



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

LARA HELK DE SOUZA

Vinculação Materna no Puerpério

**São José do Rio Preto
2014**

LARA HELK DE SOUZA

Vinculação Materna no Puerpério

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto
para obtenção do Título de Mestre no
Curso de Pós-Graduação em
Enfermagem

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Zaida Aurora S. Geraldes Soler
Co-orientadora: Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki

São José do Rio Preto

2014

Ficha Catalográfica

Souza, Lara Helk.

Vinculação Materna no Puerpério./Lara Helk de Souza.
São José do Rio Preto, 2014
76p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José
do Rio Preto – FAMERP - Programa de Mestrado em Enfermagem

Orientador(a): Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler
Co-orientador(a): Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki

1.Cuidados de enfermagem; 2.Vínculo; 3.Enfermagem neonatal

LARA HELK DE SOUZA

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientadora

Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler

Co-orientadora:

Profa. Dra. Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki

Membro Titular Externo

Profa. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce

Membro Titular Interno

Profa. Dra. Ana Maria Neves Finochio Sabino

Membro Suplente Externo

Profa. Dra. Tamara Beres Lederer Goldberg

Membro Suplente Interno

Profa. Dra. Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen

São José do Rio Preto, 22/10/2014.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Epigrafe.....	iv
Lista De Tabelas.....	v
Lista De Abreviaturas.....	vi
Resumo.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introdução.....	1
Materiais e Métodos.....	5
Resultados.....	9
Discussão.....	21
Conclusões.....	34
Referencias Bibliográficas.....	36
Apêndices.....	43
Anexos.....	52
Divulgação.....	55

À Ana Lua

Que mesmo sem saber é a fonte de forças para que eu continue seguindo em frente.

À minha Mãe

Em sua imensa simplicidade, considerou o saber algo primordial ao ser humano, e em suas limitações apoiou meu crescimento de maneira incondicional.

-
- À minha orientadora *Prof.^a Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler*, exemplo de dedicação à profissão, por ter incentivado meu crescimento profissional, me direcionando na elaboração desse trabalho.

 - À minha co-orientadora *Prof.^a Dra. Natalia Sperli Gelrades Marin dos Santos Sasaki* pela serenidade, dedicação e paciência.

 - À *Profa. Dra. Maria de Lourdes Geraldes - Lurdinha*, pelo acolhimento, superando as barreiras profissionais adotando a mim e Ana Lua durante o desenvolvimento deste trabalho, e pelo auxílio na efetuação do layout desta dissertação.

 - À querida *Lucia Moriel*, psicóloga dedicada e estudiosa da vinculação materna, que dividiu comigo seu tempo, conhecimento e seus livros.

 - À companheira de campo de estágio *Denise Beretta* por suportar minhas ausências e me impulsionar em seguir adiante, neste trabalho e na vida.

 - À professora *Dra Silvia Helena Vendramini* pela imensa contribuição durante o exame de qualificação.

- À professora *Maria Amélia Zanon Ponce* pela imensa contribuição na defesa pública.

- Á professora *Ana Maria Neves Finochio Sabino* por compartilhar desde a graduação de seus mais profundos pensamentos, por sua visão sem rótulos do mundo e pela imensa contribuição durante o exame de qualificação e defesa pública.

- A *todos* aqueles que fizeram parte desta etapa de minha vida e, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste sonho. A presença de pessoas especiais em nossa vida facilita a concretização dos nossos ideais.

- A todas as *docentes do curso de Graduação em Enfermagem*, principalmente as do Departamento de Saúde Coletiva da FAMERP, que apoiaram e incentivaram minha caminhada.

“Não se pode escrever nada com indiferença “.

Simone de Beauvoir

Tabela 1.	Percentuais referentes às variáveis de caracterização amostral das mulheres avaliadas no estudo.....	11
Tabela 2.	Percentuais referentes às variáveis de caracterização da gravidez das mulheres avaliadas no estudo.....	12
Tabela 3.	Estatísticas descritivas do Bonding em relação à gravidez desejada...	14
Tabela 4.	Estatísticas descritivas do Bonding em relação ao serviço utilizado...	15
Tabela 5.	Estatísticas descritivas do Bonding em relação ao tipo de parto atual.....	15
Tabela 6.	Estatísticas descritivas do Bonding em relação à ocorrência de dores durante o parto.....	16
Tabela 7.	Estatísticas descritivas do Bonding em relação à ocorrência do contato pele a pele.....	18
Tabela 8.	Estatísticas descritivas do Bonding em relação à ocorrência de acompanhante durante o parto.....	19
Tabela 9.	Estatísticas descritivas do Bonding em relação ao estado civil da puérpera.....	20

Lista de Símbolos e Abreviaturas

SUS - Sistema Único de Saúde

RESUMO**Vinculação materna no puerpério**

Introdução: A vinculação materna constitui um processo de adaptação entre mãe e bebê, inicia-se na gestação e desenvolve-se lenta e gradualmente. Esta ligação entre mãe e filho é considerada uma adaptação fundamental para a preservação da vida e constitui a base da saúde mental do bebê e dos cuidados maternos. **Objetivo:** Verificar, por meio de instrumentos estruturados, características sócio demográficas econômicas culturais e da gestação associando à vinculação materna no puerpério imediato. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo analítico correlacional, utilizando uma metodologia quantitativa. Foram entrevistadas 200 puérperas de janeiro a fevereiro de 2014, no Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto- SP por meio de um questionário estruturado e um instrumento validado. **Resultados:** O tipo de parto não influenciou a vinculação materna, a indesejabilidade da gravidez influenciou de forma negativa e, diferente do esperado o acompanhante durante o parto não influenciou a vinculação. **Conclusão:** Espera-se com este estudo uma mudança na prática do enfermeiro, visando uma melhora na prática do cuidado, fortalecendo a relação entre mãe/bebê e a qualidade dos cuidados dispendidos pelos pais a este novo ser em desenvolvimento.

Descritores: cuidados de enfermagem, vínculo, enfermagem neonatal

Palavras-chave: 1. Cuidados de enfermagem; 2. Vínculo; 3. Enfermagem neonatal

RESUMEN**Vínculo materno-infantil em el período de postparto:**

Introducción: Vinculación materna es un proceso de adaptación entre la madre y el bebé durante el embarazo que comienza y se desarrolla lenta y gradualmente. Esta conexión entre madre y niño se considera una adaptación clave para la preservación de la vida y constituye la base de la salud mental del bebé y el cuidado materno. **Objetivo:** Determinar, a través de instrumentos estructurados, las características demográficas socioeconómicas culturales y el embarazo en el apego materno, en el postparto. Se trata de un estudio descriptivo correlacional, utilizando una metodología cuantitativa. Docientas mujeres en situación de postparto entre enero y febrero de 2014 fueron entrevistadas en el Hospital Materno Infantil de San José de Rio Preto, en el Estado de San Pablo, Brasil, a través de un cuestionario estructurado y un instrumento validado. **Resultados:** El tipo de parto no influyó en relación al apego materno; ya el embarazo no deseado influyó negativamente; así también, el hecho de necesitar esperar para embarazarse no influyó en el apego materno. **Conclusiones:** Se espera que este estudio determine cambios en la práctica de enfermería, considerando como objetivo una mejora en la práctica de la atención, el fortalecimiento de la relación madre/bebé, y en general, la calidad de la atención que los padres ofertan en esta nueva etapa de sus vidas.

