARA A PERGUNTA 2</i>	
1. A. Quando isso aconteceu que idade você tinha? (0) 0-9 anos de idade (1) 10-19 anos de idade (2) mais de 20 anos de idade	MTG1A ____
1.B. Isso aconteceu durante essa gravidez? (1) Sim (0) Não	MTG1B ____
1.C. Quem a atacou? (0) Companheiro (namorado, marido, noivo) (1) Outro membro da família (2) Amigo (3) Estranho	MTG1C ____
1.D. Quantas vezes isso aconteceu? (0) Uma vez (1) Algumas vezes (2) Muitas vezes	MTG1D ____

<p>1.E. Você solicitou algum tipo de ajuda?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> <p>SE SIM, de quem?</p> <p>(0) Familiar (1) Justiça (2) Serviço de Saúde (3) Outro</p>	<p>MTG1E ____</p> <p>MTG1ES ____</p>
<p>2. Alguma vez alguém já lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> <p>SE NÃO, PULAR PARA A PERGUNTA 3</p>	<p>MTG2 ____</p>
<p>2. A. Quando isso aconteceu que idade você tinha?</p> <p>(0) 0-9 anos de idade</p> <p>(1) 10-19 anos de idade</p> <p>(2) mais de 20 anos de idade</p>	<p>MTG2A ____</p>
<p>2.B. Isso aconteceu durante essa gravidez?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p>	<p>MTG2B ____</p>
<p>2.C. Quem a agrediu?</p> <p>(0) Companheiro (namorado, marido, noivo)</p> <p>(1) Outro membro da família</p> <p>(2) Amigo</p> <p>(3) Estranho</p>	<p>MTG2C ____</p>
<p>2.D. Quantas vezes isso aconteceu?</p> <p>(0) Uma vez (1) Algumas vezes (2) Muitas vezes</p>	<p>MTG2D ____</p>
<p>2.E. Você solicitou algum tipo de ajuda?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p>	<p>MTG2E ____</p> <p>MTG2ES ____</p>

<p>SE SIM, de quem?</p> <p>(0) Familiar (1) Justiça (2) Serviço de Saúde (3) Outro</p>	
<p>3. Alguma vez você já foi atacada com faca, revólver ou outro tipo de arma?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> <p>SE NÃO, PULAR PARA A PERGUNTA 4</p>	<p>MTG3 ____</p>
<p>3.A. Quando isso aconteceu que idade você tinha?</p> <p>(0) 0- 9 anos de idade</p> <p>(1) 10-19 anos de idade</p> <p>(2) mais de 20 anos de idade</p>	<p>MTG3A ____</p>
<p>3.B. Isso aconteceu durante essa gravidez?</p> <p>(1)sim (0) não</p>	<p>MTG3B ____</p>
<p>3.C. Quem a atacou?</p> <p>(0) Companheiro (namorado, marido, noivo)</p> <p>(1) Outro membro da família</p> <p>(2) Amigo</p> <p>(3) Estranho</p>	<p>MTG3C ____</p>
<p>3.D. Quantas vezes isso aconteceu?</p> <p>(0) Uma vez (1) Algumas vezes (2) Muitas vezes</p>	<p>MTG3D ____</p>
<p>3.E. Você solicitou algum tipo de ajuda?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> <p>SE SIM, de quem?</p> <p>(0) Familiar (1) Justiça (2) Serviço de Saúde (3) Outro</p>	<p>MTG3E ____</p> <p>MTG3ES ____</p>

