

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Talita Borges Queiroga dos Reis

O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de
uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

Talita Borges Queiroga dos Reis

O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Mangueiras, Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mariza Miranda Theme Filha.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Márcia Leonardi Baldisserotto.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: The effect of the maternal-fetal attachment on the quality of the mother-infant bonding: data from a cohort of pregnant women in Manguinhos, Rio de Janeiro.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Código de Financiamento 001.

R375e Reis, Talita Borges Queiroga dos.
O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê:
dados de uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro / Talita
Borges Queiroga dos Reis. -- 2022.
94 f. : il. color.

Orientadora: Mariza Miranda Theme-Filha.
Coorientadora: Márcia Leonardi Baldisserotto.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Epidemiologia em Saúde Pública),
Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 72-87.

1. Gravidez. 2. Saúde Mental. 3. Saúde Materno-Infantil. 4. Saúde Coletiva.
5. Relações Mãe-Filho. I. Título.

CDD 618.24

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Talita Borges Queiroga dos Reis

O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral.

Aprovada em: 07 de abril de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Giana Bitencourt Frizzo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dra. Aline Araújo Nobre
Fundação Oswaldo Cruz - Programa de Computação Científica

Prof.^a Dra. Mariza Miranda Theme Filha (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Para a pequena estrelinha que começou a brilhar em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao longo dessa trajetória muitas pessoas foram importantes e deixaram uma marca especial neste trabalho. Primeiro, agradeço a Deus por ter me dado a graça de ter a oportunidade de realizar este mestrado e ter me dado um sonho para sonhar. Agradeço ao amparo e carinho dos meus pais, Wagner e Neiva, que sempre foram exemplos de dedicação ao estudo e confiaram em mim e me deram palavras de motivação e colo nas horas que precisei. Agradeço ao Danilo por ser um parceiro que me apoia com alegria nos desafios da vida e que se dedica amorosamente para que eu conquiste os meus objetivos. Às minhas irmãs, Priscila e Camila, também, meu agradecimento por serem fonte de amizade e apoio, além de inspiração para reflexões sobre a maternidade com nossas conversas agregadoras. Obrigada também a Clara e ao Lucca por serem crianças e me ensinarem a redescobrir e ressignificar ideias sobre a vida.

De modo especial, quero agradecer a minha orientadora Mariza por toda ajuda e apoio durante este mestrado, sem ela nada disso seria possível. No período que fui bolsista Pibic imaginava se eu teria condições seguir adiante no campo da pesquisa e se ingressaria no mestrado. Minha motivação para prosseguir foi ter contato com uma mulher inspiradora e competente como ela que despertou em mim o desejo de querer mais. Agradeço também a minha co-orientadora Márcia que agiu com atenciosidade, sensibilidade e inteligência nas explicações e orientações. Aprendi muito com a convivência com ela e sempre que tivemos a oportunidade de debater, sempre foi agregador.

Agradeço a Maria, Ana Cláudia, Liliana e Isabela que se dedicaram integralmente para que essa pesquisa fosse realizada com qualidade e eficiência. Agradeço também por todo carinho durante a nossa convivência na Ensp.

Dedico meu agradecimento também aos professores do Pós-graduação de Epidemiologia em Saúde Pública que durante esse período de pandemia se dedicaram para que tivéssemos a mesma qualidade de ensino que a Ensp é reconhecida por ter. Este trabalho contém reflexões sobre cada disciplina que cursei. Meu agradecimento também a Fundação Oswaldo Cruz e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca por serem espaços de aprendizado e por me receberem quando eu era ainda aluna do curso de graduação cheia de ideias equivocadas, mas que queria aprender mais sobre área de pesquisa.

Também agradeço aos meus colegas de mestrado Camylla, Isiyara, Tatiana e Anderson pela parceria durante as disciplinas, provas e seminários da pós-graduação. Obrigada pelos grupos de estudo, pelos ensaios, pelos comentários, pelos ensinamentos e pelos momentos de risadas. Meu carinho a vocês.

Não poderia deixar de agradecer a todas as mulheres que se voluntariam a participar dessa pesquisa. Sei que nós, entrevistadoras, parecíamos sombras atrás delas para que elas contribuíssem com o estudo e que não perdessem uma onda de seguimento. Mas todo tempo e esforço delas contribuíram para a construção de conhecimento e de vias de saúde. Desejo que os frutos desse trabalho cheguem de alguma forma até essas mulheres.

Por fim, agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo suporte financeiro neste período do mestrado. Esta bolsa foi um auxílio fundamental. Oportunamente, agradeço também pelo auxílio que recebi durante os três anos em que foi bolsista Pibic, momento que contribuiu para meu crescimento profissional e despertar para o caminho da pesquisa.

RESUMO

O ciclo gravídico-puerperal é um momento especial no ciclo vital da mulher. Na gestação, a mulher começa a despertar para o papel materno e a se envolver emocionalmente com o seu bebê no útero estabelecendo o vínculo materno-fetal. Da mesma forma no pós-parto, a identidade da mãe continua sendo construída na interação com o recém-nascido e no estabelecimento do vínculo mãe-bebê. Problemas no desenvolvimento do vínculo materno-fetal e no vínculo mãe-bebê podem trazer prejuízos a saúde materno-infantil. O objetivo deste estudo é analisar o efeito do vínculo materno-fetal sobre o vínculo mãe-bebê, além de verificar os fatores associados a ambos. Estudo de coorte prospectivo foi realizado por meio de entrevistas durante a gestação e o pós-parto com 361 mulheres que iniciaram com até 20 semanas gestacionais o acompanhamento pré-natal nas unidades básicas de saúde Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria e Clínica da Família Vitor Vala, localizadas na comunidade de Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro. O vínculo materno-fetal foi aferido a partir do terceiro mês gestacional e o vínculo mãe-bebê foi aferido entre 1 e 10 meses após o parto com as escalas *Maternal Fetal Attachment Scale* (MFAS-12) e *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ-12), respectivamente. Modelos lineares generalizados com distribuição gama e função de ligação identidade foram ajustados para estimar a associação entre vínculo materno-fetal e vínculo mãe-bebê e seus respectivos fatores associados. O efeito causal foi encontrado entre o vínculo materno-fetal e vínculo mãe-bebê no modelo bruto ($\beta = -0,125$ p valor = $<0,001$) e ajustado ($\beta = -0,096$ p valor = $0,01$). O vínculo mãe-bebê foi associado a mulheres autodeclaradas pretas, sem trabalho remunerado, com problemas emocionais prévios, percepção de apoio social, sintomas de depressão gestacional e sintomas de ansiedade na gravidez. O vínculo materno-fetal foi associado a mulheres menos escolarizadas, sem companheiro, com maior paridade, que não queriam engravidar, com percepção de apoio social e com sintomas de depressão na gestação. Neste estudo, mulheres com maior vínculo materno-fetal apresentaram maior qualidade de vínculo mãe-bebê no pós-parto. Os determinantes psicológicos do vínculo mãe-bebê se mostram mais relevantes do que os socioeconômicos e obstétricos. A evidência da relação desses tipos de vinculação materna colabora para a possibilidade da identificação precoce de gestantes mais suscetíveis a ter dificuldades na formação de vínculo com o seu bebê, podendo ser feito durante o acompanhamento pré-natal nas unidades básicas de saúde. A criação de novos protocolos de atendimento psicológico no Sistema Único de Saúde que promovam a saúde mental materna e que olhe para as suas particularidades dessa população são fundamentais. Sobre os fatores associados, novos estudos

são necessários para entender se esses fatores possuem efeitos diretos ou indiretos nestes processos de vinculação.

Palavras-chaves: vínculo materno-fetal; vínculo mãe-bebê; saúde mental materna; saúde coletiva.

ABSTRACT

The pregnancy-puerperal cycle is a special moment in a woman's life cycle. During pregnancy, the woman begins to awaken to the maternal role and to become emotionally involved with her baby in the uterus, establishing the maternal-fetal bond. In the same way in the postpartum period, the mother's identity continues to be built in the interaction with the newborn and in the establishment of the mother-baby bonding. Problems in the development of the maternal-fetal attachment and in the mother-infant bonding can harm maternal-infant health. The objective of this study is to analyze the effect of the maternal-fetal attachment on the mother-infant bonding, in addition to verifying the factors associated with these two relationships. A prospective cohort study was carried out through interviews during pregnancy and postpartum with 361 women who started prenatal care at up to 20 gestational weeks in basic health units Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria and Clínica da Família Vitor Vala, located in the community of Manginhos, in the city of Rio de Janeiro. The maternal-fetal attachment was measured from the third gestational month and the mother-infant bonding was measured between 1 and 10 months after delivery with the Maternal Fetal Attachment Scale (MFAS-12) and Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ-12), respectively. Generalized linear models with gamma distribution and identity linkage function were fitted to estimate the association between maternal-fetal attachment and mother-infant bonding and their respective associated factors. A causal effect was found between maternal-fetal attachment and mother-infant bonding in the crude ($\beta = -0,125$ p valor = $<0,001$) and adjusted model ($\beta = -0,096$ p valor = $0,01$). The mother-infant bonding was associated with self-declared black women, without paid work, with previous emotional problems, perceived social support, symptoms of gestational depression and symptoms of anxiety during pregnancy. The maternal-fetal attachment was associated with less educated women, without a partner, with greater parity, who did not want to become pregnant, with a perception of social support and with symptoms of depression during pregnancy. In this study, women with a high maternal-fetal attachment were more likely to have a better quality of mother-baby bonding in the postpartum period. The psychological determinants of the mother-baby bonding are more relevant than the socioeconomic and obstetric ones. The evidence of the relationship between these types of maternal attachment contributes to the possibility of early identification of pregnant women who are more susceptible to having difficulties in forming a bond with their baby, which can be done during prenatal care at basic health units. The creation of new psychological care protocols in the Unified Health System that promote maternal mental health and that look at the

particularities of this population are fundamental. Regarding the associated factors, further studies are needed to understand whether these factors have direct or indirect effects on these attachment processes.

Keywords: maternal-fetal attachment; mother-infant bond; maternal mental health; public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Fluxograma da coorte “Fatores associados à obesidade pré-gestacional e suas repercussões sobre a saúde materna e neonatal”, Brasil, 2016-2019.	39
Figura 2-	Modelo teórico do efeito do vínculo materno-fetal sobre o vínculo mãe-bebê.	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Variáveis utilizadas na dissertação de acordo com os seguimentos da pesquisa “Fatores associados à obesidade pré-gestacional e suas repercussões sobre a saúde materna e neonatal”, 2016-2019.	45
Tabela 2-	Características sociodemográficas, obstétricas, psicossociais das participantes da dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro”, 2022.	49
Tabela 3-	Aspectos da saúde dos bebês nascidos da coorte, dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro”, 2022.	51
Tabela 4-	Associação bivariada entre características sociodemográficas, obstétricas, psicossociais com o Vínculo Materno-Fetal e o Vínculo Mãe-Bebê, dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro”, 2022.	53
Tabela 5-	Modelo bruto e ajustado da associação entre Vínculo Materno-Fetal e Vínculo Mãe-Bebê, dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro”, 2022.	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Abuse Assessment Screen
CFVV	Clínica da Família Vitor Vala
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
DUM	Data da Última Menstruação
ENSP	Escola Nacional De Saúde Pública
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ESF	Estratégia De Saúde Da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GAD-2	Generalized Anxiety Disorder -2
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IG	Idade Gestacional
MFAS	Maternal-Fetal Attachment Scale
MLG	Modelos Lineares Generalizados
MOS	Medical Outcome Study
PBQ	Postpartum Bonding Questionnaire
PHQ-4	Patient Health Questionnaire-4
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
USG	Ultrassonografia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	TEORIA DO VÍNCULO MATERNO-FETAL	19
2.1	FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DO VÍNCULO MATERNO-FETAL.....	24
3	TEORIA DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ	27
3.1	FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DO VÍNCULO MÃE- BEBÊ.....	33
4	RELAÇÃO ENTRE O VÍNCULO MATERNO-FETAL E O VÍNCULO MÃE-BEBÊ	35
5	JUSTIFICATIVA	37
6	OBJETIVOS	38
6.1	OBJETIVO GERAL.....	38
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
7	MÉTODO	39
7.1	DESENHO DE ESTUDO.....	39
7.2	AMOSTRA.....	39
7.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	39
7.4	LOCAL DO ESTUDO.....	40
7.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	41
7.5.1	Pré-natal I: primeira entrevista	41
7.5.2	Pré-natal II: segunda entrevista	41
7.5.3	Pós-parto: terceira entrevista	41
7.6	GARANTIA E CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS.....	42
7.7	VARIÁVEIS DE DESFECHO E EXPOSIÇÃO.....	42
7.7.1	Variável de exposição	42
7.7.2	Variável de desfecho	43
7.8	VARIÁVEIS DE CONTROLE E OUTRAS COVARIÁVEIS.....	43
7.8.1	Dados Sociodemográficos	43
7.8.2	Antecedentes obstétricos e gestação atual	44
7.8.3	Fatores psicossociais	44
7.8.4	Aspectos da saúde do neonato	45
7.9	MODELO TEÓRICO.....	46

7.10	ANÁLISE DE DADOS.....	47
7.11	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	48
8	RESULTADOS.....	50
9	DISCUSSÃO.....	60
10	CONCLUSÃO.....	70
	REFERÊNCIAS.....	72
	ANEXO A - MATERNAL- FETAL ATTACHMENT SCALE- 12 (MFAS- 12).....	88
	ANEXO B - POSTPARTUM BONDING QUESTIONNAIRE - 12 (PBQ- 12).....	89
	ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91
	ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	93

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação e a escolha do tema abordado são os resultados de uma trajetória iniciada quando ainda era graduanda em psicologia. Em 2016, comecei a minha experiência como bolsista de iniciação científica e fui apresentada a dois novos mundos que culminaram neste trabalho. O primeiro mundo foi o da pesquisa quantitativa. Atuei na pesquisa “Fatores associados à obesidade pré-gestacional e suas repercussões sobre a saúde materna e neonatal”, estudo de coorte coordenado pela Prof. Dr^a. Mariza Theme da Escola Nacional de Saúde Pública.

Durante esta pesquisa, exerci diferentes funções que fazem parte do processo operacional de uma pesquisa longitudinal. Coletei dados de centenas de participantes, ajudava na elaboração da agenda das entrevistas, revisei e digitei questionários e participei de debates entre os membros da equipe para as tomadas de decisões. No mestrado pude compreender que estas etapas são essenciais para a qualidade dos resultados de um estudo e que agregou muito sentido quando tive contato com a teoria na disciplina de Epidemiologia: Conceitos e Métodos II.

Atuar nesta pesquisa foi um período de aprendizado e que se encerrou em 2019. Agora, os dados desta pesquisa são os insumos da minha dissertação do mestrado. E tem um significado muito agradável saber que irei analisar dados que colaborei para coletar e sistematizar.

O segundo mundo que fui apresentada, e não menos importante, foi o campo da saúde mental perinatal. Diferente do que ocorreu com o mundo da pesquisa quantitativa, no decorrer da graduação eu já tinha entrado em contato brevemente com teóricos da área, como Daniel Stern e John Bowlby. No entanto, eu ainda não compreendia concretamente a dimensão do que as teorias abordavam.

Quando comecei a iniciação científica, as participantes do estudo eram gestantes e, posteriormente, puérperas. Foi a partir das entrevistas com estas mulheres que comecei a refletir acerca de questões psíquicas e sociais que as permeavam. Apesar de realizar uma entrevista estruturada, observava com muita atenção as mulheres e, principalmente, quando elas estavam acompanhadas de seus bebês e de outros filhos.

A dinâmica entre mães e filhos, mesmo se ela ainda estivesse gestando o bebê, parecia ser empiricamente diferente entre estas mulheres. O que promovia a diferença nestas relações e quais as consequências daqueles comportamentos observados na vida do bebê e da mulher foram reflexões constantes ao longo desses anos.

Desta forma, na tentativa de responder algumas dessas inquietações, este trabalho buscará responder as seguintes perguntas de pesquisa: qual o efeito da qualidade da relação entre a mãe e o feto na gestação sobre a qualidade da relação entre a mãe e bebê no pós-parto?

Para isso, foi planejado a seguinte estrutura do trabalho:

Na introdução, apresento uma revisão da literatura sobre a história da construção da teoria do vínculo, a teoria do vínculo materno-fetal, os fatores associados ao vínculo materno-fetal, a teoria do vínculo mãe-bebê e a os fatores associados ao vínculo mãe-bebê e a relação entre o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê. Em seguida a justificativa do estudo, os objetivos gerais e específicos e o método delineado para alcançá-los. A partir dos resultados e suas interpretações, discute-se os achados da pesquisa, confrontando com a literatura nacional e internacional. Finalmente, apresento as conclusões do estudo e como seus resultados poderão ser utilizados pelos profissionais de saúde e pesquisadores da área materno-infantil, e as recomendações para futuras pesquisas.

1 INTRODUÇÃO

O período da gravidez e do puerpério tem sido objeto de estudo e de intervenções em áreas tradicionais da medicina como a obstetrícia e a pediatria. O progresso técnico-científico nestes campos da assistência promoveu melhorias à saúde materno-infantil. Até o século XX, a principal preocupação das mulheres durante a gestação era a sobrevivência. Com o avanço da medicina, as taxas de mortalidade materna e infantil durante a gestação e parto caíram. Além disso, o desenvolvimento científico também contribuiu para a descoberta da gestação mais precocemente com a elaboração dos testes de gravidez e, ainda, com a criação dos aparelhos de ultrassonografia que possibilitaram a visualização dos bebês dentro do útero. Em decorrência destas evoluções nestas áreas da ciência, a concepção das mulheres sobre a gravidez, parto e pós-parto mudaram nos últimos 60 anos (SALISBURY *et al.*, 2003).

Esta mudança de percepção sobre a gestação e o pós-parto promoveu impacto nas pesquisas na área da psicologia pois, com a maior estabilidade dos aspectos biológicos no contexto perinatal, foi possível colocar luz sobre os fenômenos psíquicos envolvidos na formação da maternidade até então pouco explorados (SALISBURY *et al.*, 2003).

Diversos autores do campo da psicologia e da psicanálise formularam teorias que explicam a construção da maternidade e da relação mãe-bebê. Inicialmente, estes estudos tiveram foco na formação afetiva materno-filial no pós-parto (BOWLBY, 1969; KLEIN, 1978; WINNICOTT, 1956). Posteriormente, estudos foram elucidando que desde a gestação a mulher é inserida em uma nova dinâmica psíquica que dá bases a constituição da identidade materna e que, neste contexto da gravidez, a mulher já cria uma conexão emocional com o bebê esperado (RUBIN, 1967; LUMLEY, 1972; LEBOVICI, 1983).

A teoria do vínculo, que tem como principal expoente o psiquiatra e psicanalista John Bowlby, contribuiu para o entendimento dos laços afetivos entre mães e filhos. Esta teoria fundamentou a análise biológica e psicológica do funcionamento dos sistemas de vínculos entre as crianças com seus cuidadores, dando maior destaque para a relação entre as crianças e a figura materna na primeira infância (BOWLBY, 1969; BRANDON *et al.*, 2009)

Em 1949, a Organização Mundial de Saúde propôs que Bowlby realizasse um estudo com crianças órfãs que tinham perdido suas mães durante a Segunda Guerra Mundial. Neste estudo, Bowlby observou a predominância de sentimento de angústia e sofrimento emocional nestas crianças causadas pela separação daqueles que conheciam e amavam. Bowlby também notou o aparecimento de características adversas na personalidade infantil, incluindo quadros psiquiátricos (BOWLBY, 1988 p. 19).

Além dos estudos de Bowlby sobre a formação do vínculo emocional entre mães e bebês, Ainsworth (1978), Klaus e Kennell (1976) e Brockington (1996) também buscaram compreender, por meio de suas pesquisas, o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê na perspectiva materna, ou seja, tendo como referência os mecanismos psíquicos da mulher que promovem a consolidação do vínculo no pós-parto e suas possíveis repercussões na saúde materna. Atualmente, acredita-se que existem diversos fatores que podem influenciar na qualidade do vínculo mãe-bebê, dentre eles, o vínculo materno-fetal tem se apresentado como preditivo para esta formação (TROMBETTA *et al.*, 2021).

O conceito de vínculo materno-fetal foi construído com base nos estudos sobre o processo de construção da maternidade e de vinculação entre mães e bebês (ALHUSEN, 2008). Cranley (1981) tem se destacado como principal referência na construção deste constructo. A partir da sua produção teórica, outros autores fizeram suas contribuições e apresentaram novas evidências sobre o entendimento desta relação na gestação (CONDON; CORKINDALE, 1997; DOAN; ZIMERMAN, 2003; MULLER, 1990). De modo geral, o vínculo materno-fetal é compreendido como uma ligação emocional entre a mãe e o feto que pode ser observada através dos comportamentos, sentimentos e representações mentais construídos na gestação. Além do mais, assim como o vínculo mãe-bebê, o vínculo materno-fetal tem sido correlacionado a problemas emocionais maternos e infantis (KOHAN; SALEHI, 2017).

É importante destacar que tanto o vínculo materno-fetal quanto o vínculo mãe-bebê estão inseridos nos processos de construção da maternidade (ZDOLSKA-WAWRZKIEWICZ *et al.*, 2020). Além dos fatores psicológicos que estão envolvidos nesta construção, os aspectos sociais podem impactar nas formas de se constituir esse papel (ROSSEN *et al.*, 2017; TICHELMAN *et al.*, 2019). As desigualdades sociais intrínsecas a sociedade, destaca-se aqui a realidade brasileira, podem produzir formas diferentes do “tornar-se mãe”, com desafios condicionados a experiência social vivida (BENATTI *et al.*, 2020). Desta forma, essas diferenças e vulnerabilidades sociais podem impactar nos processos de vinculação materna.

Em síntese, diversos fatores histórico-sociais contribuíram para a mudança da percepção sobre o início da construção da maternidade e que propiciaram a produção de estudos psicológicos sobre a formação do vínculo mãe-bebê e do vínculo materno-fetal. Apesar de serem relações distintas, estas teorias têm apresentado a importância da relação materna com bebê durante a gestação e o pós-parto e, além disso, como o prejuízo na formação destas interações podem suscetibilizar a estrutura psíquica materna e infantil para desenvolvimentos adversos. Outrossim, verifica-se a necessidade de analisar a formação destas relações baseadas no contexto social onde existem peculiaridades na constituição da maternagem.

2. TEORIA DO VÍNCULO MATERNO-FETAL

A gestação é um momento importante para a vida da mulher e de toda a família. O período gestacional possui fundamental importância para a formação do bebê, para que após o parto, esteja apto a se desenvolver mais plenamente fora do útero. Por outro lado, a gestação também cumpre o papel na preparação dos cuidadores, principalmente da mãe, para as novas demandas sociais e psicológicas que estão por vir. Neste momento, além das alterações físicas e hormonais, a mulher experiencia um momento de reestruturação biopsicossocial na qual a mulher se organiza em diferentes camadas para assumir a função de mãe (MALDONADO, 2020; RAPOPORT; PICCININI, 2011).

Em uma perspectiva psicológica, a transição para a maternidade requer uma nova organização mental para que a mulher se adeque a realidade de cuidar de uma criança. Essa nova organização psíquica, chamada de Constelação da Maternidade, é temporária e está presente tanto em primíparas como em múltiparas, apesar de apresentar impactos diferentes (RIBEIRO *et al.*, 2017). De acordo Stern (1995), autor desta teoria, ao engravidar, a mulher desenvolve três discursos internos 1) com sua própria mãe (retoma a memória infantil e lembrança de cuidados); 2) consigo mesma (constrói desejos e incertezas da função materna); 3) e com o seu bebê (conversas com seu bebê na barriga e criação de uma imagem sobre ele). Estes discursos expressam preocupações maternas que se relacionam com as vivências com o mundo externo e fortalecem os recursos internos da mulher para a nova experiência de tornar-se mãe.