Palabras clave: 1. Atención de Enfermería; 2. Vínculo; 3. Enfermería Neonatal.

Introduction: The maternal bonding is an adaptation process between mother and baby, starting in pregnancy and developing slowly and gradually. This bonding between mother and child is considered a fundamental adaptation for the preservation of life and constitutes the base of the baby's mental health and of the maternal care. **Objective:** To determine, through structured instruments, sociodemographic economic cultural and motherhood characteristics and the maternal attachment in the postpartum. **Method:** It is a correlational analytical descriptive study, using a quantitative methodology. 200 postpartum women were interviewed from January to February 2014, at the Children's Hospital and Maternity of São José do Rio Preto-SP through a structured questionnaire and a validated instrument. **Results:** The type of delivery by the pregnant woman during prenatal care did not influence the maternal bonding, the undesirability of the pregnancy influenced negatively and, different from the expected, the companion during childbirth did not influence the binding. **Conclusion:** It is hoped with this study a change in nursing practice, aiming at an improvement in the practice of care, strengthening the relationship between mother/baby and the quality of the spent care by parents to this new being in development.

Keywords: 1. Nursing care; 2. Bonding; 3. Neonatal nursing

INTRODUÇÃO

O período gravídico-puerperal envolve grandes mudanças no organismo da mulher, assim como no relacionamento conjugal e na situação sócio-econômica da família. Desde o início da gravidez pode ser iniciada a formação da vinculação pais e filho, ocorrendo a reestruturação da rede de intercomunicação familiar.¹ A vinculação materna constitui um relacionamento emocional único, específico e duradouro de adaptação mútua entre a mãe e seu bebê, a partir da gestação.²

O bebê humano depende de um adulto cuidador para sua proteção e desenvolvimento, durante os primeiros anos de vida. A mãe representa o principal cuidador e a ligação do bebê à mãe ou qualquer outro adulto cuidador, é considerada uma adaptação fundamental para a preservação da vida.³⁻⁵ A base da saúde mental do bebê fica revelada nas interações que levam à relação calorosa e contínua com a mãe e o amor entre eles vai sendo construído. È na concretude das interações que o amor é construído entre estes dois seres humanos particulares.⁶⁻⁷

O pediatra e psicanalista Winnicott concentrou investigações na relação mãe-filho e no processo de vinculação, partindo do pressuposto que o bem estar da família e da sociedade derivam da saúde emocional do indivíduo.²⁻⁸ Para este estudioso, do final da gestação até as primeiras semanas após o nascimento do filho, a mulher entra em um estado que denominou como “Preocupação Materna Primária”. Considerou como um período de quase doença, de forma que a mãe precisa estar saudável para entrar neste processo e recuperar-se no período normal.³⁻⁸

Algumas mulheres não conseguem passar facilmente pela fase de “doença normal”, por estarem por demais absorvidas em atividades e preocupações que não permitem que vivenciem a vinculação com o bebê. Em outro extremo há mães que se

preocupam excessivamente com seu bebê, por um período prolongado de tempo, abdicando do seu próprio *self* e da interação familiar. Gradualmente a mãe vai deixando de se preocupar com seu filho, ocorrendo uma espécie de “desmame”. Então, por essa linha de raciocínio, as mães que não estabeleceram o processo de vínculo não efetuam o desmame, já que nunca se ligaram ao filho, enquanto aquelas patologicamente ligadas são incapazes do desmame. A mãe que assume o estado de “Preocupação Materna Primária” torna-se uma pessoa muito vulnerável e deve ser protegida por uma teia familiar de cuidados.⁸

Winicott caracterizou as funções da mãe suficientemente boa em *holding*, *handling* ou manipular e apresentar objetos, descritos como segue:

- O *holding* é caracterizado pela forma como a mãe segura o filho no colo, sendo ao mesmo tempo uma experiência física e simbólica, que significa a firmeza com que é amado e desejado como filho. Um *holding* ineficiente pode trazer ao bebê a sensação de despedaçamento.
- O *handling* ou manipulação contribui para a formação do sentido do real, estimulando o desenvolvimento do tônus muscular e da coordenação, é conhecer o corpo através das mãos cuidadosas da mãe. É a maneira como o bebê é tratado e manipulado.
- A apresentação dos objetos ou realização dá início à capacidade do bebê relacionar-se com objetos, desenvolvendo a capacidade no bebê de sentir-se real em relação ao mundo dos objetos e dos fenômenos.⁸

As primeiras relações mãe/filho influenciam a qualidade do funcionamento psíquico definitivo de uma pessoa, formatando as bases de sua personalidade.⁸ Em estudo mais recente, imagens do cérebro de crianças revelaram que o amor materno

afeta fisicamente o volume do hipocampo. Filhos criados com amor tiveram o hipocampo aumentado em 10% em relação às crianças que não foram tratadas com carinho pelas mães. Pode-se afirmar com segurança que o ambiente psicossocial tem um impacto material sobre a forma como o cérebro humano se desenvolve.⁹⁻¹¹

Para os pais ou cuidadores a vinculação é uma circunstância determinante para a qualidade da interação e dos cuidados que serão prestados para a criança, que exercerá forte influência sobre o seu desenvolvimento.³ Neste enfoque foi elaborado e validada a escala Bonding, que destina-se a avaliar a qualidade da vinculação dos pais com o bebê. Esta escala mostra ser um instrumento adequado, com índices satisfatórios de fidelidade e validade, de uso fácil e rápido, com a vantagem de ser bem aceita pelos pais, não interferindo com as rotinas habituais do período puerperal.¹⁰

A Escala de Bonding, uma versão ampliada da Escala *Mother Baby Bonding Questionnaire*, avalia a vinculação das puérperas com os filhos de um modo prático e simples, com duração média de aplicação de dois minutos.¹⁰

A necessidade de se respeitar e fomentar os caminhos escolhidos para conduzirem a vinculação, o limitado número de estudos elaborados por enfermeiros sobre o tema e a importância da vinculação para o estabelecimento de bases sólidas para a interação e cuidados adequados ao bebê justificam a efetuação deste estudo.

Ante tais considerações, o **Objetivo** deste estudo foi avaliar a vinculação materna no puerpério imediato com a aplicação de Escala de Bonding e associar com as variáveis sociodemográficas, culturais e de caracterização da gestação.

Materiais e métodos

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, com investigação descritiva analítica, correlacional, a coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2014. O local do estudo foi o Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto, caracterizado como uma unidade de um hospital de ensino, vinculado a uma instituição fundacional, que representa o principal campo de ensino prático de uma faculdade pública. Este hospital materno-infantil conta com um total de 205 leitos, sendo 34 (16,6%) destinados à maternidade. Os dados foram coletados no período vespertino a beira do leito das puérperas.