<p>4. Você já foi forçada a fazer algum tipo de sexo com alguém, por se sentir ameaçada fisicamente ou temer ser seriamente machucada?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> <p><i>SE NÃO, PARE DE RESPONDER</i></p>	<p>MTG4 ____</p>
<p>4.A. Quando isso aconteceu que idade você tinha?</p> <p>(0) 0 – 9 anos de idade</p> <p>(1) 10 – 19 anos de idade</p> <p>(2) mais de 20 anos de idade</p>	<p>MTG4A ____</p>
<p>4.B. Isso aconteceu durante essa gravidez?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p>	<p>MTG4B ____</p>
<p>4.C. Quem a forçou?</p> <p>(0) Companheiro (namorado, marido, noivo)</p> <p>(1) Outro membro da família</p> <p>(2) Amigo</p> <p>(3) Estranho</p>	<p>MTG4C ____</p>
<p>4.D. Quantas vezes isso aconteceu?</p> <p>(0) Uma vez (1) Algumas vezes (2) Muitas vezes</p>	<p>MTG4D ____</p>
<p>4.E. Você solicitou algum tipo de ajuda?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> <p>SE SIM, de quem?</p> <p>(0) Familiar (1) Justiça (2) Serviço de Saúde (3) Outro</p>	<p>MTG4E ____</p> <p>MTG4ES ____</p>
<p align="center">CASO VOCÊ NECESSITE AUXÍLIO ESPECÍFICO USE O TELEFONE INFORMADO NO TERMO DE CONSENTIMENTO, ENTREGUE NO PRIMEIRO DIA DE ENTREVISTA.</p>	



ANEXO D

1 MÊS “IVAPSA”

EPDS	
Nos últimos 7 dias, você...	
1. Tem sido capaz de rir e achar graça das coisas? (0) Como eu sempre fiz (1) Não tanto quanto antes (2) Sem dúvida, menos que antes (3) De jeito nenhum	3EPDS1 _____
2. Tem pensado no futuro com alegria? (0) Sim, como de costume (1) Um pouco menos que de costume (2) Muito menos que de costume (3) Praticamente não	3EPDS2 _____
3. Tem se culpado sem razão quando as coisas dão errado? (0) Não, de jeito nenhum (1) Não frequentemente. (2) Sim, algumas vezes. (3) Sim, a maior parte das vezes.	3EPDS3 _____
4. Tem ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão? (0) Não, de jeito nenhum (1) De vez em quando (2) Sim, às vezes (3) Sim, muito seguido	3EPDS4 _____
5. Tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo? (0) Não, de jeito nenhum (1) Raramente (2) Sim, às vezes (3) Sim, muito seguido	3EPDS5 _____
6. Tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia? (0) Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes (1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles (2) Sim, algumas vezes não tenho conseguido lidar bem como antes (3) Sim, na maioria das vezes não consigo lidar bem com eles	3EPDS6 _____

<p>7. Tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir? (0) Não, nenhuma vez (1) Raramente (2) Sim, algumas vezes (3) Sim, na maioria das vezes</p>	<p>3EPDS7 _____</p>
<p>8. Tem se sentido triste ou muito mal? (0) Não, de jeito nenhum (1) Raramente (2) Sim, muitas vezes (3) Sim, na maioria das vezes.</p>	<p>3EPDS8 _____</p>
<p>9. Tem se sentido tão triste que tem chorado? (0) Não, nunca (1) Só de vez em quando (2) Sim, muitas vezes (3) Sim, a maior parte do tempo</p>	<p>3EPDS9 _____</p>
<p>10. Tem pensado em fazer alguma coisa contra si mesma? (0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Sim, muitas vezes</p>	<p>3EPDS10 _____</p>



ANEXO E
3 MESES “IVAPSA”

Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __	GDE __ / __ / __
Entrevistadora: _____	
A1) Código de identificação _____	
(PBQ)	
<p>Por gentileza, indique com que frequência as seguintes afirmações são verdadeiras para você. Não existem respostas “certas” ou “erradas”. Escolha a resposta que mais parece certa de acordo com sua</p>	
<p>1. Sinto-me próxima do meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	VIN1 __
<p>2. Gostaria de voltar ao tempo em que ainda não tinha este bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	VIN2 __
<p>3. Sinto-me distante do meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	VIN3 __
<p>4. Adoro fazer carinho no meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	VIN4 __
<p>5. Arrependo-me de ter tido este bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p>	VIN5 __

3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
6. Este bebê não parece ser meu.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN6 __
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
7. O meu bebê me enerva.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN7 __
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
8. Amo loucamente o meu bebê.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN8 __
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
9. Sinto-me feliz quando meu bebê sorri.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN9 __
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
10. O meu bebê me deixa desesperada.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN10 _
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	–
11. Gosto muito de brincar com o meu bebê.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN11 _
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	–
12. O meu bebê chora demais.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas	VIN12 _
vezes			
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	–
13. Sinto-me encurralada como mãe.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas	VIN13 _
vezes			
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	–