A construção da maternidade também foi estudada por Rubin (1967), que deu importante contribuição a este tema ao afirmar que a maternidade não se inicia após o parto, como era compreendida anteriormente. Segundo esta autora, na gestação a mulher já manifesta mecanismos maternos que poderão afetar a relação entre a mãe e o bebê no pós-parto. Este trabalho de Rubin suscitou a necessidade de novos estudos para entender mais sobre o desenvolvimento do papel materno durante a gestação e da relação desta mãe com este feto (ALHUSEN, 2008).

Posteriormente, estudos sobre a imaginação materna durante a gravidez mostraram que estas manifestações criativas seriam uma das formas que as mulheres exercem de forma preliminar a maternidade e idealizam a relação com os seus bebês na barriga. Lumley (1972), que era epidemiologista, realizou algumas pesquisas dentro da temática da relação materno-fetal e constatou que gestantes desenvolviam imaginação sobre os seus bebês e que estas imaginações ficaram mais frequente à medida que a gestação evoluía (LUMLEY, 1972). Além

disso, Lumley também apresentou evidências de que a imagem do feto, vista por meio do ultrassom, impactava no desenvolvimento da relação materno-fetal e, que quanto mais cedo ocorria essa visualização do bebê, mais aumentava a percepção do feto como uma “pequena pessoa”, com um corpo diferenciado do corpo materno e que tinha suas próprias necessidades (LUMLEY, 1980). Apesar de pouco creditada, Lumley publicou o primeiro estudo abordando esta relação mãe-feto denominando-a como vínculo materno-fetal (LUMLEY, 1972; ALHUSEN, 2008).

O desenvolvimento dessa imaginação e conexão entre a mãe e o bebê na gestação demonstrado por Lumley, pode ser explicado pelo fenômeno do “bebê imaginário”, termo conceituado pelo psicanalista Lebovici, que explica o que comumente ocorre no psiquismo materno neste período gestacional. De acordo com Lebovici (1983), o bebê imaginário seria um ser diferenciado do bebê real, construído a partir das fantasias, representações e expectativas maternas sobre o filho e sobre si mesmo como mãe. A relação com este bebê imaginário pode se intensificar no decorrer da gravidez com a presença dos movimentos fetais, imaginação sobre o sexo e personalidade do bebê. A elaboração do bebê imaginário é compreendida como um processo de adaptação para a mulher exercer a futura prática materna. Apesar disso, essa construção imaginativa pode provocar sentimentos ambivalentes na mulher, pois a gestante pode ter uma idealização positiva sobre as características do bebê e da sua relação com ele e, ao mesmo passo, ter medo e angústia sobre a possibilidade do bebê real não ser saudável ao nascer ou que a sua relação com ele não seja tal qual ela espera (LEBOVICI, 1983).

O primeiro estudo de revisão bibliográfica sobre o vínculo materno-fetal foi realizado pela enfermeira perinatal Cranley (CRANLEY, 1979). Cranley dedicou seus esforços no campo da pesquisa para compreender o que era o relacionamento mãe-feto e como era desenvolvido o processo de vinculação entre a mãe e o bebê na gestação. A partir de seus estudos, Cranley se consolidou como uma das principais referências neste tema e conceituou o vínculo materno-fetal como: “a intensidade com que as mulheres se engajam em comportamentos que representam uma afiliação e uma interação com sua criança que vai nascer” (CRANLEY, 1981, p.282). Além disso, Cranley apresentou um modelo multidimensional formado por seis dimensões que constituiriam o vínculo entre a mãe e o feto que são: 1) *Differentiation of self from fetus*, 2) *Interaction with the fetus*, 3) *Attributing characteristics to the fetus*, 4) *Giving of self*, 5) *Role-taking* e 6) *Nesting* (CRANLEY, 1981).

Com a criação do modelo teórico do vínculo materno-fetal, Cranley construiu a *Maternal-Fetal Attachment Scale* (MFAS), primeiro instrumento que teve o objetivo de aferir a qualidade da relação entre a mãe e o feto e avaliar comportamentos de engajamento materno

com o seu feto durante a gravidez. Inicialmente, a MFAS foi construída com os seis fatores do modelo teórico proposto. Entretanto, devido à baixa confiabilidade, o fator *Nesting* foi excluído. Com isso, a MFAS original contém 24 itens divididos em cinco subescalas (CRANLEY, 1981). Este instrumento foi traduzido e adaptado para diversas línguas e culturas, sendo uma das mais utilizada em estudos sobre o tema (TICHELMAN *et al.*, 2019).

Baseados nos trabalhos conduzidos por Cranley, outros autores realizaram estudos sobre o vínculo materno-fetal e construíram suas próprias interpretações sobre este assunto. A pesquisadora perinatal Muller definiu o vínculo materno-fetal como “uma relação única e afetiva que se desenvolve entre uma mulher e seu feto” (MULLER, 1990, p.11). No entendimento de Muller, as fantasias e pensamentos maternos estão mais ligados com a vinculação mãe-feto do que os comportamentos de engajamentos demonstrados pela mulher durante a gravidez, discordando neste aspecto com Cranley, que conferia aos comportamentos maternos uma relação importante no processo de afiliação. Em consequência das diferenças do modelo de Cranley, Muller produziu a *Prenatal Attachment Inventory*, um instrumento que enfatiza apenas aspectos das representações mentais da vinculação, excluindo avaliação de comportamentos maternos (BRANDON *et al.*, 2009).

Em contraposição aos estudos de Cranley e Muller, Condon, pesquisador perinatal que também se debruçou em investigações sobre o vínculo materno-fetal, definiu esta vinculação como "a ligação ou vínculo que normalmente se desenvolve entre a mãe grávida e o feto" (CONDON *et al.*, 1997). Segundo Condon, o vínculo entre a mãe e o feto tem um aspecto cognitivo, uma vez que este é um relacionamento que a mãe busca conhecer, estar com, proteger, identificar e satisfazer as necessidades de seu feto a partir dos seus pensamentos. Além do mais, para Condon, os instrumentos até então construídos para aferir o vínculo materno-fetal não diferenciavam a relação da mulher com o feto com a relação da mulher com a gravidez e, por isso, desenvolveu uma nova escala, a *Maternal Antenatal Attachment Scale* (MAAS). A MAAS observa a cognição e a emoção da mãe sobre o bebê, não considerando a relação da mãe com a gestação (ALHUSEN, 2008; MCNAMARA; TOWNSEND; HERBERT, 2019).

Os principais autores do vínculo materno-fetal, Cranley, Muller e Condon, tiveram seus conceitos debatidos e analisados por outros colegas da comunidade científica. Shieh, Kravitz e Wang (2001) propuseram em um artigo de revisão a união das três percepções da relação materno-fetal e apresentaram três atributos principais que foram identificados como 1) vínculo cognitivo, que está relacionado às fantasias, a construção do feto como pessoa, atribuição de características e intenções para o feto; 2) vínculo afetivo, que é caracterizado pela acessibilidade emocional, interação com o feto e afetividade; 3) vínculo altruístico, que está conectado a

manutenção da proximidade, comportamentos de papel materno, autoimagem como mãe e preparação para a chegada do feto.

Doan e Zimerman (2003) também publicaram uma proposta de definição única do vínculo materno-fetal relacionando as visões de Cranley, Muller e Condon. O conceito sugerido ainda abarca os atributos do vínculo materno-fetal pontuados por Shieh e colegas. Portanto, Doan e Zimerman (2003) definiram o vínculo materno-fetal como:

“[...] um conceito abstrato, que representa a relação afiliativa das mães e pais com o feto, potencialmente presentes antes da gravidez, que está relacionado a fatores cognitivos, comportamentais e habilidades emocionais para conceituar outro ser humano, e que se desenvolve dentro de um sistema” (DOAN & ZIMERMAN, 2003, p. 110).

O conceito de vínculo materno-fetal tem uma construção com perspectivas distintas sobre aspectos que formam o seu construto, por essa razão diversos pesquisadores têm apresentado críticas ao seu conceito e também a sua aplicação (BRANDON *et al.*, 2009; MCNAMARA; TOWNSEND; HERBERT, 2019; TROMBETTA *et al.*, 2021).

Sobre estas críticas, Walsh (2010) publicou um artigo teórico para debater a definição e terminologia do construto de vínculo materno-fetal. Segundo a autora, a palavra “vínculo” não seria o termo mais acurado para descrever o que mães e pais sentem sobre os bebês na gestação e ainda afirma que pouco se sabe sobre essa ligação e como ela é construída. Para Walsh, a relação materno-fetal estaria mais relacionada ao “sistema de cuidado” do que com o “sistema de vínculo”. O sistema de cuidado estaria relacionado a promoção de proteção para prevenir ameaça ao feto, enquanto o sistema do vínculo seria a busca de proteção quando a pessoa está sob ameaça. Ou seja, o sistema de cuidado está ligado à prevenção, enquanto o sistema de vínculo se refere à busca de proteção quando se precisa. No caso do vínculo materno-fetal, Walsh defende que a mulher grávida se liga ao feto para prevenir futuros problemas, e não porque o bebê a busca para ser protegido de alguma ameaça, o que seria impossível, visto que é uma relação unilateral (HANDELZALTS *et al.*, 2018).

Não obstante às divergências teóricas, o vínculo materno-fetal tem sido descrito como a ligação entre a mãe e o feto permeada por representações mentais, fantasias, emoções e capacidades mentais necessárias para diferenciar um outro ser humano (TROMBETTA *et al.*, 2021). Além disso, é compreendido como um investimento psíquico que ocorre no decorrer da gestação que visa adaptar a mulher ao papel de mãe e, geralmente, esta ligação se inicia no final do primeiro trimestre da gestação e atinge seu ponto máximo no terceiro trimestre da gravidez (ZDOLSKA-WAWRZKIEWICZ *et al.*, 2020).

A depender da qualidade do vínculo materno-fetal estabelecido entre a mãe e o feto, estudos têm evidenciado que consequências positivas e negativas podem ocorrer na vida materna e do bebê. A presença de uma boa qualidade de relação entre a mãe e o feto tem se apresentado importante para os comportamentos saudáveis da gestante durante a gravidez (ALHUSEN *et al.*, 2012). Estudo de meta-análise conduzido por Cannella e colegas (2018) analisou 32 estudos sobre preditores de práticas de saúde na gestação e verificou que o vínculo materno-fetal é um importante preditor para hábitos saudáveis neste período da vida da mulher.

Além disso, há evidências que a visão materna positiva sobre relação com o feto contribui para maior aderência à assistência pré-natal (LINDGREN, 2001), interrupção de consumo de tabaco na gestação (JUSSILA *et al.*, 2020; MAGEE *et al.*, 2014), dieta alimentar materna na gestação (PAKSERESHT *et al.*, 2018) e busca de conhecimentos sobre a gravidez (CHANU, 2015).

Impactos positivos da relação mãe-feto também são observados na saúde mental materna. A criação de um alto vínculo materno-fetal tem sido observado como um forte protetor tanto para depressão quanto para a ansiedade pós-parto (DELAVARI *et al.*, 2018a; MATTHIES *et al.*, 2020). Por outro lado, a dificuldade na formação do vínculo entre a mãe e o feto está associado a desfechos negativos para o neonatal, como baixo peso e prematuridade (ALHUSEN; GROSS; HAYAT; WOODS; *et al.*, 2012; MADDAHI *et al.*, 2016), maior frequência de choro do bebê no pós-parto (KOMMERS *et al.*, 2017) e problemas do desenvolvimento infantil (ALHUSEN; HAYAT; GROSS, 2013; ARGUZ CILDIR *et al.*, 2020). Revisão sistemática realizada por Branjerdporn e colaboradores (2017) verificou que há evidências de que uma relação materno-fetal prejudicada está relacionada com efeitos negativos no temperamento infantil e desenvolvimento psicomotor inadequados na infância.

Em suma, o estudo sobre a relação entre a mãe e o feto tem sido foco de pesquisas nas últimas três décadas. A percepção de que a maternidade é iniciada durante a gestação impulsionou um novo olhar para entender os processos psíquicos envolvidos neste contexto e se destacou a importância do relacionamento materno-fetal. A formulação do conceito de vínculo materno-fetal e o que ele representa ainda estão em construção. No entanto, a qualidade da relação materno-fetal tem se mostrado importante para entender a formação da identidade materna e para explicar possíveis desdobramentos na saúde materno-infantil.

2.1 FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DO VÍNCULO MATERNO-FETAL

Estudos sobre preditores da formação do vínculo materno-fetal apresentam resultados ainda inconsistentes sobre a associação com as variáveis contextuais, psicossociais e gestacionais (ALHUSEN, 2008; CUIJLITS *et al.*, 2019; ERTMANN *et al.*, 2021; TICHELMAN *et al.*, 2019).

Algumas pesquisas têm demonstrado uma associação inversa entre a idade materna e o vínculo materno-fetal (CAMARNEIRO; DE MIRANDA JUSTO, 2017; DE COCK *et al.*, 2016; DUBBER *et al.*, 2015; ROSSEN *et al.*, 2017; CUIJLITS *et al.*, 2019), isto é, mulheres mais jovens apresentam melhor qualidade de vínculo com os seus fetos. Uma possível explicação para este achado é que estas mulheres têm uma visão mais idealizada da gestação e da maternidade do que mulheres mais velhas (ERTMANN *et al.*, 2021).

No entanto, paridade (USTUNSOZ *et al.*, 2010), escolaridade (ČĚSNAITĚ *et al.*, 2019) e trabalho remunerado (GOECKE *et al.*, 2012) parecem ter um efeito negativo sobre o estabelecimento do vínculo. Ao contrário do que ocorre com a idade, pesquisadores sugerem que mulheres com mais filhos (maior paridade) estão mais cientes das mudanças promovidas pela gestação e tem uma percepção mais realista da maternidade (FULLER; MOORE; LESTER, 1993; PEARSON; LIGHTMAN; EVANS, 2011). Em relação a escolaridade, os autores justificam que mulheres com mais anos de estudo tendem a ser mais sinceras ao responder perguntas sensíveis e que são menos influenciadas pela aceitabilidade social em relação a este tema (ERTMANN *et al.*, 2021; LINDGREN, 2001, CUIJLITS *et al.* 2019). Da mesma forma, as mulheres que trabalham fora podem ter menos tempo para elaborar suas emoções e ter comportamentos de engajamento à gestação do que as mulheres que não trabalham (GOECKE *et al.*, 2012; HONJO *et al.*, 2003; PASCOE *et al.*, 1995).

A presença de companheiro também ainda é um tema controverso. Para alguns autores, a presença do parceiro pode colaborar para o suporte emocional e financeiro e, com isso, auxiliar no estabelecimento vínculo (ANDREK *et al.*, 2016; LINDGREN, 2001; GAU, 1996).

As características emocionais das mulheres formadas anteriormente a gestação também tem se mostrado determinantes no estabelecimento do vínculo entre a mãe e o feto. Apesar de poucos estudos realizados verificarem esse histórico psicológico materno, nota-se que mulheres que vivenciaram experiências adversas na infância (STIGGER *et al.*, 2020) ou traumas ao longo da vida (SANCHO-ROSSIGNOL *et al.*, 2018), que não desenvolveram bons vínculos com seus cuidadores iniciais (NORDAHL *et al.*, 2019; TANI; CASTAGNA; PONTI, 2018), e que tem

estilo de vínculo adulto inseguro (ZHANG *et al.*, 2021) e baixa autoestima (LEE, 2015) podem ter mais propensão a ter dificuldades de se vincular com o seu bebê durante a gestação. O perfil psicológico materno e o histórico de suscetibilidade emocional podem afetar a construção da identidade materna e a transição para este papel que evoca as experiências de vida anteriores assim como a sua relação com seus próprios pais e, com isso, esse processo pode prejudicar a formação do vínculo materno-fetal (SCHWERDTFEGER; GOFF, 2007).

Quanto aos aspectos da saúde mental na gestação, a ansiedade (HART; MCMAHON, 2006; HOPKINS *et al.*, 2018) e a depressão gestacionais (ALHUSEN; GROSS; HAYAT; ROSE; *et al.*, 2012; MCFARLAND *et al.*, 2011) tem sido identificadas como prejudiciais a vinculação entre a mãe e o feto. Uma revisão sistemática sobre a relação entre depressão na gestação e vínculo materno-fetal analisou 41 estudos e reportou que a maioria encontrou uma associação entre ambos (ROLLÈ *et al.*, 2020). Uma possível explicação para esta relação pode ser em razão do processo de vinculação materno-fetal desenvolver as emoções da futura mãe com o seu bebê, num processo de construção com expectativas sobre o futuro. Com isso, a depressão gestacional, que afeta a saúde emocional materna, pode não permitir que essa conexão entre a mãe e o feto ocorra prejudicando este vínculo (DENIS *et al.*, 2015). Da mesma forma, sintomas de ansiedade na gestação pode prejudicar o desenvolvimento do vínculo entre a mãe e o feto em razão de preocupações e inseguranças maternas relacionados a gestação, parto e às expectativas em relação ao futuro com o cuidado do bebê (DUBBER *et al.*, 2015; SHIN; KIM, 2011).

Outro aspecto importante e sistematicamente associado ao vínculo materno-fetal é o apoio social que a mulher recebe durante a gestação (DELAVARI *et al.*, 2018b). Mulheres com menos apoio social apresentam baixa qualidade da relação materno-fetal comparada com aquelas com maior percepção de apoio social (CRANLEY, 1981; CONDON *et al.*, 1997; PASCOE *et al.*, 1995; HOPKINS *et al.*, 2018). A gestação é um momento de incertezas e transformações, e o amparo familiar e social são fatores importantes para que as gestantes se sintam seguras e acolhidas (HOPKINS *et al.*, 2018).

Por isso, mulheres que sofrem violência física ou emocional durante a gestação estão mais suscetíveis a desenvolver um fraco vínculo com o feto (KITA *et al.*, 2019). A violência na gestação pode causar graves prejuízos a saúde física e emocional da mulher que podem impactar na sua habilidade de se relacionar com o feto (DEHGHAN *et al.*, 2021; RABIEE *et al.*, 2019).

A intencionalidade da gestação tem sido relatada como um preditor da qualidade da relação materno-fetal. Mulheres que afirmaram que tinham a intenção de engravidar

desenvolveram um vínculo mais forte com seu feto do que mulheres que não tinham intenção (CONDON; CORKINDALE, 1997; DELAVARI, 2018b; PAKSERESHT; RASEKH; KAZEMNEJAD LEILI, 2018). A mulher que quer engravidar pode estar mais preparada para as mudanças psíquicas e sociais suscitadas pela transição para maternidade do que mulheres que não queriam a gestação (OSSA; BUSTOS; FERNANDEZ, 2012). Contrariamente, a história de aborto ou natimorto tem se apresentado como preditor negativo para o vínculo materno-fetal (LEE; MCKENZIE-MCHARG; HORSCH, 2017; TAAVONI *et al.*, 2008). Uma provável explicação para este efeito seria porque gestantes com perda fetal prévia podem ter mais dificuldade de ter uma visão positiva ou gerar expectativas em uma nova gestação (BICKING KINSEY *et al.*, 2014a).

3 TEORIA DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ

O nascimento do filho é o episódio considerado um dos mais importantes na vida de uma mulher. Na maioria das vezes é relatado como um momento de muito afeto e eclosão de emoções simultâneas. A espera que ocorre na gestação se contrapõe a toda pressa do parto. Em poucas horas a mulher recebe em seus braços o bebê que foi idealizado durante meses (MALDONADO, 2020).

Embora o parto do bebê seja uma ocasião especial, o momento do puerpério também é marcado pelo surgimento de sentimentos ambíguos em que ao mesmo tempo a mulher se sente contente, se sente insegura, por exemplo. Geralmente, essa ambivalência é pouco externalizada e, com isso, vivida em silêncio pois contraria a imagem romantizada da maternidade. Além disso, no decorrer do puerpério, o corpo da mulher passa por um novo processo mudança, diferente da gestação, mas que causa alterações hormonais e físicas que também impactam no seu estado emocional (GIARETTA; FANGUNDEZ, 2015; LEITE; BARBOSA; CANTILINO, 2018).

A chegada do bebê causa intensas alterações na vida familiar visto que o novo membro precisa de atenção, principalmente da mãe, altera a rotina e insere novas responsabilidades na dinâmica da família. Para a mulher, sobretudo se for mãe solo, implica em uma série de cuidados esperados que atendam às necessidades físicas e emocionais do recém-nascido (LEITE; BARBOSA; CANTILINO, 2018).

Assim como ocorre na gestação, o nascimento do bebê é mais uma etapa na transição para o papel materno. A maternidade não é formada instantaneamente, mas é construída no dia-dia na relação com o bebê (MERCER, 2004; NELSON, 2003). A teoria da Constelação da Maternidade, abordada no capítulo anterior, exerce intenso impacto nesta fase do ciclo gravídico-puerperal (STERN, 1995). De acordo com Mercer (2004), a transição para a maternidade é um dos maiores eventos do desenvolvimento humano. Se tornar mãe é mudar de uma realidade conhecida para uma desconhecida e esta transição demanda uma reestruturação psíquica, comportamental e social que gera uma nova concepção do *self* – conceito que a pessoa constrói sobre si mesma. E neste contexto de diversas transformações que a mulher começa a estabelecer de forma direta uma relação emocional com o seu bebê real.

O estudo sobre os processos psíquicos do relacionamento mãe-bebê teve importante contribuição dada pela psicanálise. O psicanalista Donald Winnicott (1956) em sua obra destacou a necessidade de afeto e de atenção demandada pelos bebês por suas mães. Segundo Winnicott, a figura que desempenha o papel materno é a pessoa que mais conhece o seu bebê

e, por isso, é a mais habilitada para atender as necessidades dele. Além disso, Winnicott afirma que um bebê não existe sozinho, ele é parte de uma relação que é constituída por meio do outro. E, por isso, a mãe deve ser suficientemente boa, oferecer um ambiente suficientemente bom para estabelecer com o seu bebê uma relação sem prejuízos psíquicos (ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017).

Para Winnicott (1956), a figura materna executa três funções denominadas de *holding*, *handling* e apresentação do objeto. O *holding* está relacionado ao amparo físico e emocional; o *handling* está ligado à atividades mais práticas como troca de fraldas, dar banho, que propiciariam um bem-estar físico ao bebê e, por consequência, mental; e a apresentação do objeto, implica em dar um objeto desejado pelo bebê, para que ele acredite que pode ter o que precisa e deseja no mundo. Com isso, Winnicott apresenta em sua teoria que o desenvolvimento infantil está totalmente ligado a relação constituída pela mãe com o seu bebê (BRAGA; SILVA; BONASSI, 2021).

A psicanalista Melanie Klein também realizou estudos sobre o relacionamento da mãe com o bebê e observou uma relação entre o estabelecimento dessa interação com a construção da personalidade infantil (MACIEL; ROSEMBURG, 2006). Klein (1978) denomina a relação mãe-bebê como “relações de objeto” uma vez que será a partir relação objetal que o bebê cria com o seio materno que será formada a subjetividade da criança. Esta teoria propõe nestas relações de objeto que o relacionamento simbiótico formado nos primeiros meses de vida do bebê com sua mãe precisa ir se desfazendo aos poucos para que o bom vínculo entre a mãe e o bebê possa se estabelecer (SILVA; LEMGRUBER, 2017).

De acordo com a psicanálise kleiniana, a partir dos seis meses de vida, o bebê começa a entender simbolicamente que é um ser diferenciado da sua mãe. Geralmente, este é um momento de ambivalência para os bebês, uma vez que a mãe é entendida como fonte de experiências boas e más. E essa construção de um ser independente da mãe gera um processo de culpa e luto. O luto é uma etapa necessária para que a criança consiga criar uma relação com o outro (KLEIN, 1996; SILVA; LEMGRUBER, 2017).