De um total de 732 partos ocorridos no período de coleta de dados, a amostra da pesquisa foi constituída por 200 puérperas que tiveram seus partos realizados na maternidade campo de estudo do primeiro ao décimo dia pós-parto e consentiram em participar, após o entendimento sobre a pesquisa e assinatura do termo de consentimento (Apêndice 2). Foram excluídas as puérperas que não sabiam ler e escrever, que tinham algum motivo médico que impossibilitava que escrevessem ou que não consentiram, após serem adequadamente informadas sobre a pesquisa.

Para atender ao objetivo proposto, foram coletadas variáveis de caracterização amostral quanto a dados sóciodemográficos, econômicas, culturais e de características da gestação por meio de entrevista estruturada. Os dados foram associados aos resultados da Escala de Bonding para análise do nível de vinculação materna no puerpério imediato.

As variáveis de caracterização sociodemográficas, econômicas e culturais foram: idade, estado de origem, cidade onde reside atualmente, religião, cor referida, estado

civil, leitura de jornal, escutar rádio, assistir televisão, escolaridade, carteira de trabalho assinada, renda familiar e pessoas que habitam na mesma residência. Os dados coletados para caracterização da gestação foram: desejo de engravidar, serviço utilizado para o pré-natal, efetuação do pré-natal, número de consultas do pré-natal, profissional que examinou durante o pré-natal, efetuação do cartão de pré-natal, informação sobre a maternidade onde seria efetuado o parto, tipo de parto, acompanhante durante o parto, dores durante o parto, idade gestacional e contato pele a pele. (Apêndice 2).

As variáveis associadas com a Escala de Bonding foram: desejo de engravidar, serviço utilizado para o pré-natal, tipo de parto, dores durante o parto, contato pele a pele, acompanhante durante o parto e estado civil. A ocorrência de aborto foi estudada, mas não mostrou significância.

A Escala de Bonding (Apêndice 3), representa uma versão ampliada da Escala *Mother Baby Bonding Questionnaire*, constituída por 12 itens de auto relato, que são adjetivos de fácil compreensão, que busca avaliar especificamente o investimento mental que o bebê ocupa no universo representativo dos pais.⁶

Constitui uma escala do tipo Lickert entre 0 e 3 pontos, sendo 0 a menor pontuação e 3 a maior. As puérperas devem descrever a forma como se sentem em relação ao filho no momento específico em que preenchem as respostas, assinalando nos adjetivos se ocorrem da maior para a menor pontuação: muito, bastante, um pouco ou de modo nenhum naquele momento, a leitura e interpretação dos itens devem ser feitas pela própria puérpera.

No instrumento são identificadas três subescalas: ¹⁰Bonding Positivo, constituído por três itens: afetuoso, protetor e alegre, avalia a vinculação positiva; Bonding Negativo avalia a vinculação negativa, constituída por seis itens: zangado, agressivo,

triste, ressentido, desgostoso, desiludido; Bonding *Not Clear* que sinaliza a presença de emoções não claramente relacionadas com a vinculação: receoso, possessivo, neutro ou sem sentimentos.

O estudo psicométrico do instrumento mostra níveis razoáveis de consistência interna (Alpha de Cronbach de 0.71) e nos índices de fidelidade teste reteste (Coeficiente de Correlação Spearman de 0.49, $p < 0.01$), o que caracteriza o instrumento como satisfatório em fidelidade e validade.¹⁰

A consistência dos dados foi testada pela aplicação do teste Alfa de Cronbach e as comparações realizadas foram embasadas por testes não paramétricos: Mann-Whitney para comparação de dois grupos amostrais e Kruskal-Wallis para a comparação de mais de dois grupos amostrais. Todos os testes estatísticos foram aplicados com nível de significância de 0,05 (5%). O software utilizado foi o Minitab v.15.¹²

O alfa de Cronbach permite avaliar a estabilidade das respostas, a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de uma mesma escala. É um indicador da consistência interna dos dados, ou seja, ele avalia os itens de forma individual e avalia, também, a escala como um todo, baseado na consistência individual de cada item. Geralmente, existem itens que podem ser descartados a fim de aumentar a consistência interna dos dados e isso é realizado quando um dos itens não é entendido claramente pelos respondentes, ou o item é confuso e de difícil entendimento e compreensão.¹²

O estudo foi realizado em consonância com as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Parecer n.

168.636/2012. (Anexo 1) .

A **Tabela 1** mostra os percentuais referentes às variáveis de caracterização amostral das puérperas avaliadas no estudo.

Tabela 1. Percentuais referentes às variáveis de caracterização sociodemográfica, econômica e cultural das puérperas avaliadas no estudo.

Caracterização amostral	n	%
<i>Porte da cidade natal</i>	200	100
Capital	9	4,50
Grande	55	27,50
Pequena	124	62,00
Rural	12	6,00
<i>Estado</i>	187	100
São Paulo	162	86,63
Outros	25	13,37
<i>Cidade onde mora atualmente</i>	200	100
São José do Rio Preto	67	33,50
Outras	133	66,50
<i>Lê jornal</i>	200	100
1 vez ao mês	2	1,00
Diariamente	87	43,50
Menos de 1 vez ao mês	70	35,00
Menos de 1 vez na semana	14	7,00
Não	27	13,50
<i>Escuta rádio</i>	200	100
Diariamente	173	86,50
Menos de 1 vez ao mês	11	5,50
Menos de 1 vez na semana	7	3,50
Não	9	4,50
<i>Assiste Televisão</i>	200	100
Diariamente	199	99,50
Menos de 1 vez ao mês	1	0,50
<i>Religião</i>	199	100
Católica	115	57,79
Espírita	7	3,52
Evangélica	56	28,14
Nenhuma	21	10,55
<i>Cor referida</i>	200	100
Branca	120	60,00
Parda	59	29,50
Negra	21	10,50
<i>Estado civil</i>	199	100
Casada	175	87,94
Solteira ou separada	24	12,06
<i>Escolaridade</i>	199	100
Fundamental	50	25,13
Médio	103	51,76
Superior	46	23,12
<i>Carteira assinada</i>	200	100
Não	102	51,00
Sim	98	49,00
<i>Renda familiar</i>	173	100
Até 1salário mínimo vigente	12	6,94
1 a 2 salário mínimo vigente	78	45,09
2 a 3 salário mínimo vigente	42	24,28
Mais de 3 salário mínimo vigente	41	23,70
<i>Pessoas na mesma residência</i>	148	100
2 pessoas	23	15,54
3 pessoas	75	50,68
4 pessoas	50	33,78

A idade das puérperas avaliadas apresentou média de 26,4 anos com desvio padrão de 6,9 anos e mediana de 26 anos. Foi observada a presença de um valor discrepante (outlier) superior (46,00 anos) que influenciou a média da distribuição da idade das puérperas. A idade mínima verificada foi de 14 anos e a máxima de 46 anos. Os dados referentes à idade das puérperas não seguiram distribuição normal.