<p>14. Sinto-me zangada com o meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre vezes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muitas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>VIN14_</p> <p>—</p>
<p>15. Sinto rancor do meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre vezes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muitas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>VIN15_</p> <p>—</p>
<p>16. O meu bebê é o bebê mais bonito do mundo.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre vezes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muitas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>VIN16_</p> <p>—</p>
<p>17. Gostaria que meu bebê desaparecesse de alguma forma.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre vezes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muitas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>VIN17_</p> <p>—</p>
<p>18. Fiz coisas prejudiciais para o meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre vezes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muitas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>VIN18_</p> <p>—</p>
<p>19. O meu bebê me deixa ansiosa.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre vezes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muitas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>VIN19_</p> <p>—</p>
<p>20. Tenho medo do meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre vezes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muitas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>VIN20_</p> <p>—</p>

<p>21. Meu bebê me irrita.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre vezes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muitas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>VIN21_</p> <p>—</p>
<p>22. Sinto-me confiante quando cuido do meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre vezes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muitas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>VIN22_</p> <p>—</p>
<p>23. Sinto que a única solução é outra pessoa tomar conta do meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre vezes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muitas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>VIN23_</p> <p>—</p>
<p>24. Tenho vontade de fazer mal ao meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre vezes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muitas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>VIN24_</p> <p>—</p>
<p>25. É fácil consolar o meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre vezes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muitas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>VIN25_</p> <p>—</p>

(Versão original: Brockington et al., 2001; Versão portuguesa: Bárbara Nazaré, Ana Fonseca & Maria Cristina Canavarro, 2008)

ANEXO F



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E POS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110097

Data da Versão do Projeto: 16/05/2011

Data da Versão do TCLE: 10/06/2011

Pesquisadores:

CLECIO HOMRICH DA SILVA

PATRICIA PELLUFO SILVEIRA

VERA LUCIA BOSA

RAFAELA DA SILVEIRA CORRÊA

CHARLES FRANCISCO FERREIRA

JULIANA ROMBALDI BERNARDI


MARCELO ZUBARAN GOLDANI

Título: Projeto IVAPSA - Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Todas as alterações do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios trimestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual consta o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 27 de junho de 2011.


Profa. Dra. Claudes
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu filho(a) recém nascido _____ e você _____ estão sendo convidados(as) a participar da pesquisa intitulada **“Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida”** que tem como objetivo principal compreender os efeitos a longo prazo de diferentes eventos ocorridos durante a gestação sobre o crescimento, o comportamento, o metabolismo e o neurodesenvolvimento infantil, assim como a identificação precoce de vulnerabilidade para efeitos deletérios destas variações. O tema escolhido justifica-se pelo número de estudos que têm demonstrado que problemas de saúde ocorridos durante a gestação podem influenciar na saúde do indivíduo.

Para alcançar os objetivos será realizada entrevista no pós-parto do alojamento conjunto e marcaremos 6 encontros com você e seu(a) filho(a), nos quais serão realizadas algumas medidas como peso, estatura, circunferência da cintura e medida das dobras cutâneas sua e do seu bebê, além da coleta de saliva. Serão realizados, também, questionários referentes à condição de saúde e nutrição, como: hábito alimentar, histórico de doenças, condições de moradia, depressão pós-parto, estresse, cuidado materno, entre outros. Todas as medidas citadas não oferecem riscos previsíveis. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Caso optar por não participar, você e seu filho(a) não serão prejudicados e, se for identificado algum problema, a partir destas medidas, sendo de seu interesse, encaminharemos para tratamento em um serviço público de saúde. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

Eu, _____ fui informada:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;

- de que a minha participação e a do meu é voluntária e terei a liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado ao meu filho (a);
- da segurança de que eu e meu (a) filho (a) não seremos identificados quando da divulgação dos resultados e as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.
- sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com qualquer integrante do NESCA – Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente pelo telefone **(51) 3359 8515** ou no próprio local na Rua Ramiro Barcellos 2350, 11º andar, sala 1132.
- também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Nome da mãe ou responsável

Assinatura Marcelo Zubaran Goldani

Nome do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável

Data ___/___/2011