Para Klein (1978), este processo de relação objetal materno que ocorre no primeiro ano de vida é fundamental para o estabelecimento de uma estrutura psíquica básica de como o bebê irá interagir consigo mesmo e com os outros ao longo da vida. O fornecimento da mãe de maior ou menor quantidade de libido para o bebê será determinante para um desenvolvimento adequado deste sujeito. Segundo sua teoria, as crianças com personalidades mais frágeis são as que tiveram maiores prejuízos nas etapas iniciais do desenvolvimento (MACIEL; ROSEMBURG, 2006). De maneira geral, assim como os estudos de Winnicott, a teoria de Klein

contribuiu para evidenciar a importância da relação materno-infantil para o mais pleno desenvolvimento da pessoa e traz em suas ideias a percepção de que este primeiro relacionamento é essencial para a construção das relações posteriores.

Apesar das contribuições dos psicanalistas clássicos no estudo sobre a relação inicial materno-filial, a autoria da teoria da vinculação é creditada a John Bowlby. Ainda que considerado psicanalista, Bowlby rompeu com os paradigmas tradicionais da psicanálise e construiu uma teoria integrada com estudos etológicos e a teoria da aprendizagem piagetiana (ABREU, 2005).

Na etologia, Bowlby encontrou recursos para explicar o funcionamento de comportamentos inatos ao ser humano e seus desdobramentos. A etologia é a ciência que estuda o desenvolvimento do comportamento social, principalmente, das relações familiares em outras espécies de animais. Essa ciência observa a criação e a evolução do comportamento animal através do processo de seleção natural (BOWLBY, 2001, p. 43).

Ao realizar um estudo etológico sobre o sorriso do bebê nos primeiros meses de vida, Bowlby observou que o sorrir para a mãe tem o de intuito provocar o comportamento responsivo e acolhedor materno. Bowlby concluiu que este comportamento foi perpetuado por seleção natural, uma vez que permitiu que a cria tivesse o cuidado materno e isto foi repetido por séculos (BOWLBY, 2001, p. 44).

A partir destes estudos, Bowlby hipotetizou que o objetivo principal do bebê em manter proximidade com a mãe seria para sua sobrevivência. Segundo Bowlby, no livro “*A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*”, o vínculo pode ser conceituado como:

“[...] qualquer forma de comportamento que resulte em uma pessoa alcançar ou manter a proximidade de algum outro indivíduo que seja concebido como o mais capaz de lidar com o mundo. Fica mais óbvio sempre que a pessoa está amedrontada, cansada ou doente e se sente aliviado pelo conforto e cuidado do outro. (...) Pode ser observado com mais clareza durante a primeira infância, mas ele está presente em todo o ciclo vital. Para identificar que uma figura de vínculo é disponível e responsiva, o sujeito sente um forte e penetrante sentimento de segurança, assim, incentiva o outro a valorizar e continuar o relacionamento” (BOWLBY, 1988, p. 26).

De acordo com Bowlby, a ligação entre a díade mãe-bebê é a primeira formada pelo bebê e tende a ser um vínculo que perdurará até a vida adulta. Os laços afetivos são a consequência de um comportamento social, uma vez que se cria uma proximidade entre os pares e existe uma tendência dessa aproximação permanecer (BOWLBY, 2001, p. 46).

Os aspectos afetivos maternos na teoria bowlbyana do vínculo mãe-bebê recebeu importante contribuição dos estudos produzidos pela psicóloga Mary Ainsworth. Ainsworth

(1978) produziu uma pesquisa em laboratório chamada de “A Situação Estranha”. Neste experimento, foi realizada uma observação da interação de 28 bebês de até um ano de idade com suas mães e com pessoas desconhecidas. Esta observação era feita em três situações, a primeira era a partir do comportamento do bebê com sua mãe em um ambiente em que estivessem os dois sozinhos; a segunda observava-se o comportamento do bebê com sua mãe quando uma pessoa desconhecida estava no mesmo ambiente; e a terceira era observado o bebê sozinho com a pessoa desconhecida e as reações do bebê quando a mãe retornava ao ambiente (AINSWORTH, 1978).

Como resultado deste estudo, Ainsworth (1978) identificou quatro dimensões de comportamentos maternos relacionados a sensação de segurança no bebê: sensibilidade, aceitação, cooperação e acessibilidade. Vale destacar que Ainsworth (1979) afirmava que a figura de vínculo não precisa ser, necessariamente, a mãe biológica, mas qualquer pessoa que desempenhe o papel principal de cuidado afetivo e físico.

Outro resultado encontrado por Ainsworth (1978) foi a observação de três estilos de vínculo que os bebês podem demonstrar por seus cuidadores que são o vínculo seguro, o vínculo inseguro e o vínculo ambivalente. Ainsworth defende que os vínculos afetivos saudáveis estabelecido entre as mães com seus bebês, o chamado vínculo seguro, contribui para o desenvolvimento da autossuficiência infantil, uma vez que o bebê que se sente seguro para tocar e conhecer o espaço, se permite explorar uma quantidade maior de novos estímulos e, com isso, tende a ser mais autônomo (AINSWORTH, 1978).

As pesquisas de Ainsworth ressaltam o lado parental como fundamental para formação do vínculo entre a mãe e o bebê complementando os estudos de Bowlby. Os comportamentos e afetos parentais são condições indispensáveis para a formação de senso de segurança e desenvolvimento saudável do bebê. Além disso, observa-se que o vínculo mãe-bebê é uma relação que se retroalimenta entre a díade, à medida que mãe e bebê revelam comportamentos e emoções e esperam um retorno da outra parte (TROMBETTA *et al.*, 2021).

Klaus e Kennell também realizaram pesquisas com foco nos laços afetivos maternos no processo de vinculação entre a mãe e o bebê e construíram um legado de referência nesta área. No livro *Maternal-Infant Bonding*, Klaus e Kennell (1976) atribuíram ao vínculo mãe-bebê uma conexão que pode começar a ser desenvolvido nos primeiros contatos maternos após o nascimento. De acordo com estes autores, o vínculo mãe-bebê é uma ligação única, específica e afetiva de longo prazo. Para a melhor construção deste vínculo, também ressaltaram a importância do apoio emocional dirigido às mulheres que estão vivenciando o puerpério, visto que este apoio favorece não só o pronto restabelecimento físico e emocional da mãe, como

também, cria condições necessárias para a formação deste vínculo entre a mãe e a criança (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

Klaus, Kennel e Klaus (2000), conceituam o vínculo mãe-bebê como:

“o investimento emocional em seu filho. É um processo que é formado e cresce com repetidas experiências significativas e prazerosas. Ao mesmo tempo outro elo, geralmente chamado de ‘apego’, desenvolve-se nas crianças em relação a seus pais e a outras pessoas que ajudem a cuidar delas. É a partir dessa conexão emocional que os bebês podem começar a desenvolver um sentido do que eles são, e a partir do que uma criança pode evoluir e ser capaz de aventurar-se no mundo” (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000, p. 167).

Segundo estes autores, quanto mais a mãe mantém proximidade com seu bebê mais o vínculo entre eles se desenvolve. Portanto, em virtude das evidências apresentadas nos trabalhos de Klaus e Kennell sobre a relação mãe-bebê, o atendimento hospitalar no pós-parto foi repensado e adotado a prática de alojamento conjunto das mães com os seus recém-nascidos (KLAUS; KENNEL, 1993; BICKING KINSEY; HUPCEY, 2013).

Com base na literatura produzida sobre a construção do vínculo mãe-bebê, Brockington (1996) dedicou seu trabalho de pesquisa para entender os distúrbios maternos nesta vinculação, ou seja, na dificuldade da mãe se vincular integralmente ao seu bebê. No livro *Motherhood and Mental Health*, Brockington (1996) abordou sobre as dificuldades do desenvolvimento desta ligação e as consequências disso para a mãe e o bebê. O autor afirma que a relação mãe-bebê quando tem a qualidade comprometida pode implicar em prejuízos na responsividade, irritabilidade, hostilidade e rejeição materna ao seu bebê. De outro lado, para o bebê, o prejuízo no estabelecimento do vínculo pela mãe pode acarretar graves problemas no desenvolvimento infantil (BROCKINGTON, 1996).

Após suas investigações sobre o tema, Brockington (2001) construiu o instrumento *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ) que foi idealizado para identificar mulheres no pós-parto com transtornos de vínculo com seu bebê. A PBQ original possui 25 itens divididos em quatro fatores 1) *impaired bonding*, 2) *rejection and pathological anger*, 3) *anxiety about the infant* e 4) *incipient abuse*. Este instrumento tem sido traduzido e adaptado para diversos países e é um dos mais utilizados em estudos que avaliam o vínculo mãe-bebê (BROCKINGTON *et al.*, 2001; TICHELMAN *et al.*, 2019).

Estudo de revisão de literatura sobre o vínculo mãe-bebê realizado por Bicking Kinsey e Hupsey (2013) apresentou que esta relação tem sido compreendida como uma ligação emocional que ocorre ao longo do convívio entre a mãe e o bebê e pode emergir na primeira semana de vida do bebê ou até um ano após o parto. Além disso, este constructo tem se mostrado importante na prática clínica, tendo em vista a possibilidade de identificação de problemas na

relação materno-infantil, bem como o entendimento de processos psíquicos que se desdobram no puerpério e na construção da identidade materna (ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017).

Atualmente, sabe-se que o vínculo da mãe com o bebê é desenvolvido em um processo complexo e não acontece de forma instantânea. Mas algumas medidas após o parto podem promover que esta relação se estabeleça da melhor forma como o contato pele-a-pele entre mãe e bebê; a amamentação logo na primeira hora de vida; a permanência do bebê no mesmo quarto que a mãe; interações como conversa, toque e olhar da mãe para o bebê (GIUSTARDI; STABLUM; DE MARTINO, 2011; SILVA; BRAGA, 2019).

Pesquisas recentes têm apresentado evidências de diversas consequências positivas e negativas associados aos vínculos afetivos entre mãe e filho. Para a criança, a boa qualidade do vínculo mãe-bebê está relacionada a um melhor desenvolvimento emocional e cognitivo (THOMPSON, 2016; RYGAARD, 2008), além do desenvolvimento de habilidades sociais infantis mais adequadas (FALCONE *et al.*, 2018; MARVIN; BRITNER; RUSSELL, 2016). Por outro lado, problemas na formação do vínculo estão correlacionados a maior propensão de desenvolver psicopatologias na infância (DEKLYEN; GREENBERG, 2016), prejuízos no temperamento infantil (DAVIES *et al.*, 2021), desenvolvimento de problemas alimentares (VIEIRA; SOUZA; CERVATO-MANCUSO, 2010) e sofrer abuso e maus-tratos de seus cuidadores (OHASHI *et al.*, 2016).

Em relação a mãe, há indícios de que prejuízos no estabelecimento do vínculo com bebê no pós-parto estão relacionados ao desenvolvimento de problemas de saúde mental materna (BOWLBY, 1969, 1988; BROCKINGTON, 1996). Em contrapartida, mulheres que conseguem formar um bom vínculo com seus filhos tem mais chances de se envolverem de forma mais satisfatória nas práticas parentais optando por disciplinas mais respeitosas (OLIVA; FAVA; ROSA, 2018).

Em resumo, a relação mãe e bebê tem sido objeto de estudo de diferentes abordagens do conhecimento. Apesar disso, existe o entendimento sobre importância da ligação emocional entre mães e bebês. Atitudes que promovem essa conexão mãe-filho e os efeitos negativos do vínculo tanto para mãe como para o bebê tem sido tema de diversos estudos. A compreensão sobre a formação deste fenômeno pode trazer benefícios para a mãe que se adapta a esse novo papel de cuidar e pode colaborar para que problemas relacionados ao vínculo sejam prevenidos.

3.1 FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ

Os mesmos fatores associados ao estabelecimento do vínculo materno-fetal têm sido discutidos na literatura sobre o vínculo mãe-bebê, com resultados às vezes contraditórios. Por exemplo, semelhante ao observado no vínculo materno fetal, a idade materna e a escolaridade parecem exercer influência sobre o relacionamento da mãe com o bebê. Mulheres mais jovens tendem a apresentar um melhor vínculo com seu bebê do que mulheres mais velhas (BICKING KINSEY *et al.*, 2014b; RECK *et al.*, 2016). Igualmente, mães menos escolarizadas tendem a apresentar uma alta qualidade de vínculo com seus filhos (DUBBER *et al.*, 2015; RECK *et al.*, 2016). No entanto, Van Bussel e colegas (2010) afirmam que mulheres mais jovens e com menos anos de estudo podem estar mais sujeitas a atender padrões socialmente impostos sobre a maternidade do que mulheres mais velhas e escolarizadas e, com isso, podem não ser tão sinceras em temas delicados como este.

Por outro lado, contrário ao observado no vínculo materno-fetal, pesquisas tem mostrado que a quantidade de filhos (paridade) pode contribuir com a forma que o vínculo materno será desenvolvido com o bebê, uma vez que mulheres na primeira gestação tendem a ter uma baixa qualidade de relação com o recém-nascido (KITA *et al.*, 2016; TANI; CASTAGNA; PONTI, 2018; VAN BUSSEL; SPITZ; DEMYTTENAERE, 2010). Hipótese levantada é que a relação da mãe com o bebê pode ser mediada pela presença de mais crianças no ambiente que favorece e estimula o desempenho do papel de cuidado (ROSSEN *et al.*, 2017).

Aborto e natimorto prévios, assim como gravidez não planejada também são fatores consistentemente associados à dificuldade de estabelecimento de vínculo entre a mãe e o bebê. (GAUDET *et al.*, 2010; TURTON *et al.*, 2009). Segundo Hunfeld e colaboradores (1997), o sentimento materno sobre os desafios e necessidades reais do bebê recém concebido pode ser comparado ao bebê ideal perdido que não demandava e nem tinha vontades próprias. Da mesma forma, a não intenção da gravidez pode causar efeito negativo sobre a qualidade da relação da mãe com o bebê (O'MALLEY *et al.*, 2020), visto que mulheres que não queriam engravidar podem estar menos preparadas para elaborar o processo da maternidade e de cuidar de um bebê, e precisam de mais respaldo emocional e social para se ajustar a este lugar materno (SHREFFLER *et al.*, 2021).

Algumas pesquisas relatam que estar em relacionamentos românticos saudáveis pode promover o contexto propício para que mulheres desenvolvam vínculos satisfatórios com os seus bebês (TISSERA *et al.*, 2021). Assim, mulheres que tem companheiro tendem a ter um

melhor relacionamento com os seus recém nascidos do que mulheres que não tem um parceiro conjugal (BICKING KINSEY *et al.*, 2014a; PIRES DE ALMEIDA *et al.*, 2013).

Da mesma forma, a percepção de um ambiente acolhedor na gestação é um fator importante para que no período sensível do puerpério a mulher tenha uma rede de apoio para auxiliar nos desafios que este momento traz (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Assim, as mulheres que têm uma boa percepção do suporte social na gravidez tendem a estabelecer melhores vínculos com seu bebê no pós-parto (ALAN; EGE, 2013; SHIN; PARK; KIM, 2006).

Em contrapartida, o estado da saúde mental materno na gestação pode impactar na construção do papel de mãe no pós-parto. A depressão e ansiedade gestacional têm se mostrado preditores negativos para a baixa qualidade da relação com o bebê (ROSSEN *et al.*, 2017; ROSSEN *et al.*, 2016; DAGLAR; NUR, 2018). Em relação a depressão, mulheres que tem uma construção de representações mais negativas de si mesmas e de seus filhos (que pode ser causado por diversos fatores) podem sofrer dificuldades de lidar com a constituição da maternidade (MORAIS *et al.*, 2017). Já na ansiedade, mulheres que desenvolvem representações de medo e insegurança sobre os processos maternos inerentes à gestação, parto e pós-parto tendem a ter menos sensibilidade e responsividade, que dificulta a conexão com o bebê (DUBBER *et al.*, 2015).

O medo e a insegurança promovidos pela violência na gestação contra a mulher também podem trazer prejuízos a formação da identidade como mãe e a geração de uma relação com o seu bebê (HUTH-BOCKS *et al.*, 2004). Por isso, mulheres que sofrem violência na gravidez tem maiores chances de não conseguir se vincular de maneira integral com o seu bebê no pós-parto (KITA *et al.*, 2016).

4 RELAÇÃO ENTRE O VÍNCULO MATERNO-FETAL E O VÍNCULO MÃE-BEBÊ

A produção de estudos sobre a relação entre o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê tem se intensificado na última década. Um recente estudo de coorte realizado por Matthies e colaboradores (2020) na Alemanha com 166 mulheres avaliou o vínculo materno-fetal no terceiro trimestre da gestação utilizando a *Maternal Fetal Attachment Scale*, e avaliou o vínculo mãe-bebê na primeira semana e quatro meses após o parto com a *Postpartum Bonding Questionnaire*. Esta investigação encontrou que quanto melhor foi a relação entre a mãe e o feto na gestação, mais forte foi o vínculo entre a mãe e o bebê após o parto.

Outras pesquisas têm evidenciado a ideia de que o vínculo materno-fetal é um preditor do vínculo mãe-bebê. A maioria dos estudos publicados apresentam uma associação entre esses dois construtos demonstrando que quanto melhor a qualidade da relação com o feto, melhor tenderá ser o estabelecimento de vínculo com o bebê no pós-parto (CUIJLITS *et al.*, 2019; DAGLAR; NUR, 2018; DE COCK *et al.*, 2016; DUBBER *et al.*, 2015; LUZ *et al.*, 2017; PETRI *et al.*, 2018; ROSSEN *et al.*, 2016; SMORTI *et al.*, 2020; ZDOLSKA-WAWRZKIEWICZ *et al.*, 2020).

Exceção à esta evidência foi o estudo de Taffazoli e colaboradores (2015) realizado com 100 mulheres. Nesta coorte, o vínculo materno-fetal aferido no final da gestação com a *Maternal Fetal Attachment Scale* e o vínculo mãe-bebê avaliado com 4 e 8 semanas no pós-parto com a *Avant's Questionnaire of Mother-Infant Attachment Behaviors* não encontrou correlação entre a qualidade da relação entre a mãe e o feto e os comportamentos de cuidados maternos após o parto.

Contudo, há um entendimento de que o relacionamento entre a mãe e a criança inicia durante a gestação (TROMBETTA *et al.*, 2021). Segundo Rubin (1967) e Lumley (1972), a relação entre a mãe e o filho começa na gravidez, quando a mulher percebe o feto como um ser humano que tem suas próprias necessidades. Esta percepção de humanização e necessidades é potencializada conforme a gestação vai avançando e a mulher vai sentindo os movimentos fetais e visualizando o seu bebê através de exames de ultrassom (DE JONG-PLEIJ *et al.*, 2013).

É preciso salientar que, apesar do vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê fazerem parte de um contínuo, estas são experiências de vinculação qualitativamente diferentes. Para Lebovici (1983), durante a gestação a mulher cria uma ligação com um bebê imaginário. Essa relação se dá através de idealizações sobre o comportamento e necessidades do bebê no futuro. Tais fantasias são construídas a partir da projeção da relação com seus próprios pais, traumas e desejos. Enquanto após o parto, a mulher precisa abandonar essa construção idealizada para dar

lugar ao bebê real. Um bebê com personalidade, comportamento e necessidades reais. A ocupação do bebê real no lugar do bebê imaginário gera um processo de luto que a mulher precisa superar para poder conseguir desenvolver uma boa relação com o seu filho.

Portanto, apesar da relação entre esses dois tipos de relação materno-filial não ser unanimidade em todos os estudos produzidos, existe a compreensão na literatura de que a construção do papel materno se inicia na gestação por meio do relacionamento que a mulher estabelece com seu feto representado imaginativamente. E, após o parto, esta estruturação da figura materna permanece, mas se configura de forma psíquica diferente, através de um novo modo de ligação emocional que esta mulher irá gerar com o seu bebê real.

5 JUSTIFICATIVA

O vínculo formado entre a mãe e o feto na gestação e, posteriormente, entre a mãe e o bebê após o nascimento, tem repercussões sobre a saúde e o desenvolvimento físico e emocional da criança, tanto em curto quanto em médio e longo prazo. Entretanto, o efeito da vinculação pré-natal sobre o vínculo no pós-parto é tema ainda pouco estudado, embora na última década tenha havido um aumento nas publicações de estudos que avaliam esta relação. Não obstante, a maioria dos estudos realizados são desenvolvidos em países de alta renda, particularmente na Europa e Estados Unidos, com resultados às vezes inconsistentes. Uma recente revisão sistemática sobre o tema (TROMBETTA *et al.*, 2021) sugere a realização de novas pesquisas para confirmar as evidências encontradas em países desenvolvidos, e se as relações se confirmam entre as mulheres em maior desvantagem social. Além disso, é destacada a necessidade de mais investigações que possam ratificar os fatores de risco relacionados ao vínculo materno-fetal e ao vínculo mãe-bebê, assim como, explicar os processos que promovem a influência de um sobre o outro.

Neste sentido, o presente estudo pretende estimar o possível efeito causal entre o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê em uma população de gestantes e puérperas residentes no bairro de Manguinhos, que realizaram pré-natal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos seus filhos no primeiro ano de vida, em duas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A hipótese é que dificuldades na vinculação entre a mãe e o feto na gestação comprometem a qualidade do vínculo entre a mãe e o bebê após o nascimento. Portanto, identificar o efeito do vínculo materno-fetal no vínculo mãe-bebê é importante para compreender este período de transição para a maternidade. Sabe-se que quanto mais cedo a introdução da assistência em casos de dificuldades na formação de vínculo, melhor o prognóstico terapêutico. Desta forma, quanto mais precoce se diagnosticar problemas na formação de vínculo, maiores as chances de propiciar uma construção de uma relação mais saudável na díade mãe-bebê e diminuir a chance de outras consequências negativas futuras.

Á vista disto, este estudo busca cooperar com o preenchimento de lacunas do conhecimento sobre a relação entre o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê em um recorte específico da população brasileira e que poderá auxiliar desdobramentos posteriores na área de saúde.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar a associação entre o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever as características socioeconômicas, gestacionais e psicossociais das participantes do estudo;
- Descrever os fatores socioeconômicos, gestacionais e psicossociais maternos associados ao vínculo materno-fetal e ao vínculo mãe-bebê;
- Analisar a associação entre vínculo materno-fetal no terceiro trimestre gestacional e o vínculo mãe-bebê no pós-parto.

7 MÉTODO

7.1 DESENHO DE ESTUDO

Os dados utilizados nesta dissertação são do estudo de coorte prospectivo “Fatores associados à obesidade pré-gestacional e suas repercussões sobre a saúde materna e neonatal”, realizado com mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal no período de fevereiro de 2016 a novembro de 2019.

Este estudo teve três ondas de seguimento. Na linha de base foram selecionadas as gestantes com até 20 semanas gestacionais. O segundo acompanhamento ocorreu no terceiro trimestre da gestação, a partir da 34ª semana gestacional, e o terceiro acompanhamento no período entre o 1º e 10º meses dos bebês.