A idade de início da atividade sexual apresentou média de 16,9 anos com desvio padrão de 3,7 anos e mediana de 16 anos. Vários outliers superiores foram encontrados, sendo caracterizados por idades superiores a 23 anos. Esses valores foram responsáveis por determinar a não normalidade desses dados. A idade mínima foi de 11 anos e a máxima de 40 anos.

Verifica-se que 87,9% das puérperas eram casadas, 60% se declararam brancas, 94% viviam em área urbana, 51,7 concluíram o ensino médio, 67,5% atendidas pelo sistema único de saúde, 80% tiveram parto ce´sarea e 76% tinham gestações com idade gestacional superior á 36 semanas.

A **Tabela 2** mostra os percentuais referentes às variáveis de caracterização da gravidez das puérperas avaliadas no estudo.

Tabela 2. Percentuais referentes às variáveis de caracterização da gestação das puérperas avaliadas no estudo.

Caracterização da gravidez	n	%
<i>Gravidez desejada</i>	200	100
Queria esperar mais tempo	39	19,50
Não queria mais engravidar	21	10,50
Queria naquele momento	140	70,00
<i>Pré-natal</i>	200	100
Sim	200	100
<i>Quando iniciou o pré-natal</i>	200	100
Até 1 mês	72	36,00
De 1 a 2 meses	69	34,50
Mais de 2 meses	59	29,50
<i>Número de consultas no pré-natal</i>	199	100
Até 5 consultas	19	9,55
De 6 a 10 consultas	128	64,32
Mais de 10 consultas	52	26,13
<i>Serviço utilizado</i>	200	100
Convênio	63	31,50
Particular	2	1,00

Sistema Único de Saúde	135	67,50
<i>Quem examinou durante a consulta</i>	200	100
Médico	198	99,00
Médico e enfermeiro	2	1,00
<i>Cartão pré-natal</i>	200	100
Não	5	2,50
Sim	195	97,50
<i>Foi informada da maternidade</i>	200	100
Não	75	37,50
Sim	125	62,50
<i>Parto atual</i>	200	100
Cesárea	160	80,00
Normal	40	20,00
<i>Acompanhante durante o parto</i>	200	100
Não	26	13,00
Sim	174	87,00
<i>Dores durante o parto</i>	199	100
Não	136	68,34
Sim	63	31,66
<i>Contato pele a pele</i>	198	100
Não	108	54,55
Sim	90	45,45
<i>Idade gestacional</i>	198	100
28 a 36 semanas	46	23,32
37semanas	17	8,58
38 semanas	70	35,35
39 semanas	43	21,71
Mais de 40 semanas	22	11,11

Quando avaliada isoladamente a Escala de Bonding demonstrou elevados escores para o Bonding positivo e baixos escores para o Bonding negativo e neutro, demonstrando que as puérperas desenvolveram boa vinculação com o bebê, visto que todos os itens da escala positiva apresentaram escores médios semelhantes (Md 0,3).

A **Tabela 3** mostra os resultados das subescalas de Bonding, em comparação se gravidez foi desejada ou planejada. Os resultados mostram que o fato de a gravidez ser desejada ou não, influenciou na agressividade, tristeza, desilusão e receio das puérperas avaliadas. Puérperas que não esperavam a gravidez apresentaram-se mais agressivas do que as mulheres que disseram que a gravidez estava no momento certo ($P=0,020$). O mesmo resultado foi possível de ser observado para o domínio triste, ou seja, puérperas que não esperavam a gravidez apresentaram-se mais tristes do que as que relataram que a gravidez foi no momento certo ($P=0,008$).

Puérperas que relataram gravidez no momento certo ou que precisavam esperar o momento certo mostraram-se menos desiludidas em relação às puérperas que não gostariam de ter engravidado ($P<0,001$). Em relação ao domínio receosa, puérperas que gostariam de esperar o momento certo apresentaram-se mais receosas do que as que relataram não querer engravidar ($P=0,012$).

Tabela 3. Estatísticas descritivas do Bonding em relação à gravidez desejada.

Itens	Gravidez desejada	N	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
Afetuosos	Esperar	39	2,71±0,64	3,00	0,150
	Não queria	20	2,55±0,88	3,00	
	No momento	137	2,81±0,57	3,00	
Protetora	Esperar	39	2,66±0,70	3,00	0,665
	Não queria	20	2,75±0,44	3,00	
	No momento	134	2,79±0,43	3,00	
Alegre	Esperar	38	2,78±0,52	3,00	0,305
	Não queria	21	2,66±0,57	3,00	
	No momento	136	2,80±0,50	3,00	
Zangada	Esperar	38	0,10±0,50	0,00	0,426
	Não queria	21	0,00±0,00	0,00	
	No momento	134	0,03±0,28	0,00	
Agressiva	Esperar	38	0,07±0,48	0,00 ^{ab}	0,020
	Não queria	21	0,28±0,78	0,00 ^a	
	No momento	134	0,02±0,14	0,00 ^b	
Triste	Esperar	38	0,18±0,60	0,00 ^{ab}	0,008
	Não queria	21	0,33±0,79	0,00 ^a	
	No momento	135	0,05±0,38	0,00 ^b	
Ressentida	Esperar	38	0,00±0,00	0,00	0,168
	Não queria	20	0,05±0,22	0,00	
	No momento	135	0,00±0,08	0,00	
Desgostosa	Esperar	38	0,02±0,16	0,00	0,170
	Não queria	20	0,15±0,48	0,00	
	No momento	135	0,03±0,28	0,00	
Desiludida	Esperar	38	0,00±0,00	0,00 ^b	<0,001
	Não	20	0,15±0,36	0,00 ^a	
	No momento	135	0,00±0,08	0,00 ^b	
Neutra	Esperar	38	0,07±0,48	0,00	0,740
	Não queria	20	0,00±0,00	0,00	
	No momento	135	0,06±0,40	0,00	
Possessiva	Esperar	38	0,00±0,00	0,00	0,168
	Não queria	20	0,05±0,22	0,00	
	No momento	135	0,00±0,08	0,00	
Receosa	Esperar	38	1,08±1,18	1,00 ^a	0,012
	Não queria	20	0,30±0,47	0,00 ^b	
	No momento	135	0,48±0,66	0,00 ^b	

A **Tabela 4** mostra os resultados das subescalas de Bonding quando comparados em relação ao serviço utilizado. Puérperas que utilizaram o convênio mostraram-se mais alegres do que as que foram atendidas em UBSF e essa diferença se mostrou significativa ($P=0,012$). Em relação aos demais domínios não foi possível observar diferenças significativas.

Tabela 4. Estatísticas descritivas do Bonding em relação ao serviço utilizado durante o pré-natal. São José do Rio Preto, 2014.

Itens	Serviço	N	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
Afetuosa	Convênio	63	2,88±0,36	3,00	0,151
	SUS	131	2,71±0,71	3,00	
Protetora	Convênio	61	2,83±0,45	3,00	0,102
	SUS	130	2,73±0,52	3,00	
Alegre	Convênio	61	2,93±0,24	3,00	0,012
	SUS	132	2,73±0,57	3,00	
Zangada	Convênio	61	0,00±0,00	0,00	0,122
	SUS	130	0,06±0,39	0,00	
Agressiva	Convênio	61	0,01±0,12	0,00	0,304
	SUS	130	0,08±0,43	0,00	
Triste	Convênio	61	0,01±0,12	0,00	0,094
	SUS	131	0,13±0,53	0,00	
Ressentida	Convênio	61	0,00±0,00	0,00	0,335
	SUS	130	0,01±0,12	0,00	
Desgostosa	Convênio	61	0,01±0,12	0,00	0,413
	SUS	130	0,06±0,34	0,00	
Desiludida	Convênio	61	0,00±0,00	0,00	0,169
	SUS	130	0,03±0,17	0,00	
Neutra	Convênio	61	0,00±0,00	0,00	0,122
	SUS	130	0,09±0,48	0,00	
Possessiva	Convênio	61	0,00±0,00	0,00	0,335
	SUS	130	0,01±0,12	0,00	
Receosa	Convênio	61	0,49±0,62	0,00	0,726
	SUS	129	0,62±0,89	0,00	

A **Tabela 5** mostra os resultados das subescalas de Bonding em relação ao tipo de parto atual. O tipo de parto realizado não interferiu de forma significativa no vínculo entre a mãe e o bebê.

Tabela 5. Estatísticas descritivas do Bonding em relação ao tipo de parto atual. São José do Rio Preto, 2014.

Itens	Tipo de parto	N	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
-------	---------------	---	-----------------	----	---------

Afetuosa	Cesárea	158	2,76±0,65	3,00	0,887
	Normal	38	2,78±0,52	3,00	
Protetora	Cesárea	156	2,76±0,52	3,00	0,888
	Normal	37	2,78±0,41	3,00	
Alegre	Cesárea	156	2,79±0,50	3,00	0,807
	Normal	39	2,76±0,58	3,00	
Zangada	Cesárea	156	0,05±0,35	0,00	0,976
	Normal	37	0,02±0,16	0,00	
Agressiva	Cesárea	156	0,07±0,39	0,00	0,731
	Normal	37	0,02±0,16	0,00	
Triste	Cesárea	156	0,12±0,54	0,00	0,760
	Normal	38	0,05±0,22	0,00	
Ressentida	Cesárea	155	0,01±0,11	0,00	0,488
	Normal	38	0,00±0,00	0,00	
Desgostosa	Cesárea	155	0,03±0,22	0,00	0,875
	Normal	38	0,07±0,48	0,00	
Desiludida	Cesárea	155	0,01±0,11	0,00	0,126
	Normal	38	0,05±0,22	0,00	
Neutra	Cesárea	155	0,05±0,38	0,00	0,981
	Normal	38	0,07±0,48	0,00	
Possessiva	Cesárea	155	0,01±0,11	0,00	0,488
	Normal	38	0,00±0,00	0,00	
Receosa	Cesárea	155	0,61±0,82	0,00	0,135
	Normal	37	0,43±0,76	0,00	

A **Tabela 6** mostra os resultados das subescalas de Bonding em relação à ocorrência de trabalho de parto. O tipo de parto não influenciou de forma significativa nos domínios que avaliam o vínculo entre a mãe e o bebê. Todos os valores P resultaram superiores ao nível de significância empregado.

Tabela 6. Estatísticas descritivas do Bonding em relação à ocorrência de dores durante o parto. São José do Rio Preto, 2014.

Itens	Tipo de parto	N	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
-------	---------------	---	-----------------	----	---------

Afetuosa	Cesárea	158	2,76±0,65	3,00	0,887
	Normal	38	2,78±0,52	3,00	
Protetora	Cesárea	156	2,76±0,52	3,00	0,888
	Normal	37	2,78±0,41	3,00	
Alegre	Cesárea	156	2,79±0,50	3,00	0,807
	Normal	39	2,76±0,58	3,00	
Zangada	Cesárea	156	0,05±0,35	0,00	0,976
	Normal	37	0,02±0,16	0,00	
Agressiva	Cesárea	156	0,07±0,39	0,00	0,731
	Normal	37	0,02±0,16	0,00	
Triste	Cesárea	156	0,12±0,54	0,00	0,760
	Normal	38	0,05±0,22	0,00	
Ressentida	Cesárea	155	0,01±0,11	0,00	0,488
	Normal	38	0,00±0,00	0,00	
Desgostosa	Cesárea	155	0,03±0,22	0,00	0,875
	Normal	38	0,07±0,48	0,00	
Desiludida	Cesárea	155	0,01±0,11	0,00	0,126
	Normal	38	0,05±0,22	0,00	
Neutra	Cesárea	155	0,05±0,38	0,00	0,981
	Normal	38	0,07±0,48	0,00	
Possessiva	Cesárea	155	0,01±0,11	0,00	0,488
	Normal	38	0,00±0,00	0,00	
Receosa	Cesárea	155	0,61±0,82	0,00	0,135
	Normal	37	0,43±0,76	0,00	

A **Tabela 7** mostra os resultados das subescalas de Bonding em relação à ocorrência do contato pele a pele imediatamente após o parto. Os resultados evidenciam a influência do contato pele a pele (mãe-bebê) no domínio referente à tristeza ($P=0,037$), sendo que as puérperas que não tiveram esse contato com o recém-nascido mostraram-se significativamente mais tristes em relação às puérperas que tiveram tal contato com o bebê.

Tabela 7. Estatísticas descritivas do Bonding em relação à ocorrência do contato pele a pele. São José do Rio Preto, 2014.

Itens	Contato pele a pele	N	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
<i>Afetuosos</i>	Não	106	2,79±0,59	3,00	0,474
	Sim	88	2,73±0,66	3,00	
<i>Protetora</i>	Não	104	2,79±0,49	3,00	0,320
	Sim	87	2,73±0,51	3,00	
<i>Alegre</i>	Não	105	2,76±0,59	3,00	0,802
	Sim	88	2,84±0,36	3,00	
<i>Zangada</i>	Não	103	0,07±0,43	0,00	0,235
	Sim	88	0,01±0,10	0,00	
<i>Agressiva</i>	Não	103	0,08±0,44	0,00	0,345
	Sim	88	0,03±0,23	0,00	
<i>Triste</i>	Não	104	0,17±0,59	0,00	0,037
	Sim	88	0,04±0,33	0,00	
<i>Ressentida</i>	Não	103	0,01±0,13	0,00	0,192
	Sim	88	0,00±0,00	0,00	
<i>Desgostosa</i>	Não	103	0,07±0,38	0,00	0,141
	Sim	88	0,01±0,10	0,00	
<i>Desiludida</i>	Não	103	0,02±0,16	0,00	0,396
	Sim	88	0,01±0,10	0,00	
<i>Neutra</i>	Não	103	0,08±0,46	0,00	0,242
	Sim	88	0,03±0,31	0,00	
<i>Possessiva</i>	Não	103	0,01±0,13	0,00	0,192
	Sim	88	0,00±0,00	0,00	
<i>Receosa</i>	Não	103	0,66±0,85	0,00	0,117
	Sim	87	0,49±0,76	0,00	

A **Tabela 8** mostra os resultados das subescalas de Bonding em relação à ocorrência de acompanhante durante o parto. Os resultados indicam que a presença de um acompanhante durante o parto não influenciou de forma significativa nos domínios estudados pela escala de Bonding.