7.2 AMOSTRA

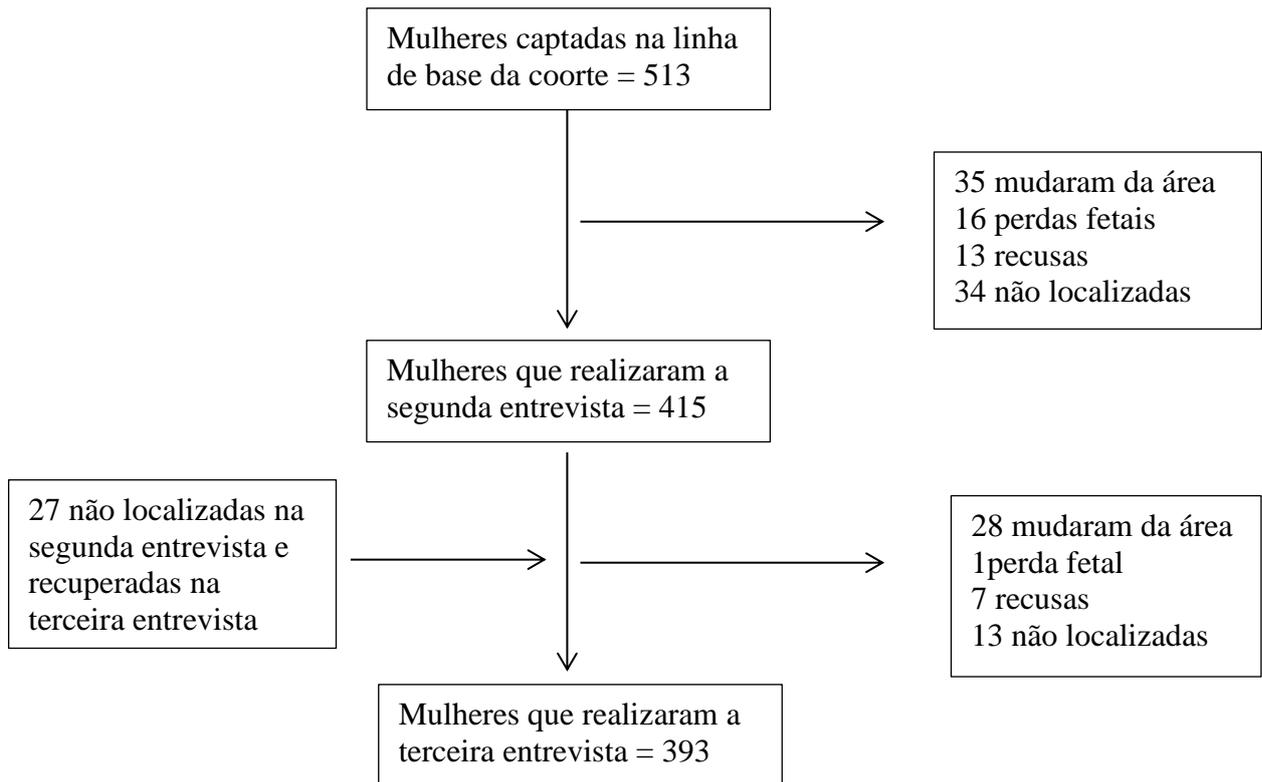
O tamanho da amostra calculado para o estudo foi de 459 gestantes. Este valor foi estimado a partir de uma prevalência de 5% de desfechos negativos (diabetes gestacional ou hipertensão arterial), com 95% de intervalo de confiança e poder de 80%, permitindo detectar uma diferença no valor do risco relativo igual ou maior que 2, considerando uma razão de exposto contra não expostos de aproximadamente 3:1 (35% de sobrepeso/obesidade). Foi acrescentado um incremento de 15% para compensar as possíveis perdas de seguimento ou recusas, resultando em um total de 520 participantes. Ao final do estudo foram captadas 513 gestantes na linha de base.

7.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram incluídas todas as gestantes maiores de 18 anos e com menos de 20 semanas gestacionais que faziam o pré-natal nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Território Integrado de Atenção à Saúde-Manguinhos (TEIAS-Manguinhos) situado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) e na Clínica da Família Victor Vala (CFVV). Neste bairro 78,4% dos domicílios possuem renda per capita até um salário mínimo e somente 0,2% possuem renda per capita maior que 5 salários mínimos. Adicionalmente, Manguinhos possui precária infraestrutura urbana e ausência de serviços públicos que impactam na qualidade de vida e suscetibilidade social de seus moradores (DATA RIO, 2018).

Na figura 1 é apresentado o fluxograma da coorte base deste estudo relatando a inclusão, exclusão e perdas de participantes no decorrer das ondas de seguimento.

Figura 1. Fluxograma da coorte “Fatores associados à obesidade pré-gestacional e suas repercussões sobre a saúde materna e neonatal”, Brasil, 2016-2019.



Fonte: A autora (2022)

Foram incluídas no presente estudo 361 as mulheres que responderam as 3 entrevistas de seguimento e aos instrumentos *Maternal Fetal Attachment Scale* ou *Postpartum Bonding Questionnaire*.

7.4 LOCAL DO ESTUDO

O bairro de Manguinhos fica localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro e integra a X Região Administrativa. Manguinhos pode ser descrito como um complexo de favelas com cerca de 36.160 habitantes distribuídos entre 13 comunidades. A ausência de infraestrutura urbana e a carência de serviços públicos nas áreas de educação, saúde, cultura,

lazer e segurança pública caracterizam esta área, apresentando Índice de Desenvolvimento Social (IDS) de 0,473, 150º lugar no ranking entre os 158 bairros da cidade (CAVALLIERI, FERNANDO; LOPES, GUSTAVO PERES, 2008; REDES DA MARÉ, 2019).

7.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

7.5.1 Pré-natal I: primeira entrevista

As gestantes foram abordadas na sala de espera da unidade de saúde enquanto aguardavam a consulta pré-natal. Caso preenchessem os critérios de inclusão, eram convidadas a participar do estudo. Aquelas que aceitavam participar eram conduzidas a um lugar mais reservado e esclarecidas quanto aos objetivos, caráter voluntário da pesquisa e sigilo das informações, assim como a possibilidade de desistência da participação em qualquer momento. Em seguida, era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitada a sua assinatura em duas vias. A entrevista poderia ser realizada antes ou após a consulta, de acordo com a conveniência das gestantes.

7.5.2 Pré-natal II: segunda entrevista

A data em que a gestante completaria 34 semanas de gestação era calculada partir idade gestacional (IG) registrada, preferencialmente, na ultrassonografia precoce (USG até 12 semanas gestacionais), ou, na sua ausência, pela data da última menstruação (DUM) registrada na caderneta da gestante. Mensalmente, era elaborada uma planilha com todas as gestantes que completariam 34 semanas e verificada a data de consulta pré-natal na unidade a partir da busca ativa nas agendas das equipes da ESF. No dia da consulta, a gestante era abordada por uma pesquisadora da equipe e convidada a realizar a segunda entrevista. Caso não comparecesse à consulta ou seu nome não fosse localizado na agenda, a equipe tentava localizar a gestante por telefone para realizar a entrevista no domicílio.

7.5.3 Pós-parto: terceira entrevista

A partir da data provável do parto, era estimado em que momento o bebê completaria o primeiro mês de vida. Mensalmente, era realizada busca ativa dos nascimentos registrados no cadastro eletrônico das famílias da ESF (E-SUS) a partir do registro da mãe em cada equipe de

saúde. Semanalmente, eram consultadas as agendas dos profissionais de saúde de cada equipe da ESF para localizar a data da consulta de puericultura. No dia da consulta, a puérpera era abordada por uma pesquisadora da equipe e convidada a realizar a terceira entrevista. Caso não comparecesse à consulta ou o nome do bebê não fosse localizado na agenda, a equipe tentava localizar a participante por telefone para realizar a entrevista no domicílio.

7.6 GARANTIA E CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS

Estratégias de garantia de qualidade dos dados foram tomadas pelo estudo. Na etapa inicial, foram realizadas reuniões com a equipe do projeto e especialistas na área de saúde materna e infantil para a seleção da melhor abordagem dos temas de interesse e das variáveis relevantes para a pesquisa. Foi realizada extensa busca bibliográfica para avaliação de escalas validadas a serem utilizadas na pesquisa.

Antes de cada onda de seguimento, foi desenvolvido um protocolo pesquisa e realizado estudo piloto, além do treinamento e capacitação da equipe de entrevistadores pelas coordenadoras do estudo.

Também foram adotadas medidas para o controle de qualidade dos dados. Foi realizado o monitoramento da equipe de entrevistadores ao longo da pesquisa para detectar erros sistemáticos na coleta de dados. Após as entrevistas, os questionários eram revisados por outro membro da equipe, codificados e digitados. A revisão da digitação era realizada por outro digitador.

7.7 VARIÁVEIS DE DESFECHO E EXPOSIÇÃO

7.7.1 Variável de exposição

O vínculo materno-fetal foi avaliado na segunda entrevista da coorte pela *Maternal-Fetal Attachment Scale-12* (MFAS-12). Esta escala foi desenvolvida por Cranley (1981), traduzida e adaptada para o Brasil por Feijó (1999) e validada por Baldisserotto e Theme (não publicado). A MFAS-12 contém perguntas que mensuram a interação da mãe com o feto, o comprometimento emocional, hábitos durante a gravidez e as atitudes da gestante com si própria.

A MFAS-12 é composta de 12 itens, cada item pode ser respondido de acordo com uma escala de frequência de 5 pontos. Cada pontuação corresponde às seguintes respostas: 5

(sempre), 4 (quase sempre), 3 (às vezes), 2 (raramente) e 1 (nunca). O escore total da escala é obtido pela soma de cada item com pontuação mínima igual a 12 e a máxima 60. Quanto maior a pontuação, melhor a qualidade do vínculo materno-fetal. Os itens da escala se distribuem em três fatores: 1) *Empathy and care*; 2) *Role-taking*; 3) *Interaction with the fetus* e apresentaram boa confiabilidade composta (CC=0,72, CC= 0,82, CC=0,63, respectivamente) (BALDISSEROTTO; THEME, não publicado). (ANEXO A)

7.7.2 Variável de desfecho

O Vínculo Mãe-Bebê foi avaliado na terceira entrevista pela escala *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ-12). Esta escala foi criada por Brockington e colegas (2001) e adaptada transculturalmente para o Brasil por Baldisserotto e colaboradores (2018). A finalidade do instrumento é aferir transtorno de vínculo entre mãe e bebê no pós-parto.

A PBQ-12 é composta de 12 itens, cada um com seis opções de respostas: 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (às vezes), 3 (frequentemente), 4 (muito frequentemente) e 5 (sempre). A pontuação varia de 0 a 60 e o escore total é obtido pelo somatório de cada item. Quanto menor a pontuação do escore total, melhor a qualidade do vínculo da mãe com seu bebê. Os itens da escala se distribuem em três fatores: *Lack of joy and pleasure* (F1), *Rejection and anger* (F2) e *Anxiety and risk of abuse* (F3) que demonstraram boa consistência interna (CC=0,83, CC=0,79, e CC=0,69, respectivamente) (BALDISSEROTTO, não publicado). (ANEXO B)

7.8 VARIÁVEIS DE CONTROLE E OUTRAS COVARIÁVEIS

7.8.1 Dados Sociodemográficos:

Idade materna: variável contínua

Raça/Cor da pele: autodeclarada em branca, preta, parda, amarela e indígena, segundo classificação do Censo Brasileiro - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

Escolaridade: aferida pelas perguntas “a respeito da sua escolaridade, qual o último grau que você cursou?” e “último ano que você concluiu com aprovação?”, categorizada em anos de estudo;

Trabalho remunerado: resposta à pergunta “você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro atualmente?” com respostas categorizadas em sim e não;

Situação Conjugal: avaliada por meio da questão “a respeito da sua situação conjugal, você...” com opções de resposta “vive com companheiro”, “Tem companheiro, mas não vive com ele” e “não ter companheiro”.

7.8.2 Antecedentes obstétricos e gestação atual:

Paridade: avaliada pela pergunta “antes desta gravidez, quantos partos você já teve?”. categorizada em nulípara, primípara e múltipara (2 ou mais partos anteriores);

Aborto ou natimorto prévio: “antes desta gravidez, você teve algum aborto ou perda com menos de 5 meses de gravidez?” e “antes desta gravidez, algum filho nasceu morto com 5 meses ou mais de gestação ou pesando mais que meio quilo?” que foram respondidas em sim ou não;

Intencionalidade gestacional: obtida através da questão “quando você ficou grávida, você...” com opções de respostas “queria engravidar”, “queria esperar mais tempo”, “não queria engravidar”.

7.8.3 Fatores psicossociais:

Problemas emocionais prévios: variável construída a partir das perguntas “você teve diagnóstico de depressão em alguma gestação anterior a esta, que necessitasse de acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra?”, “você já teve diagnóstico de depressão que necessitasse de acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra, independente de estar grávida?” e “você já teve outro problema de saúde que necessitasse de acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra, independente de estar grávida?” com opções de respostas em sim ou não;

Apoio social: aferido com uso da escala *Medical Outcome Study* (MOS) formulada por Sherbourne & Stewart (1991) e validada no Brasil por Griep e colaboradores (2005). O escore foi calculado a partir da soma dos pontos atribuídos a cada questão, que variaram de 1 (nunca) a 5 (sempre). Na análise descritiva foi utilizada a média global ponderada como ponto de corte para classificar a percepção de alto apoio social e baixo apoio social (GRIEP *et al.*, 2003). As demais análises foram realizadas considerando a pontuação de forma contínua, e quanto maior a pontuação, maior a percepção do apoio social.

Sintomas de depressão na gestação e no pós-parto: avaliados pela *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Este instrumento foi construído por Cox e colaboradores (1987) e validado para população brasileira por Santos *et al.* (1999). A análise exploratória utilizou o

ponto de corte ≥ 10 para indicar sintomas de depressão gestacional e pós-parto (SANTOS. *et al.*, 2007). A análise bivariada e múltipla foi realizada considerando a pontuação de forma contínua, e quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas depressivos.

Sintomas de ansiedade na gestação: aferidos por meio do instrumento *Patient Health Questionnaire* (PHQ-4), utilizando a forma reduzida da *Generalized Anxiety Disorder 2* (GAD-2) formada por duas perguntas (KROENKE *et al.*, 2007). Adaptada para o português por Sousa e colaboradores (2015). Esta escala é utilizada para rastreio de transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico e fobia social. A pontuação varia de 0 a 6, e quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas de ansiedade. A análise descritiva utilizou o ponto de corte ≥ 3 para considerar sintomas de ansiedade na gestação (KROENKE *et al.*, 2007). A análise bivariada e múltipla foi realizada considerando a pontuação de forma contínua.

Violência na gestação: variável construída com base em três perguntas da *Abuse Assessment Screen* (AAS), desenvolvida pelo *Nursing Research Consortium on Violence and Abuse* (MCFARLANE *et al.*, 1992) e traduzida no Brasil por Reichenheim *et al.* (2000). As questões observadas verificam a ocorrência de violência psicológica, física e sexual durante a gravidez e são as seguintes: “desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?”, “desde que você engravidou, alguém forçou você a realizar atos sexuais?”, “você tem medo do seu companheiro, ex-companheiro ou de qualquer outra pessoa?”. A resposta positiva a algum destes itens foi considerado a presença de violência na gestação.

7.8.4 Aspectos da saúde do neonato:

Idade do bebê: em meses, calculada a partir da data do parto extraída da caderneta da criança e da data da terceira entrevista.

Amamentação: avaliada por meio da pergunta “de ontem de manhã até hoje de manhã o bebê mamou no peito?” com possibilidades de resposta de sim e não.

Prematuridade: idade gestacional ao nascer < 37 semanas

Má formação ou problema congênito: obtida através da pergunta “o bebê nasceu com alguma anomalia ou problema congênito?” com opção de resposta sim e não.

Na tabela 1 pode-se observar em que onda de seguimento do estudo “Fatores associados à obesidade pré-gestacional e suas repercussões sobre a saúde materna e neonatal” cada uma das variáveis descritas acima foi coletada.

Tabela 1- Variáveis utilizadas na dissertação de acordo com os seguimentos da pesquisa “Fatores associados à obesidade pré-gestacional e suas repercussões sobre a saúde materna e neonatal”, 2016-2019.

Variáveis	Seguimento		
	Pré-natal I	Pré-natal II	Pós-natal
Idade materna	X		
Escolaridade	X		
Cor da pele	X		
Situação conjugal	X		
Trabalho remunerado	X		
Paridade	X		
Aborto ou natimorto prévio	X	X	
Intencionalidade gestacional	X		
Problemas emocionais prévios	X		
Apoio social	X		
Vínculo materno-fetal		X	
Violência na gestação		X	
Ansiedade na gestação	X		
Depressão gestacional	X		
Idade do bebê			X
Prematuridade			X
Má formação ou problema congênito			X
Amamentação			X
Depressão pós-parto			X
Vínculo mãe-bebê			X

Fonte: A autora (2022)

7.9 MODELO TEÓRICO

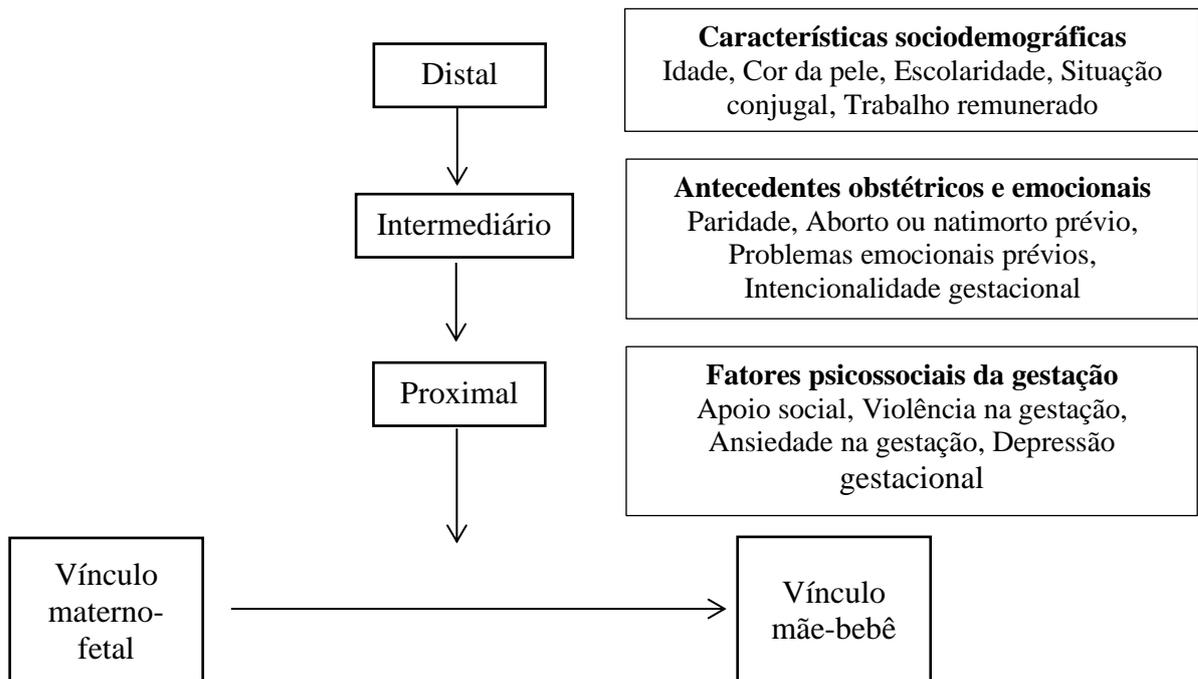
A análise do efeito da exposição sobre o desfecho de interesse foi baseada em um modelo teórico construído a partir da revisão da literatura, considerando 3 blocos hierarquicamente definidos, compostos por variáveis distais, intermediárias e proximais, que poderiam confundir a relação entre o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê. O modelo adotado baseou-se no modelo originalmente proposto por Victora e colegas (1997). (Figura 2).

1) Bloco distal: características sociodemográficas (idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal e trabalho remunerado);

2) Bloco intermediário: antecedentes obstétricos e emocionais (paridade, aborto ou natimorto prévio, problemas emocionais prévios e intencionalidade gestacional);

3) Bloco proximal: fatores psicossociais da gestação (apoio social, violência, ansiedade, depressão).

Figura 2. Modelo teórico do efeito do vínculo materno-fetal sobre o vínculo mãe-bebê.



Fonte: A autora (2022)

7.10 ANÁLISE DOS DADOS

A análise descritiva das características sociodemográficas, gestacionais e psicossociais e comportamentais das participantes foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e média e desvios padrão (DP) das variáveis contínuas.

A associação bivariada dos fatores socioeconômicos, gestacionais e psicossociais maternos com o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê foi verificada por meio de modelos lineares generalizados (MLG) (MCCULLAGH; NELDER, 1989). Para isso, foi adotada a distribuição gama indicada para dados contínuos positivos e com distribuição assimétrica e função de ligação identidade. Destas regressões simples, foram estimados os coeficientes e seus respectivos p-valor. Para esse último, foi considerado um nível de significância de 5% (p-valor $\leq 0,05$).

Para avaliar o efeito da exposição (vínculo materno-fetal) sobre o desfecho (vínculo mãe-bebê), também foram utilizados modelos lineares generalizados, com distribuição gama e função de ligação identidade. Inicialmente, foi realizada análise bivariada entre vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê para verificação de associação bruta entre exposição e desfecho. Posteriormente, foi adotado o método hierarquizado para entrada das potenciais variáveis de confusão, de acordo com o modelo teórico proposto.

A ordem de entrada dos blocos de variáveis no modelo múltiplo partiu do nível mais distal para o nível mais proximal. As variáveis do nível distal foram incluídas conjuntamente no modelo de regressão múltipla adotando-se o procedimento backward para exclusão progressiva das variáveis de menor significância estatística, até permanecerem no modelo final deste nível somente as variáveis com nível de significância $p < 0,05$.

Em seguida, procedeu-se à inclusão das variáveis do nível intermediário conjuntamente com as variáveis retidas no modelo distal, adotando-se o mesmo procedimento para exclusão progressiva das variáveis de menor significância estatística, até permanecerem no modelo final deste nível apenas as variáveis com nível de significância $p < 0,05$. Para o nível proximal, os procedimentos de análise foram realizados da mesma maneira descrita para o nível anterior, até que se atingiu o modelo final para estimativa do efeito do vínculo materno-fetal sobre o vínculo mãe-bebê, ajustado por potenciais confundidores. De forma complementar, foi avaliada a mudança do coeficiente associado ao vínculo materno-fetal ao inserir cada bloco e ao retirar cada variável de confundimento do modelo. A interpretação da relação entre vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê foi realizada pela análise bruta e ajustada dos coeficientes e do seu p-valor correspondente, considerando nível de significância de 5% ($p\text{-valor} \leq 0,05$). Os dados foram analisados no *software* R versão 4.0.2 (R CORE TEAM, 2020).

7.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os dados utilizados neste projeto de dissertação têm origem da pesquisa “Fatores associados à obesidade pré-gestacional e suas repercussões sobre a saúde materna e neonatal”, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública sob o número CAAE21982613.6.0000.5240.

A garantia de confidencialidade dos dados coletados e a liberdade de não participar ou se retirar da pesquisa a qualquer momento foi assegurada à todas as participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que contém informações sobre o estudo, condições de

participação, responsabilidade dos organizadores e o compromisso íntegro da pesquisa foi lido e assinado por todas as voluntárias. (ANEXO C)

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz, sob o número 53291921.1.0000.5240.(ANEXO D)

8 RESULTADOS

As características sociodemográficas, obstétricas, psicossociais das participantes da dissertação estão apresentadas na Tabela 2. A média de idade encontrada foi de 26,5 anos (DP=6,0). A maioria das mulheres que participou da pesquisa tinha entre 10 a 12 anos de estudo (54,6%), se autodeclarou preta ou parda (19,9% e 48,8%, respectivamente), não tinha trabalho remunerado (53,2%) e vivia com seu companheiro (79,8%).

Com relação aos aspectos obstétricos, a maioria das mulheres tinha passado por pelo menos um parto anterior (70,7%), não tinha histórico de aborto ou natimorto (74,2%) e não tinham a intenção de engravidar (queriam esperar mais tempo ou não queria engravidar) (53,5%).