Tabela 8. Estatísticas descritivas do Bonding em relação à ocorrência de acompanhante durante o parto. São José do Rio Preto, 2014.

Itens	Acompanhante	n	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
<i>Afetuosos</i>	Não	25	2,48±0,96	3,00	0,194
	Sim	171	2,81±0,55	3,00	
<i>Protetora</i>	Não	24	2,54±0,77	3,00	0,069
	Sim	169	2,79±0,44	3,00	
<i>Alegre</i>	Não	25	2,76±0,66	3,00	0,971
	Sim	170	2,79±0,49	3,00	
<i>Zangada</i>	Não	25	0,04±0,20	0,00	0,650
	Sim	168	0,04±0,34	0,00	
<i>Agressiva</i>	Não	24	0,08±0,28	0,00	0,203
	Sim	169	0,06±0,37	0,00	
<i>Triste</i>	Não	25	0,08±0,27	0,00	0,731
	Sim	169	0,11±0,52	0,00	
<i>Ressentida</i>	Não	25	0,04±0,20	0,00	0,785
	Sim	168	0,00±0,07	0,00	
<i>Desgostosa</i>	Não	25	0,12±0,60	0,00	0,928
	Sim	168	0,03±0,21	0,00	
<i>Desiludida</i>	Não	25	0,00±0,00	0,00	-
	Sim	168	0,02±0,15	0,00	
<i>Neutra</i>	Não	25	0,04±0,20	0,00	0,903
	Sim	168	0,06±0,42	0,00	
<i>Possessiva</i>	Não	25	0,04±0,20	0,00	0,785
	Sim	168	0,00±0,07	0,00	
<i>Receosa</i>	Não	25	0,32±0,62	0,00	0,063
	Sim	167	0,62±0,83	0,00	

A **Tabela 9** mostra os resultados das subescalas de Bonding em relação ao estado civil. Os resultados mostram que o estado civil das puérperas influenciou de forma significativa nos escores do domínio afetuosos, sendo que as puérperas casadas apresentaram escores superiores em relação às mães sem companheiro.

Os resultados também foram avaliados em relação à renda familiar das mães, no entanto, os escores não foram influenciados de forma significativa pela renda familiar, visto que todos os valores P foram superiores a 0,05.

Tabela 9. Estatísticas descritivas do Bonding em relação ao estado civil das mães. São José do Rio Preto, 2014.

Itens	Estado civil	n	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
<i>Afetuosos</i>	Casada	171	2,79±0,61	3,00	0,011
	Sem companheiro	24	2,58±0,71	3,00	
<i>Protetora</i>	Casada	168	2,79±0,47	3,00	0,182
	Sem companheiro	24	2,62±0,64	3,00	
<i>Alegre</i>	Casada	170	2,78±0,53	3,00	0,944
	Sem companheiro	24	2,83±0,38	3,00	
<i>Zangada</i>	Casada	168	0,05±0,35	0,00	-
	Sem companheiro	24	0,00±0,00	0,00	
<i>Agressiva</i>	Casada	168	0,05±0,35	0,00	0,879
	Sem companheiro	24	0,08±0,40	0,00	
<i>Triste</i>	Casada	169	0,10±0,47	0,00	0,644
	Sem companheiro	24	0,16±0,63	0,00	
<i>Ressentida</i>	Casada	168	0,01±0,10	0,00	-
	Sem companheiro	24	0,00±0,00	0,00	
<i>Desgostosa</i>	Casada	168	0,05±0,31	0,00	-
	Sem companheiro	24	0,00±0,00	0,00	
<i>Desiludida</i>	Casada	168	0,02±0,15	0,00	-
	Sem companheiro	24	0,00±0,00	0,00	
<i>Neutra</i>	Casada	168	0,05±0,36	0,00	0,603
	Sem companheiro	24	0,12±0,61	0,00	
<i>Possessiva</i>	Casada	168	0,01±0,10	0,00	-
	Sem companheiro	24	0,00±0,00	0,00	
<i>Receosa</i>	Casada	168	0,54±0,78	0,00	0,178
	Sem companheiro	23	0,82±0,98	1,00	

Discussão

Nesta pesquisa os dados obtidos para a faixa etária predominante vão de encontro aos achados de estudo realizado em Portugal, que obteve a média de idade de 26,6 anos.¹⁰ As mulheres brasileiras em idade reprodutiva representam uma população jovem, pois cerca de 50% são menores de 30 anos.¹³

Em estudo do Ministério da Saúde do Brasil, realizado em 2006– Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, constatou-se os seguintes dados sócio-demográficos:

- 84% das mulheres brasileiras, como as puérperas deste estudo, viviam em áreas urbanas. O processo de urbanização no Brasil foi intenso a partir da década de 80 e em meados da década de 2000 apenas 15% da população brasileira vivia em área rural;
- Com relação à regularidade e intensidade de acesso aos meios de comunicação de massa, 87% das mulheres brasileiras assistiam televisão diariamente, quase metade delas escutava rádio e 11% lia jornal. A puérperas participantes desta pesquisa assistiam televisão diariamente (99,5%), escutavam rádio (86,5) e menos da metade lia jornal (43,5%);
- 80% das mulheres revelaram seguir a religião católica. Também nesta pesquisa predominou a religião católica, em menor proporção (57,7%), seguida pela religião evangélica (28,1%);
- No que se refere à cor da pele 35,8% das mulheres brasileiras residentes na região sudeste do país, se declararam brancas, enquanto nas demais regiões, com exceção da região sul, o predomínio foi de mulheres que se declararam negras (65,7%);