Em respeito as questões psicossociais, a maioria das mulheres relatou ter uma percepção de alto apoio social (MOS) durante a gravidez (51,8%). Entretanto, problemas emocionais prévios foram relatados por 10,2% das participantes, enquanto 11,9% vivenciaram algum tipo de violência durante a gestação atual. A sintomatologia de depressão gestacional (EPDS) foi observada em 27,1% das entrevistadas, ao passo que 14,7% apresentaram sintomas de depressão no pós-parto (EPDS). Além disso, sintomas de ansiedade na gestação (GAD-2) foi encontrada em 47,4% das participantes. A MFAS-12 apresentou uma média de 49,2 pontos (DP= 6,2) na avaliação do vínculo materno-fetal. A avaliação do vínculo entre a mãe e o bebê no pós-parto pela PBQ teve uma média de 6,7 pontos (DP=4,7).

Tabela 2. Características sociodemográficas, obstétricas, psicossociais das participantes da dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro”, 2022. (N=361)

(continua)

Variáveis	N	%
Escolaridade (anos)		
0 a 9	138	38,2
10 a 12	197	54,6
13 ou mais	26	7,2
Cor da pele		
Branca	102	28,3
Preta	72	19,9
Parda	176	48,8
Amarela ou Indígena	11	3,0

Tabela 2. Características sociodemográficas, obstétricas, psicossociais das participantes da dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro”, 2022. (N=361)

(continuação)

Variáveis	N	%
Trabalho remunerado^a		
Sim	168	46,5
Não	192	53,2
Situação conjugal		
Vive com o companheiro	288	79,8
Tem companheiro, mas não vivem juntos	48	13,3
Não tem companheiro	25	6,9
Paridade		
Nulípara	106	29,4
Primípara	132	36,6
Multípara	123	34,1
Intencionalidade gestacional		
Queria engravidar	168	46,5
Queria esperar mais tempo	102	28,3
Não queria engravidar	91	25,2
Aborto ou natimorto prévio		
Sim	93	25,8
Não	268	74,2
Problemas emocionais prévios		
Sim	37	10,2
Não	324	89,8
Percepção de apoio social (MOS)		
Alto	187	51,8
Baixo	174	48,2
Sintomas de depressão gestacional (EPDS)		
Sim	98	27,1
Não	263	72,9
Sintomas de ansiedade na gestação (GAD-2)		
Sim	171	47,4
Não	190	52,6
Violência na gestação		
Sim	43	11,9
Não	318	88,1

Tabela 2. Características sociodemográficas, obstétricas, psicossociais das participantes da dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro”, 2022. (N=361)

(conclusão)

Variáveis	N	%
Sintomas de depressão pós-parto (EPDS)		
Sim	53	14,7
Não	308	85,3
Variáveis		
	Média	DP
Idade (anos)	26,5	6,0
Vínculo Materno-Fetal (MFAS-12)	49,2	6,2
Vínculo Mãe-Bebê (PBQ-12)	6,7	4,7

Fonte: A autora (2022)

Nota: a: dado faltante (N=360); DP= Desvio padrão; MOS: *Medical Outcome Study*; EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; GAD-2: *Generalized Anxiety Disorder 2*; MFAS-12: *Maternal Fetal Attachment Scale-12*;

PBQ: *Postpartum Bonding Questionnaire*.

A respeito da saúde dos recém-nascidos gerados durante o estudo, a maioria dos bebês nasceu à termo (93,6%), sem má formação ou problemas congênitos (97,2%) e estava sendo amamentado na época da realização da entrevista com a mãe (85,9%). A média da idade dos bebês na terceira entrevista foi de 4,18 meses (DP=1,7) (Tabela 3).

Tabela 3. Aspectos da saúde dos bebês nascidos da coorte, dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro”, 2022. (N=361)

Variáveis	N	%
Idade dos bebês (meses)	4,18 ^a	1,7 ^b
Prematuridade (< 37 semanas)^c		
Sim	21	5,8
Não	338	93,6
Má formação ou problema congênito^d		
Sim	9	2,5
Não	351	97,2
Aleitamento		
Sim	310	85,9
Não	51	14,1

Fonte: A autora (2022)

Nota: a: média; b: desvio padrão; c: dado faltante (N=359); d: dado faltante (N=360).

Na análise bivariada, o vínculo materno-fetal foi positivamente associado a percepção de apoio social (p-valor < 0,001), revelando que gestantes com maior percepção do apoio social estabeleceram um vínculo mais forte com seus fetos. A presença de sintomas de depressão gestacional (p-valor = 0,01) também teve associação com o vínculo materno-fetal, na qual mulheres mais sintomáticas formaram uma relação de vínculo mais fraca com seus bebês na gestação. Com relação a paridade, mulheres que vivenciaram uma vez (p-valor = <0,001) ou duas vezes ou mais partos anteriores (p-valor = <0,001) tiveram um menor vínculo com seus bebês na gestação em comparação com aquelas que nunca experienciaram o parto. Mulheres com 0 a 9 anos de estudo (p-valor= 0,05), que não tinham companheiro (p-valor =0,02) e que não queriam engravidar (p-valor = <0,001) apresentaram menor vínculo com o feto durante a gravidez do que mulheres mais escolarizadas, que independentemente de viver junto, tinham companheiro e que queriam engravidar ou queriam engravidar em outro momento. Por outro lado, as variáveis idade, cor da pele, trabalho remunerado, aborto ou natimorto prévio, histórico de problemas emocionais, sintomas de ansiedade na gravidez e violência durante a gestação não apresentaram associação com o vínculo materno-fetal (Tabela 4).

Na análise simples realizada com o vínculo mãe-bebê foi encontrada uma associação negativa com a percepção de apoio social (p-valor <0,001), na qual mulheres com boa percepção de apoio social apresentaram uma melhor qualidade de vínculo com seus bebês no pós-parto. Em relação a saúde mental materna, ter histórico de problemas emocionais (p-valor = <0,001) e a maior presença de sintomas de depressão (p-valor <0,001) e de ansiedade na gravidez (p-valor = 0,05) foi associado a uma menor qualidade do vínculo entre a mãe e o bebê. Ademais, mulheres autodeclaradas pretas (p-valor= 0,05) e sem trabalho remunerado (p-valor = <0,001) desenvolveram um vínculo mais fraco com seus recém-nascidos do que mulheres que se autodeclararam com outras cores de pele e que tinham trabalho remunerado. Em contrapartida, idade, escolaridade, situação conjugal, paridade, aborto ou natimorto prévio e violência na gravidez não foram associadas ao vínculo mãe-bebê (Tabela 4).

Foi encontrada uma associação bruta significativa entre o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê ($\beta = -0,125$ p-valor = <0,001), isto é, mulheres que desenvolveram um maior vínculo com seus fetos na gestação apresentaram melhor qualidade do vínculo com seus bebês no pós-parto (Tabela 4).

Tabela 4. Associação bivariada entre características sociodemográficas, obstétricas, psicossociais com o Vínculo Materno-Fetal e o Vínculo Mãe-Bebê, dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro”, 2022.

(continua)

Variáveis	Vínculo Materno-Fetal (MFAS-12)		Vínculo Mãe-Bebê (PBQ-12)	
	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor
Vínculo Materno-Fetal (MFAS-12)			-0,125	<0,001
Idade	-0,050	0,36	-0,065	0,10
Escolaridade (em anos)				
13 ou mais (referência)	-	-	-	-
0 a 9	-2,592	0,05	0,757	0,45
10 a 12	-0,290	0,82	-0,489	0,61
Cor da pele				
Branca (referência)	-	-	-	-
Preta	-0,628	0,51	1,510	0,05
Parda	0,696	0,37	0,325	0,55
Amarelo ou indígena	-2,513	0,18	0,956	0,54
Trabalho remunerado				
Sim (referência)	-	-	-	-
Não	-1,238	0,06	1,334	<0,001
Situação conjugal				
Vive com companheiro (referência)	-	-	-	-
Tem companheiro, mas não vive com ele	0,197	0,84	0,691	0,38
Não tem companheiro	-2,804	0,02	1,221	0,28
Paridade				
Nulípara (referência)	-	-	-	-
Primípara	-2,258	<0,001	0,054	0,92
Múltipara	-2,537	<0,001	0,598	0,34
Intencionalidade gestacional				
Queria engravidar (referência)	-	-	-	-
Queria esperar mais tempo	-0,484	0,54	0,982	0,10
Não queria engravidar	-2,620	<0,001	1,120	0,08
Aborto ou natimorto prévio				
Não (referência)	-	-	-	-
Sim	-0,887	0,23	0,876	0,14
Problemas emocionais prévios				
Não (referência)	-	-	-	-
Sim	1,467	0,18	3,028	<0,001

Tabela 4. Associação bivariada entre características sociodemográficas, obstétricas, psicossociais com o Vínculo Materno-Fetal e o Vínculo Mãe-Bebê, dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manguinhos, Rio de Janeiro”, 2022.

(conclusão)

Variáveis	Vínculo Materno-Fetal (MFAS-12)		Vínculo Mãe-Bebê (PBQ-12)	
	β	<i>p</i> -valor	Variáveis	β
Percepção de apoio social (MOS)	0,065	<0,001	-0,055	<0,001
Sintomas de depressão gestacional (EPDS)	-0,144	0,01	0,189	<0,001
Sintomas de ansiedade na gestação (GAD-2)	0,156	0,35	0,256	0,05
Violência na gestação				
Não (referência)	-	-	-	-
Sim	0,621	0,54	0,139	0,86

Fonte: A autora (2022)

Nota: em negrito *p*-valor < 0,05; β – coeficiente de regressão obtido do GLM (gama).; MOS: *Medical Outcome Study*; EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; GAD-2: *Generalized Anxiety Disorder 2*; MFAS-12: *Maternal Fetal Attachment Scale-12*; PBQ: *Postpartum Bonding Questionnaire*.

A análise múltipla foi realizada por meio de uma regressão gama exposta na Tabela 5. No modelo ajustado 1, as variáveis do bloco distal, formado por características sociodemográficas, foram inseridas no modelo bruto. As variáveis cor da pele (*p*-valor = 0,03) e trabalho remunerado (*p*-valor = 0,03) se mostraram significativas no modelo. Em seguida, foram retiradas em etapas de análise as variáveis que não apresentaram significância estatística no modelo ajustado 1. Na primeira etapa, escolaridade foi retirada do modelo, pois nenhuma das suas categorias (0 a 9 anos de estudo: *p*-valor= 0,80; 10 a 12 anos de estudo: *p*-valor= 0,41) atingiu significância estatística. Na segunda etapa, ao retirar escolaridade, a variável cor da pele perdeu significância estatística (Preta: *p*-valor=0,06; Parda: *p*-valor= 0,22; Amarela ou indígena: *p*-valor= 0,69) e esta variável foi excluída do modelo ajustado 1. Na terceira etapa, situação conjugal foi removida do modelo (Tem companheiro, mas não vive com ele: *p*-valor= 0,58; Não tem companheiro: *p*-valor =0,31). E, por fim, na quarta etapa, idade (*p*-valor=0,18) foi excluída do modelo. Portanto, ao retirar as variáveis que não atingiram o critério estatístico de permanência (*p*-valor < 0,05), somente trabalho remunerado (*p*-valor=0,01) continuou no modelo ajustado 1 e seguiu como controle para a próxima fase da análise.

No modelo ajustado 2, foram incluídas no modelo a variável trabalho remunerado e o bloco intermediário composto por antecedentes obstétricos e emocionais. Trabalho remunerado (*p*-valor = 0,02) e problemas emocionais prévios (*p*-valor = 0,01) apresentaram significância estatística. Semelhante ao que foi feito na análise do modelo ajustado 1, as variáveis que não

obtiveram significância estatística foram removidas em etapas de análise do modelo ajustado 2. Respectivamente, na primeira, segunda e terceira etapa de análise, as variáveis paridade (Primípara: p-valor=0,38 e Multípara: p-valor=0,78), aborto (p-valor=0,45) e intencionalidade gestacional (Queria esperar mais tempo: p-valor= 0,23; Não queria engravidar: p-valor= 0,25) foram retiradas do modelo ajustado 2. Desta forma, as variáveis trabalho remunerado (p-valor = 0,02) e problemas emocionais prévios (p-valor = <0,001) se mantiveram no modelo ajustado 2 e foram inseridas no modelo ajustado 3.

No modelo ajustado 3, foram introduzidas as variáveis trabalho remunerado, problemas emocionais prévios e o bloco proximal constituído por aspectos psicossociais da gestação. Em primeiro momento, problemas emocionais prévios (p-valor = 0,04) e percepção de apoio social (p-valor =0,05) apresentaram significância estatística. Novamente, como ocorreu nos níveis anteriores, foi realizada a análise em etapas para retirar as variáveis que não se qualificaram no critério estatístico. Na primeira etapa, foi retirada a variável ansiedade na gestação (p-valor=0,99). Em seguida, violência na gestação (p-valor=0,77) foi removida do modelo na segunda etapa. E na última etapa, depressão gestacional (p-valor=0,08) foi excluída do modelo ajustado. Com a saída da variável depressão gestacional, trabalho remunerado (p-valor=0,04) voltou a apresentar significância estatística e, por isso, entrou para o modelo final.

Assim sendo, no modelo final foi observada uma associação entre o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê ($\beta = -0,096$ p-valor = 0,01) quando controlado por trabalho remunerado (p-valor= 0,04), problemas emocionais prévios (p-valor = 0,10) e percepção de apoio social (p-valor = <0,001), evidenciando que mulheres que estabeleceram uma ligação emocional com seus bebês na gestação, desenvolveram uma melhor qualidade de vínculo com seus recém-nascidos após o parto. Durante a análise do modelo ajustado, a associação entre o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê se manteve estatisticamente significativa, assim como seus coeficientes demonstraram coerência ao longo do processo de modelagem.

Tabela 5. Modelo bruto e ajustado da associação entre Vínculo Materno-Fetal e Vínculo Mãe-Bebê, dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manginhos, Rio de Janeiro”, 2022.

(continua)

Variáveis	Modelo bruto		Modelo ajustado 1		Modelo ajustado 2		Modelo ajustado 3		Modelo final	
	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor
Vínculo Materno-Fetal (MFAS-12)	-0,125	<0,001	-0,111	<0,001	-0,108	<0,001	-0,087	0,02	-0,096	0,01
Idade (anos)			-0,053	0,15						
Escolaridade (anos)										
13 ou mais (referência)			-	-						
0 a 9			0,223	0,80						
10 a 13			-0,717	0,41						
Cor da pele										
Branca (referência)			-	-						
Preta			1,498	0,03						
Parda			0,782	0,12						
Amarela ou indígena			0,348	0,80						
Trabalho remunerado										
Sim (referência)			-	-	-	-	-	-	-	-
Não			1,029	0,03	1,074	0,02	0,852	0,06	0,926	0,04
Situação conjugal										
Tem companheiro (referência)			-	-						
Tem companheiro, mas não vive com ele			0,732	0,31						
Não tem companheiro			1,196	0,29						

Tabela 5. Modelo bruto e ajustado da associação entre Vínculo Materno-Fetal e Vínculo Mãe-Bebê, dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manginhos, Rio de Janeiro”, 2022.

(continuação)

Variáveis	Modelo bruto		Modelo ajustado 1		Modelo ajustado 2		Modelo ajustado 3		Modelo final	
	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor
Paridade										
Nulípara (referência)					-	-				
Primípara					-0,483	0,38				
Múltipara					-0,193	0,78				
Intencionalidade gestacional										
Queria engravidar (referência)					-	-				
Queria esperar mais tempo					0,626	0,25				
Não queria engravidar					0,625	0,28				
Aborto ou natimorto prévio										
Não (referência)					-	-				
Sim					0,452	0,50				
Problemas emocionais prévios										
Não (referência)					-	-	-	-	-	-
Sim					2,558	0,01	2,052	0,04	2,446	0,01
Percepção de apoio social (MOS)							-0,032	0,05	-0,041	<0,001
Sintomas de depressão gestacional (EPDS)							0,085	0,13		

Tabela 5. Modelo bruto e ajustado da associação entre Vínculo Materno-Fetal e Vínculo Mãe-Bebê, dissertação “O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Manginhos, Rio de Janeiro”, 2022.

(conclusão)

Variáveis	Modelo bruto		Modelo ajustado 1		Modelo ajustado 2		Modelo ajustado 3		Modelo final	
	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor	β	<i>p</i> -valor
Sintomas de ansiedade na gestação (GAD-2)							0,001	0,99		
Violência na gestação										
Não (referência)							-	-		
Sim							-0,207	0,77		

Fonte: A autora (2022)

Nota: em negrito *p*-valor < 0,05; β – coeficiente de regressão obtido do GLM (gama).; MOS: *Medical Outcome Study*; EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; GAD-2: *Generalized Anxiety Disorder 2*; MFAS-12: *Maternal Fetal Attachment Scale-12*; PBQ: *Postpartum Bonding Questionnaire*.

Modelo ajustado 1: idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal e trabalho remunerado. Modelo ajustado 2: paridade, aborto ou natimorto prévio, problemas emocionais prévios e intencionalidade gestacional. Modelo ajustado 3: apoio social, violência na gestação, ansiedade na gestação e depressão gestacional.

9 DISCUSSÃO

O efeito do vínculo materno-fetal sobre o vínculo mãe-bebê no pós-parto foi verificado neste trabalho. O estudo encontrou uma associação consistente entre estes dois constructos tanto no modelo bruto quanto no modelo ajustado, indicando que o vínculo materno-fetal é um preditor da relação mãe-bebê após o parto. A evidência desta correlação está em consonância com os achados de outras pesquisas realizadas em diversos países (CUIJLITS *et al.*, 2019; DAGLAR; NUR, 2018; DE COCK *et al.*, 2016; DUBBER *et al.*, 2015; LUZ *et al.*, 2017; PETRI *et al.*, 2018; ROSSEN *et al.*, 2017; SMORTI *et al.*, 2020; ZDOLSKA-WAWRZKIEWICZ *et al.*, 2020).

Este resultado reforça a hipótese de Rubin (1967) na qual afirma que a construção do papel materno se inicia na gestação e que os processos psíquicos suscitados neste momento afetam o relacionamento entre a mãe e o filho posteriormente. Uma possível explicação para isso seria que as projeções de cuidado materno e do investimento emocional com o “bebê imaginário” no período da gravidez podem contribuir para o preparo (físico, mental, informacional) da mulher para assumir a prática da maternidade de forma mais satisfatória, com mais sensibilidade e responsividade as necessidades dos seus bebês (TROMBETTA *et al.*, 2021). Este preparo materno pode ser importante tendo em vista que a primeira infância é o momento de extrema dependência infantil e a mãe, geralmente, é a principal cuidadora (BARNETT *et al.*, 2022).

Apesar deste momento importante da vida da mulher ser comumente marcado por emoções positivas, a rotina intensa de amamentação por meses, poucas horas de sono, insegurança de cuidados maternos somadas a queixa de cansaço por sobrecarga com outras atividades são frequentes nesta população. Por isso, mulheres com mais recursos emocionais, físicos e de conhecimentos específicos sobre a prática materna podem estar mais preparadas para as demandas da maternidade e ter mais condições de criar um ambiente e um relacionamento positivo com seus bebês (LEITE; BARBOSA; CANTILINO, 2018).

O comprometimento da relação entre a mãe e o bebê no pós-parto tem sido associado a uma série de desfechos negativos para a mãe como comprometimento da saúde mental materna (BOWLBY, 1969, 1988; BROCKINGTON, 1996) e práticas parentais inadequadas (OLIVA; FAVA; ROSA, 2018) e, para a criança, desenvolvimento cognitivo e emocional prejudicado (THOMPSON, 2016; RYGAARD, 2008) e prejuízo de habilidades socioemocionais (FALCONE *et al.*, 2018; MARVIN; BRITNER; RUSSELL, 2016). Com isso, a compreensão que o relacionamento entre a díade mãe-bebê pode ser afetado pela forma como esta relação foi

firmada na gestação mostra a necessidade da identificação de mulheres mais propensas a gerar um vínculo abaixo do esperado e intervir já na gravidez. Na literatura atual, há algumas propostas de intervenção que visam favorecer a construção do vínculo materno-fetal com mais qualidade durante o pré-natal como a assistência psicológica (HOSEINI *et al.*, 2020; ALHUSEN; HAYAT; BORG, 2021), prática de mindfulness (FAUCHER, 2013), treino de relaxamento (TOOSI; AKBARZADEH; GHAEMI, 2017) e prática de exercícios aeróbicos (SHEN; CHEN, 2021).

A respeito dos confundidores observados no modelo ajustado, dos aspectos psicossociais da gestação, apenas percepção de apoio social se mostrou um importante preditor para relação entre a díade mãe-bebê. A boa percepção das relações interpessoais, do respaldo estrutural e material durante a gravidez tende a favorecer a construção de uma melhor vinculação com os filhos, pois a mulher pode se sentir mais segura e acolhida para lidar com as adversidades inerentes ao contexto da maternidade (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Há relatos dessa relação em outras pesquisas (ALAN; EGE, 2013; SHIN; PARK; KIM, 2006).

Ademais, uma outra explicação da relação entre a percepção de apoio social e o vínculo mãe-bebê pode ser dada pela visão da formação do estilo de vínculo infantil que repercute na construção do estilo do vínculo adulto e nas relações interpessoais. A mulher que teve uma base de vínculo seguro na infância, tende a se vincular também de forma mais segura com outras pessoas na fase adulta, construindo relacionamentos mais saudáveis, tanto com pessoas do seu convívio quanto com seus filhos (BOWLBY, 1988; KALFON HAKHMIGARI *et al.*, 2021). Assim, a construção da rede de apoio e do relacionamento com o bebê está relacionada com a habilidade da mulher se vincular, que foi formada previamente. Portanto, a percepção de apoio social não se limita apenas a uma questão social, saber se a mulher se considera com amigos e familiares que a apoiam, que seria do âmbito coletivo, mas também, é uma questão de como a mulher qualifica e percebe a sua interação com as suas relações, e com isso, abarca um importante componente psicológico, do âmbito subjetivo (COSDEN; CORTEZ-ISON, 1999).

Dentre os antecedentes obstétricos e emocionais, problemas emocionais prévios se destacou como um determinante para o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Existe um entendimento na literatura que mulheres com histórico de psicopatologias ou experiências emocionais traumáticas, principalmente na infância, podem ter mais dificuldade de conseguir se vincular com os seus filhos (BICKING KINSEY *et al.*, 2014b). Isto pode estar relacionado com o próprio estilo de vínculo inseguro que foi estabelecido pelos cuidadores com essas mães quando crianças (KALFON HAKHMIGARI *et al.*, 2021), pelo desenvolvimento de algum transtorno psicológico em qualquer etapa da vida (TOLJA; NAKIĆ RADOŠ; ANĐELINOVIĆ,

2020) e, ainda, a vivência de qualquer evento traumático que pode estar ligado a um maior risco de surgimento de novos problemas emocionais no futuro (PLANT *et al.*, 2017).

O relato de problemas emocionais prévios apresentou associação ao vínculo mãe-bebê no modelo bruto e ajustado. No Brasil, é sabido que psicopatologias são subdiagnosticadas, bem como há barreiras de acesso a serviços de psicologia (FUKUDA *et al.*, 2016). Estas dificuldades no campo da saúde mental ocorrem pelo estigma social ainda relacionado as doenças mentais, a deficiência na assistência de saúde pública na oferta de psicoterapias e a elitização do tratamento psicológico na assistência à saúde suplementar (LOPES *et al.*, 2016; MASCAYANO *et al.*, 2016). Mesmo com estes obstáculos, este estudo apresentou uma frequência importante de mulheres com problemas emocionais prévios.

Quanto as características sociodemográficas, trabalho remunerado foi associado ao vínculo mãe-bebê, na qual a ausência de emprego que remunere a mulher afeta a formação dessa relação materno-filial. Diferentemente do encontrado neste estudo, pesquisas anteriores não encontraram relação entre ausência de trabalho e vínculo mãe-bebê (ALAN, H.; EGE, E., 2013; FIGUEIREDO *et al.*, 2009; TICHELMAN *et al.*, 2019). Este achado pode evidenciar uma característica particular dessa população uma vez que mulheres desempregadas podem ter mais preocupações sobre o sustento familiar e do novo bebê e isto pode afetar o desenvolvimento da relação emocional entre a díade (OLIVA; FAVA; ROSA, 2018).

Almeida (2007) realizou uma pesquisa a respeito da percepção do trabalho e cuidados com bebês desenvolvida em creches privadas e comunitárias com mulheres de classe média e moradoras de favelas, respectivamente, na cidade do Rio de Janeiro. Nesse estudo, verificou-se que tanto mulheres de classes sociais mais altas e mais baixas tendem a relatar sentimento de culpa por terem que dividir sua rotina entre seus empregos e a atenção dada aos filhos. Por outro lado, mulheres de camadas sociais mais altas encontram no trabalho um significado importante de realização pessoal, enquanto as mulheres de classes mais pobres tendem a ver o trabalho como a forma de prover a necessidade econômica da família. Desta forma, mulheres em maior estado de vulnerabilidade social enfrentam a realidade deixar seus filhos em instituições para poder ter condições financeiras adequadas para cuidar de suas famílias. Diferentemente do observado em mulheres com situação econômica mais estável, a questão do trabalho está além de ser uma escolha ou meta de objetivos pessoais, mas é uma necessidade de sobrevivência familiar.

No presente estudo, o resultado do modelo múltiplo apresenta que a formação do vínculo mãe-bebê possui associação com o estado emocional materno construído ao longo da vida. Vínculo materno-fetal, problemas emocionais prévios e percepção de apoio social se

mostraram importantes determinantes psicológicos dessa vinculação. Há evidências de que a formação do vínculo na infância é um fator comum para estes três determinantes (COSDEN; CORTEZ-ISON, 1999; DA ROSA *et al.*, 2021; LIMA; MELLO; MARI, 2010). Desta forma, nota-se que a construção de sujeito a começar da primeira infância no estabelecimento da relação com seus cuidadores iniciais poderá impactar na formação da personalidade e na concepção dos relacionamentos posteriores (BOWLBY, 2001; KLEIN *et al.*, 1978; WINNICOTT, 1956). Assim, compreende-se que a construção da psíquica da mulher impacta de forma mais contundente no desenvolvimento da relação futura com o seu filho do que fatores externos.

Com isso, a atenção a saúde integral dada a mulher no período pré-natal além de promover um melhor o vínculo materno-fetal para que, posteriormente, tenha um bom vínculo com seu bebê, rompe com uma cadeia intergeracional que se retroalimenta (KALFON HAKHMIGARI *et al.*, 2021). Dar alicerces psicológicos para a mãe desenvolver um forte vínculo com seu bebê, não só fortalece a estrutura psíquica materna para prevenção de futuras psicopatologias, mas também contribui para que o seu filho entre em uma dinâmica familiar mais saudável, dando maior base para que essa criança se desenvolva no decorrer da vida em situação de mais bem-estar.

Outros fatores associados ao vínculo mãe-bebê foram observados no modelo bivariado. Mulheres autodeclaradas pretas apresentaram prejuízo na formação do vínculo com o bebê no pós-parto. Poucos estudos têm observado a relação de cor da pele com o vínculo mãe bebê e estes apresentam resultados divergentes. Sockol e colegas (2014) encontraram que mulheres brancas apresentaram pior vínculo mãe-bebê, enquanto outro estudo não encontrou associação alguma (LOH; VOSTANIS, 2004). Uma possível explicação para este achado é que os mecanismos sociais que criam maior vulnerabilidade social entre as mulheres identificadas nesta cor de pele impactam também na construção da vinculação entre as mães e os seus bebês. Segundo Da Mata e Pesoli (2016) pessoas de pele preta tendem a ter mais estresse ao longo da vida do que pessoas brancas, implicando em uma maior suscetibilidade emocional a outras condições psicopatológicas. Tal cenário está ligado ao racismo estrutural institucionalizado vigente na nossa sociedade que dificulta o acesso a assistência à saúde e a garantia de outros direitos para essa população que é a maioria, mas que tem sido minorizada (FARO; PEREIRA, 2011).

Com relação à saúde mental materna na gestação e ao vínculo mãe-bebê, apesar de sintomas de depressão gestacional e ansiedade na gestação não terem sido associadas ao vínculo mãe-bebê no modelo ajustado, estas condições psicopatológicas apresentaram associação no

modelo bruto, em que a depressão e a ansiedade na gestação estão relacionadas com um fraco vínculo das mães com os bebês após o parto. Outros estudos encontraram o mesmo resultado (ROSSEN *et al.*, 2017; ROSSEN *et al.*, 2016; DAGLAR; NUR, 2018). Por outro lado, Pearson e colegas (2011) não encontraram associação entre o vínculo mãe-bebê, aferido pela PBQ, e a depressão gestacional, aferido pela EPDS. Da mesma forma, algumas pesquisas não tem encontrado relação entre vínculo mãe-bebê e sintomas de ansiedade (DUBBER *et al.*, 2015; KOKUBU; OKANO; SUGIYAMA, 2012).

A depressão na gravidez propicia a criação de uma visão pessimista de si mesma, do mundo e do futuro, com isso, a mulher pode perder a capacidade de gerar uma relação saudável com o seu bebê (MORAIS *et al.*, 2017). Da mesma forma, a ansiedade desajustada na gestação pode estar relacionada com maior sensação de medo e angústia sobre o futuro e os desafios do parto e puerpério (DUBBER *et al.*, 2015). Assim, a criação do vínculo entre a díade no puerpério pode ser comprometida pelo estado emocional suscetível que a mulher se encontra.

Por outro lado, neste trabalho, idade, escolaridade, situação conjugal, paridade, aborto ou natimorto prévio, intencionalidade gestacional e violência na gestação não foram associados ao vínculo mãe-bebê. Alguns autores também relataram a ausência de relação entre estes fatores e a vinculação no pós-parto (CALHOUN, 2015; CINAR *et al.*, 2017; FIGUEIREDO *et al.*, 2009; GHARAIBEH; HAMLAN, 2012). No entanto, há registro de estudos que verificaram a existência de uma relação entre eles (ALAN,H.; EGE, E., 2013; KITA *et al.*, 2016; PIRES DE ALMEIDA *et al.*, 2013; VAN BUSSEL; SPITZ; DEMYTTENAERE, 2010).

Em referência aos fatores associados ao vínculo materno-fetal, também foi observada uma associação entre o apoio social e o vínculo materno-fetal neste estudo. Para além do que já tratado no vínculo mãe-bebê, o amparo de relacionamentos construídos pela grávida com sua rede social se destaca como fator essencial para o estabelecimento de laços emocionais com o bebê na gestação. A sensação de segurança e proteção promovidos pelo apoio social podem facilitar o engajamento afetivo materno-fetal (CRANLEY, 1981). Semelhantes resultados foram apresentados em artigos publicados por outros colegas (CONDON *et al.*, 1997; PASCOE *et al.*, 1995; HOPKINS *et al.*, 2018; DELAVARI, *et al.*, 2018b).

O efeito de sintomas de depressão gestacional foi observado no vínculo materno-fetal, em que mulheres mais sintomáticas desenvolveram um baixo vínculo com seus fetos. Na formação do vínculo materno-fetal há o desenvolvimento de emoções que engajam a mulher em uma nova realidade, em que ela cria uma realidade cheia de expectativas com o bebê esperado (MULLER, 1990). A depressão gestacional prejudica a construção desse vínculo porque afeta a saúde emocional materna, impossibilitando que a mulher fomente uma

perspectiva positiva da vida, podendo gerar um embotamento emocional que não permite que a relação entre a mãe e o feto seja estabelecida de forma mais plena (DENIS *et al.*, 2015).

A associação entre vínculo materno-fetal e algumas características sociodemográficas foram observadas. A situação conjugal foi correlacionada ao vínculo materno-fetal, em que mulheres que não tem companheiro foram identificadas com baixa qualidade de vínculo com o feto durante a gestação. A ausência de um parceiro romântico na gravidez pode propiciar menos respaldo social, emocional e financeiro impactando na ligação emocional com o feto (LINDGREN, 2001). Mesmo resultado foi encontrado por Andrek e colegas (2016) e Gau (1996). Outros estudos não encontraram nenhuma associação entre eles (PASCOE; KOKOTAILO; BROEKHUIZEN, 1995; VEDOVA; DABRASSI; IMBASCIATI, 2008).

A baixa escolaridade foi associada a um fraco vínculo durante a gestação. Uma possível explicação para isso seria que mulheres menos escolarizadas podem ter menos acesso a informações sobre o período de gestação e a práticas de cuidado que engajem a mulher em comportamentos que podem fortalecer o vínculo na gravidez. Semelhantes resultados entre escolaridade e vínculo materno-fetal foram encontradas em outras pesquisas (DELAVARI *et al.*, 2018b; FULLER; MOORE; LESTER, 1993). Em contrapartida, nenhuma relação foi verificada em outros estudos.(ANDREK *et al.*, 2016; BARONE; LIONETTI; DELLAGIULIA, 2014; VEDOVA; DABRASSI; IMBASCIATI, 2008)

Com relação a fatores obstétricos, paridade foi correlacionada ao vínculo materno-fetal. Nos resultados desta variável observa-se a existência de um gradiente em relação aos seus coeficientes, uma vez que quanto mais baixo estava o vínculo materno-fetal maior foi a quantidade de partos relatados pela mulher. Uma hipótese é que gestantes com mais filhos sabem das mudanças sociais, físicas e psicológicas promovidas pela gestação e o pós-parto e tem uma visão menos idealizada do bebê e da maternidade (PEARSON; LIGHTMAN; EVANS, 2011). Alguns estudos encontraram resultados semelhantes relacionando vínculo materno-fetal e paridade (CONDON; CORKINDALE, 1997; FULLER; MOORE; LESTER, 1993; GAU, 1996).

A intencionalidade gestacional apresentou um efeito negativo no vínculo materno-fetal, visto que mulheres que relataram não querer engravidar demonstraram um fraco vínculo com seus fetos. Resultados semelhantes foram relatados na literatura (O'MALLEY *et al.*, 2020; SHREFFLER *et al.*, 2021). Mulheres que não queriam a gestação podem estar com menos condições sociais, financeiras e psicológicas de cuidar de um bebê (OSSA; BUSTOS; FERNANDEZ, 2012). Elaborar todo o processo psíquico demandado durante a gestação, como a Constelação da Maternidade, que produz discursos internos e que adapta a mulher ao papel

materno que ela não queria ter, pode ser um processo de sofrimento (EKRAMI *et al.*, 2020; STERN, 1995). Por isso, mulheres que não tem a intenção de engravidar precisam de suporte emocional e social para lidar com as demandas da maternidade e a ter uma relação minimamente sadia com os seus bebês.

Neste estudo não foi encontrada relação entre o vínculo materno-fetal e idade, cor da pele, aborto ou natimorto prévio, sintomas de ansiedade na gestação, problemas emocionais prévios e violência na gestação. Alguns estudos tem relatado os mesmos resultados (ANDREK *et al.*, 2016; BARONE; LIONETTI; DELLAGIULIA, 2014; LEE; MCKENZIE-MCHARG; HORSCH, 2017; WALSH *et al.*, 2013; YARCHESKI *et al.*, 2009). Em compensação, resultados diferentes foram relatados na literatura apresentando uma relação entre o vínculo materno-fetal e esses fatores (FIGUEIREDO *et al.*, 2009; FULLER; MOORE; LESTER, 1993; TSARTSARA; JOHNSON, 2006).

Uma reflexão precisa ser pontuada com relação aos dados de violência gestacional. Estudos afirmam que mulheres que são vítimas de violência entre parceiros íntimos tendem a ter receios em relatar os abusos sofridos por medo de que essa informação seja levada as autoridades e ao companheiro, caso descubra. Além disso, há também o sentimento de vergonha por vivenciar essa situação e ser julgada por terceiros (FONTES, 2004; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2017). Desta forma, é preciso atentar para a possibilidade de haver subnotificação dos casos de violência gestacional que podem ter enviesado os dados desse estudo.

Com relação aos aspectos da saúde dos bebês que participaram da coorte, observa-se que pelos desfechos neonatais, a maioria das crianças aparentam ser saudáveis e sem patologias relatadas. Esta homogeneidade favorece a análise de que as crianças não necessitaram de assistência em saúde além do esperado ou que passaram por intercorrências pós-natais que poderiam causar um atraso na convivência mãe e filho que poderia prejudicar a criação do vínculo mãe-bebê (SCOCHI *et al.*, 2003; BASEGGIO *et al.*, 2017).

O aleitamento materno verificado neste estudo não foi exclusivo, tendo em vista que os bebês podiam ter entre 1 e 10 meses de vida e muitos já poderiam ter iniciado a introdução alimentar. Mesmo assim foi observada um alta frequência de mães que estavam amamentando seus filhos. Estudo realizado em Santa Catarina encontrou uma prevalência de 72,5% de aleitamento não exclusivo e 43,7% de aleitamento exclusivo nos participantes deste estudo (DO NASCIMENTO *et al.*, 2010). Segundo dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), no Brasil, 45,8% de aleitamento é exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2021). O aleitamento materno

é compreendido como uma das formas de promover o vínculo entre a mãe e o bebê no pós-parto (SILVA; BRAGA, 2019).

Alta prevalência de não intenção de engravidar foi encontrada na população deste estudo. Este resultado está condizente com as estimativas nacionais de intencionalidade gestacionais relatadas no Brasil. A pesquisa Nascer no Brasil ocorrida entre 2011 e 2012 relatou que 55,4% das gestações não foram planejadas (THEME-FILHA *et al.*, 2016a). Em 2006, a PNDS também apresentou um resultado semelhante, 53,9% das mulheres relataram não terem planejado as gestações (BRASIL, 2009). A não intencionalidade gestacional tem sido abordada como um grave problema de saúde pública no mundo inteiro (SEDGH; SINGH; HUSSAIN, 2014). Medidas que visam o planejamento familiar tem sido implementada no Sistema Único de Saúde (SUS), mas, ainda assim, essa questão encontra muita dificuldade por tratar de questões subjetivas das relações entre homens e mulheres (FARINA, 2019). O uso de métodos contraceptivos ainda está mais focado na gestão feminina, tendo poucas alternativas para o público masculino (AMORIM, 2021). Além disso, no Brasil, o aborto é uma prática ilegal. Com isso, muitas mulheres se colocam em situação de risco ao tentar abortar com métodos que não são recomendados, sem supervisão médica e que podem trazer graves prejuízos a saúde, inclusive a mortalidade materna (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

Fato importante a observar, este estudo apresentou uma alta frequência de sintomas de depressão e ansiedade gestacional. No Brasil, a depressão gestacional tem sido relatada com uma prevalência em torno de 20% (PEREIRA; LOVISI, 2008), frequência semelhante foi encontrada neste estudo. Com relação a ansiedade na gestação, estudo realizado com gestantes atendidas em uma unidade de saúde básica na cidade do Rio de Janeiro encontrou uma prevalência de 64,9% de sintomas de ansiedade na gestação (ARAÚJO *et al.*, 2008), já outro estudo realizado no estado de Minas Gerais em unidades de Atenção Primária à Saúde encontrou uma prevalência de 42,9% de sintomas de ansiedade na gestação (SILVA *et al.*, 2017).

Esta pesquisa também encontrou uma frequência de sintomatologia significativa de depressão pós-parto nas participantes do estudo. Lobato e colegas (2011), em estudo de revisão sistemática sobre o tema no Brasil, demonstrou que pesquisas realizadas em unidades básicas de saúde apresentam uma prevalência entre 30% e 40% de depressão pós-parto, enquanto que inquérito nacional de base populacional encontrou uma prevalência de 26,3% de depressão pós-parto no país (THEME FILHA *et al.*, 2016b). Independentemente da prevalência encontrada no presente estudo estar um pouco abaixo do relatado nestas publicações, sua sinalização é importante pois demonstra a presença de sofrimento psíquico nas puérperas desta pesquisa. A

depressão pós-parto está relacionada a diversas consequências negativas para a saúde materno-infantil como suicídio materno, interrupção precoce do aleitamento materno e problemas de desenvolvimento físico-emocional da criança (MOEHLER *et al.*, 2006).

Além disto, observa-se neste estudo que a prevalência de sintomas depressivos no pós-parto foi menor do que a encontrada na gestação. Este achado é interessante pois sugere a existência de um sofrimento psíquico maior durante a gestação e que se atenua no decorrer do processo gestacional. Este resultado também foi encontrado por Govender e colaboradores (2020). Esta hipótese precisaria ser analisada em novos estudos para verificar esta evidência. Outra possível explicação seria que o período do pós-parto é um momento de muita sensibilidade para a mulher que encara a realidade da maternidade. O estigma sobre as doenças mentais, a percepção de que será vista como uma mãe ruim para o seu filho, podem ser fatores que promovem a subnotificação de possíveis casos de depressão pós-parto (MOORE; AYERS, 2017; BALDISSEROTTO *et al.*, 2020).

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de medidas de diagnóstico e intervenção na assistência à saúde psicológica materna tanto na gestação quanto no pós-parto. Não apenas em aspectos da vinculação, foco maior nesse estudo, mas nas demais demandas da saúde mental materna no período perinatal. O acompanhamento pré-natal e as consultas de puericultura precisam da implementação de novos protocolos de rastreio e encaminhamento para atendimento psicológico, saindo de uma visão de saúde organicista que apenas observa os parâmetros de desenvolvimento físico da mãe e do bebê para a percepção de saúde mais integral e sistêmica.

Destaca-se, ainda, que estes resultados se referem a mulheres moradoras da comunidade de Manguinhos, na Cidade do Rio de Janeiro, local de intensa vulnerabilidade social. No Brasil, a vulnerabilidade social está relacionada a questões de acesso e garantias de direitos. Problemas sociais relacionados a distribuição de renda no país tem sido objeto de maior interesse ao se tratar este tema e são as questões que mais tem afetado o bem-estar das famílias. A pobreza é a situação de desfavorecimento econômico que impacta no alcance de recursos básicos que garantem a qualidade de vida. Recursos básicos caracterizados como moradia, água, luz, emprego, saúde, alimentação, renda e educação. Pessoas em situação de pobreza tendem a ter dificuldades de acesso a serviços públicos, ausência de espaços de lazer, exposição a locais com alta criminalidade e violência, vivenciam espaços com mais exploração de trabalho infantil e prostituição (FONSECA *et al.*, 2013; PRATI; COUTO; KOLLER, 2009).

Esta condição de vida pode se traduzir em desafios específicos para a construção da identidade materna. Mulheres em estado de vulnerabilidade social tendem a ter características

distintas nas formas de se sentir e agir como mãe daquelas apresentadas em mães em situações menos adversas (BOSSARDI; VIEIRA, 2015). Tendo como pano de fundo uma vida de oportunidades precárias, as mulheres tendem a acumular funções de atividades domésticas, empregatícias e parentais (BENATTI *et al.*, 2020). Sentimentos maternos que retratam culpa, impotência e sobrecarga tem sido os mais relatados nesta população (CÚNICO; ARPINI, 2014; MUÑOZ *et al.*, 2013).

Apesar dos resultados encontrados, este estudo apresenta limitações. O estudo de linha de base da coorte captou mulheres com até 20 semanas gestacionais, assim mulheres que iniciaram o pré-natal mais tardiamente não entraram nesta pesquisa. É sabido que mulheres com vínculo materno-fetal mais prejudicados tendem a ter menos práticas de cuidado em saúde na gestação e podem atrasar o ingresso no acompanhamento do pré-natal. Desta forma, tais mulheres que podem estar mais suscetíveis a problemas de vínculo na gestação não foram observadas neste estudo. Outro fator que deve ser levado em consideração é a exclusão de gestantes com menos de 18 anos em função da dificuldade de se obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos responsáveis. Embora o efeito da idade materna sobre a construção do vínculo materno-fetal e mãe-bebê não seja consistente na literatura, este é um aspecto que deve ser mais investigado. Outra limitação é a amostra ser representativa apenas das mulheres usuárias de dois serviços de atenção primária em uma área de grande desvantagem social, o que compromete a generalização dos dados. Além disso, é preciso observar que estudos que coletam informações psicossociais estão mais sujeitos aos fenômenos de aceitabilidade social e estigma por abordar temas sensíveis. Com isso, as participantes tendem a ser menos sinceras em suas respostas na tentativa de evitar o julgamento do entrevistador ou de tentar atender a uma expectativa social. Essas questões podem estar ainda mais presentes em estudos com entrevista face a face, como ocorreu nesta pesquisa.

Em contrapartida, dentre os pontos fortes deste trabalho, destaca-se o desenho de estudo. O estudo de coorte favorece a observação temporal de causa e efeito entre os eventos observados nesta pesquisa, principalmente entre o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê. Outro ponto positivo é que este estudo aferiu o vínculo materno-fetal no terceiro trimestre gestacional que é considerado o momento de clímax na relação mãe-feto e tende a já ter sido estabelecida. Também o vínculo mãe-bebê só foi aferido depois do primeiro mês de vida do bebê, garantindo um convívio, minimante, entre a díade. Para ambos os casos, é importante o momento da avaliação pois se fossem aferidos anteriormente poderiam gerar dados irreais.

10 CONCLUSÃO

Este trabalho de dissertação tinha como objetivo principal estimar o efeito causal entre o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê. A hipótese testada neste estudo era que problemas no estabelecimento do vínculo entre a mãe e o feto na gestação podem afetar negativamente a qualidade do vínculo entre a mãe e o bebê após o parto. A partir das análises estatísticas realizadas, pode-se concluir a existência de associação significativa entre esses dois momentos da vinculação materna.

A evidência dessa associação já existia em estudos realizados em países desenvolvidos. Entretanto, havia um questionamento na literatura se essa relação se manteria em populações com maior desvantagem social. Dessa forma, este estudo responde a esta questão, indicando que essa relação permanece tal qual ocorre em pesquisas realizadas com população mais estável socioeconomicamente.

Os processos psíquicos relacionados ao desenvolvimento do vínculo mãe-bebê se mostraram fatores mais importantes para a construção dessa relação do que as características sociais e obstétricas das mulheres. Assim, a construção do papel materno, que pode gerar a ligação emocional entre a mãe e o bebê, passa pela formação psicológica da mulher ao longo de toda a vida. Está ligado com a relação construída com seus pais, a formação da sua personalidade, os relacionamentos formados na fase adulta, a vivência ou não de traumas e psicopatologias e a fundamentação desse lugar materno durante a gestação.

Compreender a determinação do vínculo mãe-bebê, as causas que antecedem a este momento de intensas mudanças e adaptações na vida da mulher, pode contribuir para a identificação precoce de gestantes mais suscetíveis a ter dificuldades na formação de vínculo com o seu bebê. Problemas de estabelecimento de vínculo, gestacional ou pós-parto, quando recebem tratamento adequado podem ser revertidos, promovendo saúde para a mulher e futuramente para o seu filho. Tendo em vista repercussões negativas que o vínculo mãe-bebê com uma qualidade fraca pode trazer para a saúde materno-infantil, a verificação da relação entre o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê pode colaborar para melhorias na assistência à saúde durante o acompanhamento pré-natal, podendo ser feito o rastreio nas unidades básicas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Além de apontar para a detecção de problemas vinculação como caminho para resolver esta questão, este trabalho também expôs a necessidade de observação de outras demandas da saúde mental materna que se manifestam neste período do ciclo gravídico-puerperal como a depressão gestacional, ansiedade na gestação e depressão pós-parto. Estas condições psíquicas

relatadas lançam um alerta para a necessidade de políticas públicas e novos protocolos de assistência psicológica no SUS de intervenção e tratamento que auxiliem no estabelecimento do bem-estar psíquico materno.