-
- Quando avaliadas quanto ao grau de escolaridade, 50% das mulheres brasileiras ultrapassaram oito anos de estudo, indicando terem concluído o ensino fundamental completo. Neste estudo, 64,3% das mulheres residentes em São José do Rio Preto concluíram o segundo ciclo fundamental ou mais¹³⁻¹⁶Um adequado grau de instrução da população é requisito essencial para o desenvolvimento do país, para garantir o exercício da cidadania e promover a igualdade de oportunidades sociais, entre elas o direito à saúde.¹⁵
 - O estado civil das puérperas participantes deste estudo vai de encontro aos resultados de estudos realizados em Portugal, com maior percentual de mulheres casadas (68,3% a 72,2%).¹⁰⁻¹⁴
 - 54,2% das mulheres em idade reprodutiva declararam estar trabalhando no momento da entrevista durante a realização da Pesquisa Nacional de demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Menos da metade das puérperas deste estudo declararam estar trabalhando no momento da entrevista (49%). Outros estudos brasileiros apontam que o mercado de trabalho mantém-se estável e que há discriminação das mulheres em relação aos homens, bem como dos negros frente aos brancos.¹⁵
 - O número de moradores em um mesmo domicílio, que era de 4,1 em 1996 teve uma queda para 3,4 em 2006, devido a grande queda da fecundidade e ao aparecimento de novos arranjos domésticos, verificando-se que 27% dos domicílios brasileiros tinham apenas três componentes;
 - Quanto à renda média das famílias do estudo demográfico¹³, nos residentes em áreas urbanas, correspondia a R\$1.674,68 (um mil, seiscentos e setenta e quatro reais e sessenta e oito centavos), o equivalente a dois salários mínimos vigentes

na época, resultados semelhantes aos encontrados entre as puérperas do estudo. Vale destacar que em 2006 foi divulgada uma melhoria das condições de vida da população com mobilidade social e melhor distribuição de renda.¹³⁻¹⁷

- Mulheres com maior escolaridade e integrantes de classes econômicas mais altas tiveram chances significativamente maiores de realizar pelo menos seis consultas de pré-natal e a consulta do puerpério. Isso demonstra que apesar da universalização do acesso ao sistema de saúde durante a gestação, o pré-natal e o parto, ainda persistem desigualdades regionais, sociais e econômicas, neste estudo 90,4% das puérperas efetuaram acima de 6 consultas de pré-natal;¹³
- Na região sudeste do país 66,3% das mulheres entrevistadas referiram ter informações prévias sobre a maternidade a ser procurada para a resolução do parto e 95,7% possuíam o cartão de pré-natal;¹³
- No total de partos realizados no país 48,3% foram os índices de cesarianas, no censo de 2006, sendo maior na região sudeste (51,7%). Em São José do Rio Preto o número de partos cesáreas supera em muito tais índices (86,4%). Em estudos realizados na cidade de São José do Rio Preto, verificou-se alta incidência de cesarianas desnecessárias, sendo relatado que várias mulheres viam a cesárea como um bem de consumo;^{13,16-25}
- Na região sudeste apenas 18% das mulheres tiveram a presença de um acompanhante no momento do parto, evidenciando a persistência do modelo intervencionista de assistência ao parto, ainda que por contraste tenha aumentado o número de hospitais estruturados para atenção humanizada ao parto.¹³⁻²⁵ Neste estudo os resultados diferem, já que 87% das parturientes tiveram acompanhantes;

- Com relação ao tipo serviços de saúde utilizado, as brasileiras da região sudeste do país 65,9% utilizaram o SUS para o pré-natal e 70,4% para o serviço de parto, índices semelhantes ao deste estudo.¹³
- A gravidez indesejada ou não planejada é caracterizada um indicador da falha do controle do processo reprodutivo, os resultados do estudo demonstraram porcentagens de gravidez indesejada superiores ao do panorama nacional que foi de 18,2%;

A saúde reprodutiva implica que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, garantindo ao indivíduo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes o deve fazer.¹⁸ A gravidez indesejada é considerada um indicador da falha no controle do processo reprodutivo.¹³

O cuidado ao longo da gestação parto e puerpério tem papel fundamental na redução da morbimortalidade materna e neonatal, tendo a assistência à reprodução papel de destaque na prevenção de agravos à saúde da mulher. Neste aspecto, a assistência pré-natal constitui uma das mais antigas ações desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde para corroborar a melhoria da atenção à maternidade.¹³⁻¹⁹

O programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, lançado em 2000, define os procedimentos mínimos a serem realizados durante a evolução do ciclo gravídico-puerperal, incluindo a primeira consulta no primeiro trimestre e pelo menos seis consultas ao longo da gestação e uma no puerpério, exames laboratoriais e imunização antitetânica.¹³⁻¹⁹

Neste estudo 90% das puérperas efetuaram mais de 6 consultas no pré-natal, demonstrando índices superiores às mulheres da região sudeste que foi de 88,2%.¹³ Estudo realizado em Campinas cidade do interior paulista evidenciou que 72,3% das

mulheres residentes no município tiveram acima de 6 consultas no pré-natal, independente da classe social.²⁰

Neste estudo, apenas duas (1%) puérperas foram atendidas por médico e enfermeira no pré-natal, uma realidade diferente da ocorrida em estudo realizado Rio Branco no Acre, em unidade de saúde coletiva onde as enfermeiras acompanhavam integralmente a assistência às gestantes de baixo risco, embora apenas 11,7% tivessem especialização em obstetrícia.²¹

A participação dos enfermeiros é fundamental para o fortalecimento da assistência pré-natal,²¹ que deve ser organizada para atender às reais necessidades da gestante, mediante utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos disponíveis mais adequados para cada caso.²² Lembra-se que a consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhada pelo enfermeiro, o que é garantido pela lei do exercício profissional. Mesmo assim, poucos enfermeiros atuam na assistência direta à mulher, durante o ciclo gravídico-puerperal.^{23,24}

Diferente do esperado o tipo de parto atual não influenciou de forma significativa, qualquer domínio da Escala de Bonding. Em estudo realizado no município de São Paulo, visando compreender o momento do parto e do nascimento em mulheres usuárias de convênios, concluiu-se que os sentimentos das puérperas usuárias do SUS diferem dos sentimentos das puérperas usuárias de convênios, a falta de garantia de vagas para o parto pode gerar grande insegurança, medo e ansiedade, assim como não poder ser acompanhada pelo marido e ter a sua assistência no parto efetuada por profissionais desconhecidos. As usuárias de convênios tem uma vinculação com a equipe obstétrica que as atende e geralmente a experiência do parto é vista como de

qualidade. Já as puérperas usuárias do SUS geralmente não têm o poder de manifestar as suas preferências e decisões.²⁷

Os planos privados de assistência à saúde atuam como um fator de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços, cobrindo apenas parcelas específicas da população em que predominam pessoas de maior renda.²⁸ Os resultados deste estudo se assemelham com tais pesquisas, identificando uma significativa diferença entre as mulheres de planos privados de saúde, que se apresentam mais alegres do que as puérperas que foram atendidas em UBSF.