Neste trabalho, também foram identificados fatores associados ao vínculo materno-fetal e ao vínculo mãe-bebê. O conhecimento sobre as características que podem impactar nestes processos de vinculação pode ajudar a compreender a construção dessas relações. No entanto, novos estudos são necessários para entender se esses fatores possuem efeitos diretos ou indiretos nestes processos de vínculo. O entendimento sobre a influência desses aspectos irá favorecer o conhecimento sobre esses temas e pode agregar em pensar em possíveis intervenções que aprimorem o vínculo materno-fetal e o vínculo mãe-bebê no futuro.

Em síntese, este estudo destacou uma lacuna na literatura sobre a relação do vínculo materno-fetal e do vínculo mãe-bebê que precisava ser melhor entendida, buscou bases na literatura para entender os conceitos de vínculo materno-fetal e vínculo mãe-bebê, delineou metodologicamente a melhor forma para analisar esta associação, analisou os dados, encontrou uma ligação relevante entre estas vinculações e debateu este resultado com referenciais teóricos. O tema abordado neste trabalho se mostra bastante relevante para os campos da psicologia e saúde pública ao se tratar da saúde mental da mulher e da identidade materna e apresentou significativos resultados.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. A teoria da vinculação segundo John Bowlby. **Teoria do Apego: Fundamentos, Pesquisas e Implicações Clínicas**. 1ª edição. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2005. p. 48–79.
- AINSWORTH, M. D. S. (Org.). **Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation**. New York, N.Y.: Routledge, 1978(Psychology Press and Routledge classic editions).
- AINSWORTH, M. S. Infant–mother attachment. **American Psychologist**, [S. l.], US, v. 34, n. 10, p. 932–937, 1979.
- ALAN, H.; EGE, E. The influence of social support on maternal-infant attachment in Turkish society. **J Anatolia Nurs Heal Sci.**, [S. l.], v. 16, 2013.
- ALHUSEN, J. L. A literature update on maternal-fetal attachment. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN**, [S. l.], v. 37, n. 3, p. 315–328, jun. 2008.
- ALHUSEN, J. L.; GROSS, D.; HAYAT, M. J.; WOODS, A. B.; *et al.* The influence of maternal-fetal attachment and health practices on neonatal outcomes in low-income, urban women. **Research in Nursing & Health**, [S. l.], v. 35, n. 2, p. 112–120, abr. 2012.
- ALHUSEN, J. L.; GROSS, D.; HAYAT, M. J.; ROSE, L.; *et al.* The role of mental health on maternal-fetal attachment in low-income women. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN**, [S. l.], v. 41, n. 6, p. E71-81, dez. 2012.
- ALHUSEN, J. L.; HAYAT, M. J.; BORG, L. A pilot study of a group-based perinatal depression intervention on reducing depressive symptoms and improving maternal-fetal attachment and maternal sensitivity. **Archives of Women’s Mental Health**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 145–154, fev. 2021.
- ALHUSEN, J. L.; HAYAT, M. J.; GROSS, D. A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. **Archives of Women’s Mental Health**, [S. l.], v. 16, n. 6, p. 521–529, dez. 2013.
- ALMEIDA, L. S. de. Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. **Revista do Departamento de Psicologia. UFF**, [S. l.], v. 19, p. 411–422, dez. 2007.
- AMORIM, F. O. de. Filho (é) da mãe (?): famílias monoparentais femininas no contexto de uma escola pública em Salvador-Ba. [S. l.], 2021.
- ANDRADE, C. de J.; BACCELLI, M. S.; BENINCASA, M. O VÍNCULO MÃE-BEBÊ NO PERÍODO DE PUERPÉRIO: UMA ANÁLISE WINNICOTTIANA. **Vínculo - Revista do NESME**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 1–13, 2017.
- ANDREK, A. *et al.* Re-Evaluation of the Psychometric Properties of the Maternal–Fetal Attachment Scale in a Hungarian Sample. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [S. l.], v. 45, n. 5, p. e15–e25, 1 set. 2016.

ARAÚJO, D. M. R. *et al.* Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 8, p. 333–340, set. 2008.

ARGUZ CILDIR, D. *et al.* Association of prenatal attachment and early childhood emotional, behavioral, and developmental characteristics: A longitudinal study. **Infant Mental Health Journal**, [S. l.], v. 41, n. 4, p. 517–529, jul. 2020.

BALDISSEROTTO, M. L. *et al.* Barriers to Seeking and Accepting Treatment for Perinatal Depression: A Qualitative Study in Rio de Janeiro, Brazil. **Community Mental Health Journal**, [S. l.], v. 56, n. 1, p. 99–106, 1 jan. 2020.

BALDISSEROTTO, M. L. *et al.* Transcultural adaptation to the Brazilian Portuguese of the *Postpartum Bonding Questionnaire* for assessing the postpartum bond between mother and baby. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 34, 6 ago. 2018.

BALDISSEROTTO, M. L.; THEME, M. M. Construct validity and reliability of the Brazilian Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS): a proposal for a 12-item short version. (não publicado)

BALDISSEROTTO, M. L. Cross-cultural adaptation of the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) to Brazil: assessment of the measurement properties of factorial validity and reliability. (não publicado)

BARNETT, W. *et al.* Caregiver–child proximity as a dimension of early experience. **Development and Psychopathology**, [S. l.], , p. 1–19, 25 jan. 2022.

BARONE, L.; LIONETTI, F.; DELLAGIULIA, A. Maternal-fetal attachment and its correlates in a sample of Italian women: a study using the Prenatal Attachment Inventory. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 230–239, 27 maio 2014.

BASEGGIO, D. B. *et al.* Vivências de Mães e Bebês Prematuros durante a Internação Neonatal. **Trends in Psychology**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 153–167, 2017.

BENATTI, A. P. *et al.* A maternidade em contextos de vulnerabilidade social: papéis e significados atribuídos por pais e mães. **Interação em Psicologia**, [S. l.], v. 24, n. 2, 20 ago. 2020.

BICKING KINSEY, C. *et al.* Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal–infant bonding in a cohort of first-time mothers. **Midwifery**, [S. l.], v. 30, n. 5, p. e188–e194, 1 maio 2014b.

BICKING KINSEY, C. *et al.* Effect of miscarriage history on maternal-infant bonding during the first year postpartum in the First Baby Study: a longitudinal cohort study. **BMC Women’s Health**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 83, 15 jul. 2014a.

BICKING KINSEY, C.; HUPCEY, J. E. State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. **Midwifery**, [S. l.], v. 29, n. 12, p. 1314–1320, dez. 2013.

BOSSARDI, C. N.; VIEIRA, M. L. Ser mãe e ser pai: integração de fatores biológicos e culturais. **Novo pai: percursos, desafios e possibilidades**. [S. l.]: Juruá, 2015. p. 15–30.

BOWLBY, J. **A SECURE BASE: parent-child attachment and healthy human development**. London: [s. n.], 1988.

BOWLBY, J. **ATTACHMENT AND LOSS**. Segunda edição. [S. l.]: Basic Books, 1969. v. Volume 1, .

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. terceira edição. [S. l.]: Martins Fontes, 2001.

BRAGA, M. de C. A.; SILVA, N. A. da; BONASSI, S. M. Vínculo mãe-bebê: acolhimento e intervenções no âmbito institucional, combate aos desamparos da maternidade. **Vínculo**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 1–10, ago. 2021.

BRANDON, A. R. *et al.* A HISTORY OF THE THEORY OF PRENATAL ATTACHMENT. **Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 201–222, 2009.

BRANJERDPORN, G. *et al.* Associations Between Maternal-Foetal Attachment and Infant Developmental Outcomes: A Systematic Review. **Maternal and Child Health Journal**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 540–553, mar. 2017.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – 402 PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde.

BROCKINGTON, I. F. *et al.* A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 133–140, 1 mar. 2001.

BROCKINGTON, I. F. **Motherhood and Mental Health**. [S. l.]: Oxford University Press, 1996.

BUSONERA, A. *et al.* Psychometric properties of a 20-item version of the Maternal–Fetal Attachment Scale in a sample of Italian expectant women. **Midwifery**, [S. l.], v. 34, p. 79–87, 1 mar. 2016.

CALHOUN, A. M. **Impact of Skin-to-Skin Contact after Cesarean Section: A Study Comparing Bonding Outcomes to Skin-to-Skin after Vaginal Delivery**. 2015. PhD Thesis – The Chicago School of Professional Psychology, 2015.

CAMARNEIRO, A. P. F.; DE MIRANDA JUSTO, J. M. R. Prenatal attachment and sociodemographic and clinical factors in Portuguese couples. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 212–222, jul. 2017.

CANNELLA, B. L.; YARCHESKI, A.; MAHON, N. E. Meta-Analyses of Predictors of Health Practices in Pregnant Women. **Western Journal of Nursing Research**, [S. l.], v. 40, n. 3, p. 425–446, 1 mar. 2018.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. dos S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, 21 fev. 2020. Disponível em:

CAVALLIERI, FERNANDO; LOPES, GUSTAVO PERES. **ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL**. PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, 2008. Disponível em:

http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social_IDS.pdf.

ČĚSNAITĚ, G. *et al.* Factors affecting the maternal-foetal relationship. **Acta Medica Lituanica**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 118–124, 2019.

CHANU, M. P. Knowledge and attitude of primigravidae mothers regarding prenatal attachment. **International Journal of Advances in Nursing Management**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 219, 2015.

CINAR, N. *et al.* The Relation of Health-Related Practices of Pregnant Women, Fatigue and Prenatal Attachment. **Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP**, [S. l.], v. 27, n. 11, p. 693–698, nov. 2017.

CONDON, J. T.; CORKINDALE, C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. **The British Journal of Medical Psychology**, [S. l.], v. 70 (Pt 4), p. 359–372, dez. 1997.

COSDEN, M.; CORTEZ-ISON, E. Sexual Abuse, Parental Bonding, Social Support, and Program Retention for Women in Substance Abuse Treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 149–155, 1 mar. 1999.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, [S. l.], v. 150, p. 782–786, jun. 1987.

CRANLEY, M. S. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. **Nursing Research**, [S. l.], v. 30, n. 5, p. 281–284, out. 1981.

CRANLEY, M. S. The impact of perceived stress and social support on maternal-fetal attachment in the third trimester. **University of Wisconsin**, [S. l.], n. Madison, 1979.

CUIJLITS, I. *et al.* Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. **Infant Mental Health Journal**, [S. l.], v. 40, n. 6, p. 768–785, nov. 2019.

CÚNICO, S. D.; ARPINI, D. M. Família e monoparentalidade feminina sob a ótica de mulheres chefes de família. **Aletheia**, [S. l.], n. 43–44, p. 37–49, ago. 2014.

DA MATA, V. P.; PELISOLI, C. L. Expressões do racismo como fator desencadeante de estresse agudo e pós-traumático. [S. l.], 2016.

DA ROSA, K. M. *et al.* Maternal-fetal attachment and perceived parental bonds of pregnant women. **Early Human Development**, [S. l.], v. 154, p. 105310, 1 mar. 2021.

DAGLAR, G.; NUR, N. Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. **Psychiatria Danubina**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 433–440, dez. 2018.

DATA RIO. Índice de Desenvolvimento Social (IDS) por Áreas de Planejamento (AP), Regiões de Planejamento (RP), Regiões Administrativas (RA), Bairros e Favelas do Município do Rio de Janeiro - 2010. 2018.

DAVIES, S. M. *et al.* Maternal-infant bonding and perceptions of infant temperament: The mediating role of maternal mental health. **Journal of Affective Disorders**, [S. l.], v. 282, p. 1323–1329, 1 mar. 2021.

DE COCK, E. *et al.* Continuous feelings of love? The parental bond from pregnancy to toddlerhood. **Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)**, [S. l.], v. 30, n. 1, fev. 2016.

DE JONG-PLEIJ, E. a. P. *et al.* Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third trimester study and a review. **Prenatal Diagnosis**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 81–88, jan. 2013.

DEGHAN, M. *et al.* Maternal–Fetal Attachment and Domestic Violence Against Iranian and Afghan Pregnant Women: A Cross-Cultural Study. **Violence and Gender**, [S. l.], , p. vio.2020.0101, 17 jun. 2021.

DEKLYEN, M.; GREENBERG, M. T. Attachment and Psychopathology in Childhood. **Handbook of Attachment**. Third edition. New York: The Guilford Press, 2016. p. 639–666.

DELAVARI, M.; MIRGHAFORVAND, M.; MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI, S. The relationship of maternal-fetal attachment and depression with social support in pregnant women referring to health centers of Tabriz-Iran, 2016. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians**, [S. l.], v. 31, n. 18, p. 2450–2456, set. 2018b.

DELAVARI, M.; MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI, S.; MIRGHAFORVAND, M. The Relationship of Maternal-Fetal Attachment and Postpartum Depression: A Longitudinal Study. **Archives of Psychiatric Nursing**, [S. l.], v. 32, n. 2, p. 263–267, abr. 2018a.

DENIS, A.; CALLAHAN, S.; BOUVARD, M. Examen des propriétés psychométriques de la traduction française de la Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS). **L'Encéphale**, [S. l.], v. 41, n. 1, p. 32–38, 1 fev. 2015.

DO NASCIMENTO, M. B. R. *et al.* Exclusive Breastfeeding in Southern Brazil: Prevalence and Associated Factors. **Breastfeeding Medicine**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 79–85, abr. 2010.

DOAN, H. McK.; ZIMERMAN, A. Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. **Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health**, [S. l.], US, v. 18, n. 2, p. 109–129, 2003.

DUBBER, S. *et al.* Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 187–195, 1 abr. 2015.

EKRAMI, F. *et al.* Effect of counseling on maternal-fetal attachment in women with unplanned pregnancy: a randomized controlled trial. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [S. l.], v. 38, n. 2, p. 151–165, 14 mar. 2020.

ERTMANN, R. K. *et al.* What factors are most important for the development of the maternal-fetal relationship? A prospective study among pregnant women in Danish general practice. **BMC psychology**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 2, 4 jan. 2021.

FALCONE, E. *et al.* Empatia, compaixão e moralidade de crianças e adolescentes. **Orientação para pais: o que é preciso saber para cuidar dos filhos**. 1ª edição. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2018. p. 131–150.

FARINA, P. G. **Planejamento familiar: acesso a métodos anticoncepcionais e informações na rede de saúde pública de Vitória da Conquista: Estado da Bahia, Brasil**. 2019. PhD Thesis – 2019.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. **Estudos de Psicologia (Natal)**, [S. l.], v. 16, p. 271–278, dez. 2011.

FAUCHER, M. A. Mindfulness yoga improves scores on depression scales and fosters maternal-fetal attachment. **Journal of Midwifery & Women's Health**, [S. l.], v. 58, n. 1, p. 111–112, fev. 2013.

FEIJÓ, M. C. de C. Apego materno-fetal: validação da Maternal-fetal Attachment Scale traduzida para o português. [S. l.], , p. vii,93-vii,93, 1997.

FIGUEIREDO, B. *et al.* Mother-to-Infant Emotional Involvement at Birth. **Maternal and Child Health Journal**, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 539–549, 1 jul. 2009.

FONSECA, F. F. *et al.* As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Paulista de Pediatria**, [S. l.], v. 31, p. 258–264, jun. 2013.

FONTES, L. A. Ethics in Violence Against Women Research: The Sensitive, the Dangerous, and the Overlooked. **Ethics & Behavior**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 141–174, abr. 2004.

FUKUDA, C. C. *et al.* Mental health of young Brazilians: Barriers to professional help-seeking. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 355–365, jun. 2016.

FULLER, S. G.; MOORE, L. R.; LESTER, J. W. Influence of family functioning on maternal-fetal attachment. **Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association**, [S. l.], v. 13, n. 6, p. 453–460, dez. 1993.

GAU, M.-L. The relationships between prenatal stress, social support, spiritual well-being, and maternal-fetal attachment for pregnant women. Accepted: 2012-04-23T16:14:43Z, 1996.

GAUDET, C. *et al.* Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 240–251, 1 ago. 2010.

GHARAIBEH, M. K.; HAMLAN, A. M. Factors influencing maternal attachment of first-time Jordanian mothers. **Journal of Research in Nursing**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 289–303, 2012.

GIARETTA; FANGUNDEZ, F. Aspectos psicologicos do puerpério: uma revisão. [S. l.], , p. 1–8, 2015.

GIUSTARDI, A.; STABLUM, M.; DE MARTINO, A. Mother infant relationship and bonding myths and facts. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, [S. l.], v. 24, n. sup1, p. 59–60, 1 out. 2011.

GOECKE, T. W. *et al.* The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 286, n. 2, p. 309–316, 1 ago. 2012.

GOVENDER, D.; NAIDOO, S.; TAYLOR, M. Antenatal and Postpartum Depression: Prevalence and Associated Risk Factors among Adolescents' in KwaZulu-Natal, South Africa. **Depression Research and Treatment**, [S. l.], v. 2020, p. e5364521, 21 jan. 2020.

GRIEP, R. H. *et al.* Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 19, p. 625–634, abr. 2003.

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 21, p. 703–714, jun. 2005.

HANDELZALTS, J. E. *et al.* PREGNANT WOMEN'S RECOLLECTIONS OF EARLY MATERNAL BONDING: ASSOCIATIONS WITH MATERNAL-FETAL ATTACHMENT AND BIRTH CHOICES. **Infant Mental Health Journal**, [S. l.], v. 39, n. 5, p. 511–521, set. 2018.

HART, R.; MCMAHON, C. A. Mood state and psychological adjustment to pregnancy. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 9, n. 6, p. 329–337, 1 nov. 2006.

HONJO, S. *et al.* Antenatal depression and maternal-fetal attachment. **Psychopathology**, [S. l.], v. 36, n. 6, p. 304–311, dez. 2003.

HOPKINS, J. *et al.* The relation between social support, anxiety and distress symptoms and maternal fetal attachment. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [S. l.], v. 36, n. 4, p. 381–392, set. 2018.

HOSEINI, S. *et al.* Evaluation of Effectiveness Midwifery Counseling with Cognitive-Behavioral Approach to Maternal-Fetal Attachment in Pregnant Women with Unwanted Pregnancy. **Avicenna Journal of Clinical Medicine**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 85–93, 15 set. 2020.

HUNFELD, J. a. M. *et al.* Trait Anxiety, Negative Emotions, and the Mothers' Adaptation to an infant born subsequent to late Pregnancy Loss: a Case–Control Study. **Prenatal Diagnosis**, [S. l.], v. 17, n. 9, p. 843–851, 1997.

HUTH-BOCKS, A. C. *et al.* The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. **Child Development**, [S. l.], v. 75, n. 2, p. 480–496, abr. 2004.

JUSSILA, H. *et al.* The association of maternal-fetal attachment with smoking and smoking cessation during pregnancy in The FinnBrain Birth Cohort Study. **BMC pregnancy and childbirth**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 741, 30 nov. 2020.

KALFON HAKHMIGARI, M. *et al.* Anxious Attachment Mediates the Associations Between Early Recollections of Mother's Own Parental Bonding and Mother–Infant Bonding:

A 2-Month Path Analysis Model. **Frontiers in Psychiatry**, [S. l.], v. 12, p. 682161, 5 jul. 2021.

KITA, S. *et al.* Associations between intimate partner violence (IPV) during pregnancy, mother-to-infant bonding failure, and postnatal depressive symptoms. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 19, n. 4, p. 623–634, ago. 2016a.

KITA, S. *et al.* Intimate Partner Violence, Negative Attitudes Toward Pregnancy, and Mother-to-Fetus Bonding Failure Among Japanese Pregnant Women. **Violence and Victims**, [S. l.], v. 34, n. 3, p. 536–547, 1 jun. 2019.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Maternal-infant bonding**. Saint Louis: The C. V. Mosby Company, 1976.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/Bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLEIN, M. O Desmame. **Amor Culpa e Reparação**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 330–343.

KLEIN, M. *et al.* **Os progressos da psicanálise**. 2ª edição. [S. l.]: Zahar, 1978.

KOHAN, S.; SALEHI, K. Maternal-Fetal Attachment: What We Know and What We Need to Know. **International Journal of Pregnancy & Child Birth**, [S. l.], v. 2, n. 5, 21 ago. 2017.

KOKUBU, M.; OKANO, T.; SUGIYAMA, T. Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 211–216, 1 jun. 2012.

KOMMERS, D. R. *et al.* Antenatal mother-infant bonding scores are related to maternal reports of infant crying behaviour. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [S. l.], v. 35, n. 5, p. 480–492, nov. 2017.

KROENKE, K. *et al.* Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. **Annals of Internal Medicine**, [S. l.], v. 146, n. 5, p. 317–325, 6 mar. 2007.

LEBOVICI, S. **Le nourrisson, la mère et le psychanalyste**. Paris: Le Centurion, 1983.

LEE, L.; MCKENZIE-MCHARG, K.; HORSCH, A. The impact of miscarriage and stillbirth on maternal–fetal relationships: an integrative review. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 32–52, jan. 2017.

LEE, S.-A.; LEE, S.-H. Factors Influencing Maternal-Fetal attachment among Pregnant Women. **Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 2020–2028, 2015.

- LEITE, C.; BARBOSA, L.; CANTILINO, A. O nascimento do primeiro filho e a saúde mental da mulher e do casal. **Orientação para pais: o que é preciso saber para cuidar dos filhos**. 1ª edição. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2018. p. 17–34.
- LIMA, A. R.; MELLO, M. F.; MARI, J. de J. The role of early parental bonding in the development of psychiatric symptoms in adulthood. **Current Opinion in Psychiatry**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 383–387, jul. 2010.
- LINDGREN, K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. **Research in Nursing & Health**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 203–217, jun. 2001.
- LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 11, n. 4, p. 369–379, dez. 2011.
- LOH, C.-C.; VOSTANIS, P. Perceived mother-infant relationship difficulties in postnatal depression. **Infant and Child Development**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 159–171, jun. 2004.
- LOPES, C. S. *et al.* Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. Accepted: 2017-02-16T12:47:21Z, 2016. Disponível em: <https://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/17989>. Acesso em: 14 mar. 2022.
- LUMLEY, J. The development of maternal-foetal bonding in first pregnancy. [S. l.], n. Third International Congress, 1972.
- LUMLEY, J. Through a glass darkly: Ultrasound and prenatal bonding. **Birth.**, [S. l.], v. 17, p. 17:214-217, 1980.
- LUZ, R. *et al.* Antenatal Determinants of Parental Attachment and Parenting Alliance: How Do Mothers and Fathers Differ? **Infant Mental Health Journal**, [S. l.], v. 38, n. 2, p. 183–197, 2017.
- MACIEL, R. de A.; ROSEMBURG, C. P. A relação mãe-bebê e a estruturação da personalidade. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 15, p. 96–112, ago. 2006.
- MADDAHI, M. S. *et al.* Correlation of maternal-fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes. **Electronic Physician**, [S. l.], v. 8, n. 7, p. 2639–2644, jul. 2016.
- MAGEE, S. R. *et al.* The relationship between maternal-fetal attachment and cigarette smoking over pregnancy. **Maternal and Child Health Journal**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 1017–1022, maio 2014.
- MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: gestabdo pessoas para uma sociedade melhor**. 3ª edição. São Paulo: Ed. Ideias & Letras, 2020.
- MARVIN, R.; BRITNER, P.; RUSSELL, B. Normative Development: The Ontogeny of Attachment in Childhood. **Handbook of Attachment**. Third edition. New York: The Guilford Press, 2016. p. 273–290.

- MASCAYANO, F. *et al.* Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 38, p. 73–85, mar. 2016.
- MATTHIES, L. M. *et al.* Maternal-fetal attachment protects against postpartum anxiety: the mediating role of postpartum bonding and partnership satisfaction. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 301, n. 1, p. 107–117, jan. 2020.
- MCCULLAGH, P.; NELDER, J. A. **Generalized Linear Models**. 2.ed. [S. l.]: Chapman & Hall, 1989.
- MCFARLAND, J. *et al.* Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 14, n. 5, p. 425–434, out. 2011.
- MCFARLANE, J. *et al.* Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. **JAMA**, [S. l.], v. 267, n. 23, p. 3176–3178, 17 jun. 1992.
- MCNAMARA, J.; TOWNSEND, M. L.; HERBERT, J. S. A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. **PloS One**, [S. l.], v. 14, n. 7, p. e0220032, 2019.
- MERCER, R. T. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. **Journal of Nursing Scholarship**, [S. l.], v. 36, n. 3, p. 226–232, 2004.
- MOEHLER, E. *et al.* Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother–child bonding. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 9, n. 5, p. 273–278, 1 set. 2006.
- MOORE, D.; AYERS, S. Virtual voices: social support and stigma in postnatal mental illness Internet forums. **Psychology, Health & Medicine**, [S. l.], v. 22, n. 5, p. 546–551, 28 maio 2017.
- MORAIS, A. O. D. de S. *et al.* 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**, [S. l.], v. 33, p. e00032016, 13 jul. 2017.
- MULLER, M. E. The development and testing of the Mueller Prenatal Attachment Inventory. [S. l.], 1990.
- MUÑOZ, L. A. *et al.* The motherhood experience in the context of social vulnerability: a comprehensive approach to social phenomenology. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 21, p. 913–919, ago. 2013.
- NELSON, A. M. Transition to Motherhood. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [S. l.], v. 32, n. 4, p. 465–477, 1 jul. 2003.
- NORDAHL, D. *et al.* Early maladaptive schemas as predictors of maternal bonding to the unborn child. **BMC Psychology**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 23, 11 abr. 2019.

OHASHI, Y. *et al.* Mother-To-Infant Bonding Disorder, but not Depression, 5 days After Delivery is a Risk Factor For Neonate Emotional Abuse: A Study in Japanese Mothers of 1-Month Olds. **The Open Family Studies Journal**, [S. l.], v. 8, n. 1, 30 dez. 2016.

OLIVA, A.; FAVA, D.; ROSA, M. Desenvolvimento social e da personalidade: considerações sobre o apego. **Orientação para pais: o que é preciso saber para cuidar dos filhos**. 1ª edição. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2018. p. 39–58.

O'MALLEY, E. G. *et al.* A cross-sectional study of maternal-fetal attachment and perceived stress at the first antenatal visit. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [S. l.], v. 38, n. 3, p. 271–280, 26 maio 2020.

ORAM, S.; KHALIFEH, H.; HOWARD, L. M. Violence against women and mental health. **The Lancet Psychiatry**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 159–170, fev. 2017.

OSSA, X.; BUSTOS, L.; FERNANDEZ, L. Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. **Midwifery**, [S. l.], v. 28, n. 5, p. e689-696, out. 2012.

PAKSERESHT, S.; RASEKH, P.; KAZEMNEJAD LEILI, E. Physical Health and Maternal-Fetal Attachment among Women: Planned Versus Unplanned Pregnancy. **International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 335–341, 28 jan. 2018.

PASCOE, J. M.; KOKOTAILO, P. K.; BROEKHUIZEN, F. F. Correlates of multigravida women's binge drinking during pregnancy. A longitudinal study. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, [S. l.], v. 149, n. 12, p. 1325–1329, dez. 1995.

PEARSON, R. M.; LIGHTMAN, S. L.; EVANS, J. Attentional processing of infant emotion during late pregnancy and mother-infant relations after birth. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 23–31, fev. 2011a.

PEARSON, R. M.; LIGHTMAN, S. L.; EVANS, J. Attentional processing of infant emotion during late pregnancy and mother-infant relations after birth. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 23–31, fev. 2011b.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S. l.], v. 35, p. 144–153, 2008.

PETRI, E. *et al.* Maternal-foetal attachment independently predicts the quality of maternal-infant bonding and post-partum psychopathology. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians**, [S. l.], v. 31, n. 23, p. 3153–3159, dez. 2018.

PIRES DE ALMEIDA, C. *et al.* Violence during pregnancy and its effects on mother-baby relationship during pregnancy. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [S. l.], v. 31, n. 4, p. 370–380, 2013.

PLANT, D. T. *et al.* Association between maternal childhood trauma and offspring childhood psychopathology: Mediation analysis from the ALSPAC cohort. **British Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 211, n. 3, p. 144–150, set. 2017.

PRATI, L. E.; COUTO, M. C. P. de P.; KOLLER, S. H. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 25, p. 403–408, set. 2009.

RABIEE, N. *et al.* The Relationship between Domestic Violence and Maternal- Fetal Attachment | International Journal of Health Studies. **International Journal of Health Studies**, [S. l.], 2019.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Journal of Human Growth and Development**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 85–96, 1 abr. 2006.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. **Psico-USF**, [S. l.], v. 16, p. 215–225, ago. 2011.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2020.

RECK, C. *et al.* Perceived parenting stress in the course of postpartum depression: the buffering effect of maternal bonding. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 473–482, 1 jun. 2016.

REDES DA MARÉ. **Censo Populacional da Maré**. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2019. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2020/07/censomare-web-04mai.pdf>.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 34, p. 610–616, dez. 2000.

RIBEIRO, F. S. *et al.* Abrindo espaço para um segundo bebê: impacto na constelação da maternidade. **Psicologia Clínica**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 155–172, 2017.

ROLLÈ, L. *et al.* Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 17, n. 8, p. 2644, jan. 2020.

ROSSEN, L. *et al.* Maternal Bonding through Pregnancy and Postnatal: Findings from an Australian Longitudinal Study. **American Journal of Perinatology**, [S. l.], v. 34, n. 8, p. 808–817, jul. 2017.

ROSSEN, L. *et al.* Predictors of postnatal mother-infant bonding: the role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 19, n. 4, p. 609–622, ago. 2016.

RUBIN, R. ATTAINMENT OF THE MATERNAL ROLE: Part I. Processes. [S. l.], 1967.

RYGAARD, N. P. **El Niño Abandonado: guía para el tratamiento de los trastornos del apego**. [S. l.]: Editorial Gedisa, 2008.

SALISBURY, A. *et al.* Maternal-Fetal Attachment. **JAMA**, [S. l.], v. 289, p. 1701, 2003.

- SANCHO-ROSSIGNOL, A. *et al.* The Association of Maternal Exposure to Domestic Violence During Childhood With Prenatal Attachment, Maternal-Fetal Heart Rate, and Infant Behavioral Regulation. **Frontiers in Psychiatry**, [S. l.], v. 9, p. 358, 2018.
- SANTOS, M. F. dos; MARTINS, F. C.; PASQUAL, L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 90–5, abr. 1999.
- SANTOS, I. S. *et al.* Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 23, p. 2577–2588, nov. 2007.
- SCHWERDTFEGER, K. L.; GOFF, B. S. N. Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother–infant prenatal attachment. **Journal of Traumatic Stress**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 39–51, fev. 2007.
- SCOCHI, C. G. S. *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 11, p. 539–543, ago. 2003.
- SEDGH, G.; SINGH, S.; HUSSAIN, R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. **Studies in Family Planning**, [S. l.], v. 45, n. 3, p. 301–314, set. 2014.
- SHEN, W.-C.; CHEN, C.-H. Effects of non-supervised aerobic exercise on sleep quality and maternal-fetal attachment in pregnant women: A randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Medicine**, [S. l.], v. 57, p. 102671, mar. 2021.
- SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Social Science & Medicine (1982)**, [S. l.], v. 32, n. 6, p. 705–714, 1991.
- SHIEH, C.; KRAVITZ, M.; WANG, H. H. What do we know about maternal-fetal attachment? **The Kaohsiung Journal of Medical Sciences**, [S. l.], v. 17, n. 9, p. 448–454, set. 2001.
- SHIN, H.; PARK, Y.-J.; KIM, M. J. Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], v. 55, n. 4, p. 425–434, 2006.
- SHIN, H. S.; KIM, J. H. Music Therapy on Anxiety, Stress and Maternal-fetal Attachment in Pregnant Women During Transvaginal Ultrasound. **Asian Nursing Research**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 19–27, mar. 2011.
- SHREFFLER, K. M. *et al.* Pregnancy intendedness, maternal–fetal bonding, and postnatal maternal–infant bonding. **Infant Mental Health Journal**, [S. l.], v. 42, n. 3, p. 362–373, 2021.
- SILVA, B. A. A. da; BRAGA, L. P. Promoting factors on mother-baby bonding in immediate puerperium in the hospital: integrative literature review. **Revista da SBPH**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 258–279, jun. 2019.
- SILVA, M. M. de J. *et al.* Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 51, 28 ago. 2017.

SILVA, V. G.; LEMGRUBER, K. P. A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NA PSICANÁLISE: um breve estudo teórico. **Psicologia e Saúde em debate**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 90–102, 15 dez. 2017.

SMORTI, M. *et al.* The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. **Early Human Development**, [S. l.], v. 142, p. 104956, mar. 2020.

SOCKOL, L. E. *et al.* Correlates of impaired mother-infant bonding in a partial hospital program for perinatal women. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 17, n. 5, p. 465–469, out. 2014.

SOUSA, T. V. *et al.* Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S. l.], v. 13, p. 50, 25 abr. 2015.

STERN, D. **The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy**. [S. l.: s. n.], 1995. p. 229(229).

STIGGER, R. S. *et al.* Is Maternal Exposure to Childhood Trauma Associated With Maternal-Fetal Attachment? **Interpersona: An International Journal on Personal Relationships**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 200–210, 22 dez. 2020.

TAAVONI *et al.* Comparison of Maternal Fetal Attachment between Primgravidas and Multigravidas Women with Past History of Fetal or Neonatal Death. **Iran Journal of Nursing**, [S. l.], v. 21, n. 53, p. 53–61, set. 2008.

TAFFAZOLI, M. *et al.* The Relationship between Maternal-Fetal Attachment and Mother-Infant Attachment Behaviors in Primiparous Women Referring to Mashhad Health Care Centers. **Journal of Midwifery and Reproductive Health**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 318–327, 1 abr. 2015.

TANI, F.; CASTAGNA, V.; PONTI, L. Women who had positive relationships with their own mothers reported good attachments to their first child before and after birth. **Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)**, [S. l.], v. 107, n. 4, p. 633–637, abr. 2018.

THEME FILHA, M. M. *et al.* Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, [S. l.], v. 194, p. 159–167, 1 abr. 2016b.

THEME-FILHA, M. M. *et al.* Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. **Reproductive Health**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 118, 17 out. 2016a.

THOMPSON, R. A. Early Attachment and Later Development. **Handbook of Attachment**. Third edition. New York: The Guilford Press, 2016. p. 330–348.

TICHELMAN, E. *et al.* Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 14, n. 9, p. e0222998, 24 set. 2019.

TISSERA, H. *et al.* Happy prenatal relationships, healthy postpartum mothers: a prospective study of relationship satisfaction, postpartum stress, and health. **Psychology & Health**, [S. l.], v. 36, n. 4, p. 461–477, abr. 2021.

TOLJA, R.; NAKIĆ RADOŠ, S.; ANĐELINOVIĆ, M. The role of maternal mental health, infant temperament, and couple's relationship quality for mother-infant bonding. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [S. l.], v. 38, n. 4, p. 395–407, 7 ago. 2020.

TOOSI, M.; AKBARZADEH, M.; GHAEMI, Z. The Effect of Relaxation on Mother's Anxiety and Maternal-Fetal Attachment in Primiparous IVF Mothers. **Journal of the National Medical Association**, [S. l.], v. 109, n. 3, p. 164–171, Autumn 2017.

TROMBETTA, T. *et al.* Pre-natal Attachment and Parent-To-Infant Attachment: A Systematic Review. **Frontiers in Psychology**, [S. l.], v. 12, 2021.

TSARTSARA, E.; JOHNSON, M. P. The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal–fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 173–182, jan. 2006.

TURTON, P. *et al.* Psychological vulnerability in children next-born after stillbirth: a case-control follow-up study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines**, [S. l.], v. 50, n. 12, p. 1451–1458, dez. 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno**: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.

USTUNSOZ, A. *et al.* Comparison of maternal-and paternal-fetal attachment in Turkish couples. **Midwifery**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. e1-9, abr. 2010.

VAN BUSSEL, J. C. H.; SPITZ, B.; DEMYTTENAERE, K. Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the Dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 13, n. 5, p. 373–384, out. 2010.

VEDOVA, A. M. D.; DABRASSI, F.; IMBASCIATI, A. Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 86–98, 1 maio 2008.

VICTORA, C. G. *et al.* The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 224–227, fev. 1997.

VIEIRA, V. L.; SOUZA, M. P. de; CERVATO-MANCUSO, A. M. Insegurança alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 10, p. 199–207, jun. 2010.

WALSH, J. Definitions matter: if maternal-fetal relationships are not attachment, what are they? **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 13, n. 5, p. 449–451, out. 2010.

WALSH, J. *et al.* Maternal–fetal relationships and psychological health: emerging research directions. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [S. l.], v. 31, n. 5, p. 490–499, 1 nov. 2013.

WINNICOTT, D. **Primary maternal preoccupation**. New York: Basic Books, 1956.

YARCHESKI, A. *et al.* A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. **International Journal of Nursing Studies**, [S. l.], v. 46, n. 5, p. 708–715, maio 2009.

ZDOLSKA-WAWRZKIEWICZ, A. *et al.* The Dynamics of Becoming a Mother during Pregnancy and After Childbirth. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 57, jan. 2020.

ZHANG, L. *et al.* The mediating role of prenatal depression in adult attachment and maternal-fetal attachment in primigravida in the third trimester. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 1–9, dez. 2021.

ANEXO A - Maternal- Fetal Attachment Scale- 12 (MFAS-12)

Instrução: “Agora gostaria que você respondesse algumas perguntas sobre você e o bebê que está esperando. Não existem respostas certas ou erradas. Sua primeira impressão é a que mostra melhor seus sentimentos.”

- 1) Conversa com seu bebê na barriga?
5.Sempre 4.Quase sempre 3.Às vezes 2.Raramente 1.Nunca
- 2) Realmente está ansiosa para ver como será o seu bebê?
5.Sempre 4.Quase sempre 3.Às vezes 2.Raramente 1.Nunca
- 3) Chama o seu bebê por um apelido?
5.Sempre 4.Quase sempre 3.Às vezes 2.Raramente 1.Nunca
- 4) Se imagina cuidando do bebê?
5.Sempre 4.Quase sempre 3.Às vezes 2.Raramente 1.Nunca
- 5) Acha que pode adivinhar qual será a personalidade do seu bebê pelo modo como ele se mexe?
5.Sempre 4.Quase sempre 3.Às vezes 2.Raramente 1.Nunca
- 6) Faz coisas para manter a saúde que não faria caso não estivesse grávida?
5.Sempre 4.Quase sempre 3.Às vezes 2.Raramente 1.Nunca
- 7) Imagina se o bebê pode ouvir dentro de você?
5.Sempre 4.Quase sempre 3.Às vezes 2.Raramente 1.Nunca
- 8) Cutuca seu bebê para que ele cutuque de volta?
5.Sempre 4.Quase sempre 3.Às vezes 2.Raramente 1.Nunca
- 9) Mal pode esperar para segurar o bebê?
5.Sempre 4.Quase sempre 3.Às vezes 2.Raramente 1.Nunca
- 10) Tenta imaginar como o bebê vai se parecer?
5.Sempre 4.Quase sempre 3.Às vezes 2.Raramente 1.Nunca
- 11) Acaricia sua barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito?
5.Sempre 4.Quase sempre 3.Às vezes 2.Raramente 1.Nunca
- 12) Tenta pegar o pé do seu bebê para brincar com ele?
5.Sempre 4.Quase sempre 3.Às vezes 2.Raramente 1.Nunca

ANEXO B- Postpartum Bonding Questionnaire - 12 (PBQ-12)

Instrução: “Vou fazer algumas perguntas sobre a sua relação com seu bebê. Não existem respostas “certas” ou “erradas”. Escolha a resposta que represente melhor sua experiência atual com o seu bebê”.

1) Com que frequência você se sente emocionalmente ligada ao seu bebê? (**pontuação invertida**)

5. Nunca 4. Raramente 3. Às vezes 2. Frequentemente 1. Muito frequentemente 0. Sempre

2) Com que frequência você gostaria de voltar ao passado, ao tempo em que você ainda não tinha o seu bebê?

0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre

3) Com que frequência você adora ninar o seu bebê? (**pontuação invertida**)

5. Nunca 4. Raramente 3. Às vezes 2. Frequentemente 1. Muito frequentemente 0. Sempre

4) Com que frequência você sente que esse bebê não parece ser seu?

0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre

5) Com que frequência o seu bebê te dá nos nervos?

0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre

6) Com que frequência o seu bebê te irrita?

0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre

7) Com que frequência você fica feliz quando seu bebê dá um sorriso ou uma gargalhada?

(**pontuação invertida**)

5. Nunca 4. Raramente 3. Às vezes 2. Frequentemente 1. Muito frequentemente 0. Sempre

8) Com que frequência você gosta de brincar com o seu bebê? (**pontuação invertida**)

5. Nunca 4. Raramente 3. Às vezes 2. Frequentemente 1. Muito frequentemente 0. Sempre

9) Com que frequência você se sente presa como mãe, não tendo mais tempo e ou liberdade para fazer coisas que fazia quando não tinha o seu bebê?

0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre

10) Com que frequência você já fez coisas prejudiciais ao seu bebê?

0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre

11) Com que frequência você sente medo do seu bebê?

0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre

12) Com que frequência você se sente confiante quando troca fralda, roupas do seu bebê?

(pontuação invertida)

5. Nunca 4. Raramente 3. Às vezes 2. Frequentemente 1. Muito frequentemente 0. Sempre

ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Fundação Oswaldo Cruz
Comitê de Ética em Pesquisa
Escola Nacional de Saúde Pública



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Fatores associados à obesidade pré-gestacional e suas repercussões sobre a saúde materna e neonatal”

Prezada gestante,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **“Fatores associados à obesidade pré-gestacional e suas repercussões sobre a saúde materna e neonatal”** porque faz o seu pré-natal nesta Unidade de Saúde, está com menos de 20 semanas gestacionais e tem 18 anos ou mais. Este estudo está sendo conduzido pela Dra. Mariza Miranda Theme Filha e outros pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública.

Os objetivos deste estudo são identificar a importância de fatores nutricionais, sociais e psicológicos no desenvolvimento de sobrepeso e obesidade gestacional, suas repercussões sobre a sua saúde e do bebê.

Sua participação nesta pesquisa, neste momento, consistirá em responder a um questionário sobre sua condição socioeconômica, história reprodutiva, diagnóstico de doenças, além de perguntas sobre problemas emocionais e familiares. O tempo de duração da entrevista será de 30 min., aproximadamente.

Esta pesquisa prevê novas entrevistas no terceiro trimestre de gravidez, e entre dois e seis meses após o parto. Na entrevista após o parto do(s) bebê(s) serão coletadas informações sobre seu estado nutricional, desenvolvimento e crescimento, aleitamento e situação vacinal a partir da Caderneta de Saúde da Criança.

Caso haja necessidade de complementar alguma informação, solicitamos sua autorização para acesso ao seu prontuário na unidade de saúde para coleta de dados sobre seu atendimento pré-natal. Solicitamos também autorização para consultar as anotações da caderneta da criança. Todas as entrevistas serão sempre agendadas na unidade de saúde onde você faz o acompanhamento.

Os riscos relacionados à sua participação são pequenos, mas pode haver algum desconforto em relação a algumas perguntas. Neste caso, você pode ficar à vontade em não responder. Caso seja identificado algum problema emocional (ansiedade, depressão) você será encaminhada para atendimento na própria unidade de saúde, com profissional especializado. Se for identificado algum problema familiar, se você quiser, poderá ser encaminhada para entrevista com a Assistente Social.

As informações que você nos der serão mantidas em segredo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante/responsável: _____

Os resultados da pesquisa serão apresentados sob a forma de artigos científicos, em congressos, dissertações e teses de alunos de pós-graduação. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

Coordenadora da Pesquisa: Dr^a. Mariza Miranda Theme Filha

Rua Leopoldo Bulhões n°1408/813 Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 / Tel: 0**21-25982619

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões n°1408/Térreo - Mangueiras - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 Tel: 0**21-25982863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorizo consultar meu prontuário do Centro de Saúde para coleta de dados sobre o atendimento pré-natal. Sim Não

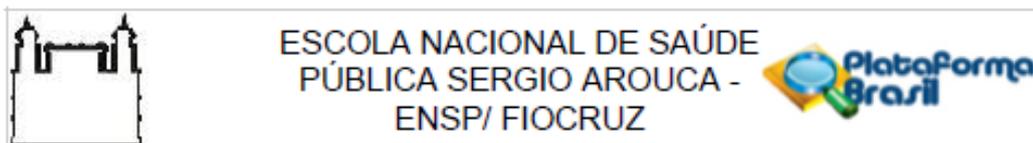
Autorizo consultar as anotações da Caderneta da Criança. Sim Não

Assinatura da participante da pesquisa: _____

Nome da participante: _____

Rio de Janeiro, _____ / _____ / _____

ANEXO D- Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Mangueiras, Rio de Janeiro

Pesquisador: Talita Borges Queiroga dos Reis

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53291921.1.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.150.465

Apresentação do Projeto:

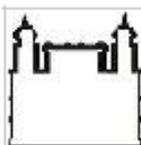
Este parecer se refere a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 5.139.659, em 01/12/2021.

Projeto intitulado "O efeito do Vínculo Materno-Fetal sobre a qualidade do Vínculo Mãe-Bebê: dados de uma coorte de gestantes de Mangueiras, Rio de Janeiro", proposto por Talita Borges Queiroga dos Reis, mestranda do curso de pós graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, sob orientação de Mariza Miranda Theme Filha e co-orientação de Márcia Leonardi Baldisserotto. Projeto qualificado em 27/08/2021. Possui financiamento próprio, orçado em R\$500,00. Cronograma apresentado em arquivo anexo.

RESUMO:

"A transição para a maternidade é um dos maiores eventos do desenvolvimento humano. Se tornar mãe é mudar de uma realidade conhecida para uma desconhecida. O estudo da relação entre a mãe e o feto tem sido foco de pesquisas recentes e o vínculo que a mulher estabelece com o feto durante a gestação – vínculo Materno-Fetal – é permeada por representações mentais, fantasias, emoções e capacidades mentais necessárias para diferenciar um outro ser humano (TROMBETTA et al., 2021). Geralmente, esta ligação se inicia no final do primeiro trimestre da gestação e atinge

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Mangueiras **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: S.150.465

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TalitaBorgesReis_FR.pdf	07/12/2021 11:14:33	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1858701.pdf	01/12/2021 23:38:06		Aceito
Outros	FormularioRespPendParecer5139859.pdf	01/12/2021 23:37:40	Talita Borges Queiroga dos Reis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TalitaReisProjeto.pdf	15/11/2021 12:52:28	Talita Borges Queiroga dos Reis	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD.pdf	15/11/2021 12:50:43	Talita Borges Queiroga dos Reis	Aceito
Outros	FormularioEncaminhamentoCEP.pdf	15/11/2021 12:50:01	Talita Borges Queiroga dos Reis	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	15/11/2021 12:47:35	Talita Borges Queiroga dos Reis	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	15/11/2021 12:46:26	Talita Borges Queiroga dos Reis	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	15/11/2021 12:46:01	Talita Borges Queiroga dos Reis	Aceito
Outros	AutorizacaoDaPesquisa.pdf	12/11/2021 17:13:53	Talita Borges Queiroga dos Reis	Aceito
Outros	ParecerConsubstanciado.pdf	12/11/2021 17:13:01	Talita Borges Queiroga dos Reis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 07 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Buihães, 1480 - Térreo
Bairro: Manginhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br