A família constitui uma importante entidade social, determinante no estabelecimento de valores e crenças que contribuem para a formação dos membros que a constituem, as experiências vivenciadas no contexto familiar contemplam um viver e conviver de singularidades, um dos maiores enfrentamentos vividos pela família é o momento de gerar filhos, considerado uma fase vital do núcleo familiar¹. Este núcleo tende a sofrer transições e o sentimento de maternagem e paternagem é despertado emergindo junto as transformações do corpo gestacional e do ambiente.²⁹⁻³⁰

A ligação materno-fetal existe desde o início da gravidez e se intensifica gradualmente com o desenvolvimento da gestação.¹⁻⁴ Desejar e programar um filho são aspectos importantes que permeiam os sentimentos de aceitação em tornar-se mãe. No entanto, as mulheres encontram formas positivas de enfrentamento, mesmo quando não há programação da gravidez, inclusive no que concerne uma gestação de alto risco.³¹

Os resultados mostram que o fato de a gravidez ser desejada ou não influencia na agressividade, tristeza, desilusão e receio das puérperas avaliadas. Puérperas que não esperavam a gravidez apresentaram-se mais agressivas do que as puérperas que disseram que a gravidez estava no momento certo, apresentando influência significativa

nos resultados dos domínios Negativo e Not Clear da Escala de Bonding.

A promoção do contato pele a pele é um indicador de qualidade na atenção ao parto humanizado.³² Em portaria recente o Ministério da Saúde instituiu novas diretrizes para atenção integral e humanizada ao recém nascido, estabelecendo que o contato pele a pele deve ser assegurado imediatamente após o parto e de forma contínua, colocando o neonato sobre o abdome ou tórax da puérpera de acordo com sua vontade e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida assegurando a manutenção da temperatura.³³

Estudo realizado no Paraná descreve que apenas 5,3% dos bebês nascidos de parto normal e 1,8 dos nascidos de parto cesáreo permaneceram por pelo menos trinta minutos com suas mães, ações que podem prejudicar tanto a vinculação materna com a promoção do aleitamento materno.³⁴ Outro estudo realizado em Santa Catarina evidencia a assistência de enfermagem como contributo significativo para o estabelecimento do contato pele a pele e que as mães consideram o contato precoce positivo.³⁵

Em um estudo realizado em uma maternidade pública no estado da Bahia, verificou-se que os profissionais de enfermagem envolvidos na promoção do contato pele a pele falhavam ao aproximar a mãe e o neonato. Não se preocupavam com medidas que podiam auxiliar a mãe a efetuar este primeiro contato de forma efetiva, além de não informarem a mulher, solicitando seu consentimento para fazê-lo.³⁶

Geralmente o contato estabelecido é breve e as puérperas continuam com dúvidas e ansiedades, pois o curto período não permite o reconhecimento adequado entre mãe e filho.³⁶ Outro estudo realizado em Santa Catarina que objetivou identificar e analisar os sentimentos expressados pelas mães no primeiro contato com seus filhos, evidenciou que os primeiros momentos que se seguem o nascimento revelam uma fase sensível, sendo uma oportunidade preciosa para a mãe ser sensibilizada pelo seu bebê.³⁷

No contato pele a pele há uma imensa troca entre mãe e filho, dando oportunidade ao início da vinculação. Algumas puérperas apresentam-se apreensivas com características do neonato logo após o nascimento. Entretanto, se há uma equipe disposta a esclarecê-la tais apreensões se transformam em fatores motivadores de vinculação.³⁷

Visando compreender como o momento do parto era percebido pelas mães, em um estudo realizado por enfermeiras do estado de São Paulo, conclui-se que as mães investigadas não conseguiam perceber a importância do contato inicial para a promoção do vínculo. As autoras atribuíram às características socioculturais das mães participantes do estudo pela falta de valorização ao contato inicial com o bebê.³⁸

Neste estudo constatou-se a influência pela Escala de Bonding Negativa, o domínio triste foi significativamente maior entre as puérperas que não tiveram o contato pele a pele com o neonato, em relação àquelas que estabeleceram este contato na sala de parto, imediatamente após o nascimento.

Em um estudo qualitativo realizado na cidade de Fortaleza foi avaliada a percepção de puérperas acerca da participação do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, concluiu-se que, algumas mulheres mostraram indiferença à ausência de acompanhante, que somente a presença de acompanhante não foi considerada suporte, mas deve-se levar em consideração a escolha da mulher de uma pessoa que tenha ligação com o transcorrer da gestação e alto grau de vinculação.³⁹

Quanto ao significado da experiência de acompanhar o trabalho de parto e parto pelos pais, mesmo não realizando atividades ligadas ao trabalho de parto e parto, ou simplesmente permanecendo em silêncio, alguns pais consideram sua presença

importante, considerando fonte de segurança, carinho e conforto para as mulheres acompanhadas.⁴⁰

A presença do acompanhante embora reconhecida legalmente, é uma questão complexa para a equipe de saúde devido à falta de uma delimitação clara e objetiva do seu espaço no contexto do parto, flutuando o papel do acompanhante entre uma presença apenas física ou de provedor de suporte durante o parto, ambos descritos como importantes pelas mulheres assistidas durante a parturição.^{41,42}

Embora seja um direito da mulher a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, em pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde, apenas 10% das mulheres contaram com a presença de acompanhante na sala de parto. Tal índice foi justificado pela falta de infraestrutura de grande parte das maternidades brasileiras, alegando-se que para acolher um acompanhante, acaba esbarrando na privacidade das demais puérperas. Também vale ressaltar a resistência das equipes de saúde que temem que o acompanhante possa atrapalhar a rotina de trabalho estabelecida.^{13,42}

Em estudo com 105 parturientes no Ceará, concluiu-se que embora o acompanhante não tenha um papel bem delimitado e condições de desempenhar ações que realmente o façam uma figura ativa durante o parto, as mulheres que foram acompanhadas durante o trabalho de parto se mostraram mais satisfeitas que nos partos anteriores. A experiência de ser acompanhada durante o parto foi considerada positiva pela quase totalidade das mulheres.⁴³

Estudo recente que avaliou a Pesquisa Nacer no Brasil, demonstrou que 24,5% das mulheres da pesquisa não tiveram acompanhante algum, 18,8% acompanhamento contínuo e 56,7% acompanhamento parcial.⁴⁴ Embora não seja claro para todas as

mulheres a importância da presença do acompanhante, isso pode ser considerado um marcador de segurança e qualidade de atendimento.⁴⁴ Vale ressaltar que a satisfação das mulheres é influenciada pela expectativa que elas possuem sobre o atendimento que irão receber, não retratando especificamente a qualidade da assistência prestada. A presença do acompanhante minimiza desigualdades de atendimento, uma vez que ocorre maior respeito, privacidade e menos violência, menor tempo de espera, maior clareza nas explicações, maior possibilidade de fazer pergunta e participar das decisões.⁴⁵ Neste estudo a presença de acompanhante não alterou de forma significativa nenhum domínio da Escala de Bonding.

Estudos demonstram que a dor no trabalho de parto é considerada um dos principais construtores das representações sociais femininas sobre a parturição e contribui para o alto índice de partos cesáreas no país.⁴⁶ Neste estudo as dores durante o trabalho de parto não influenciaram de forma significativa os domínios que avaliam a vinculação mãe e filho.

O enfermeiro obstetra tem buscado técnicas não farmacológicas que demonstram-se efetivas no alívio da intensidade da dor.⁴⁷ Ainda são pouco frequentes as práticas para o conforto da parturiente durante as contrações uterinas. As práticas recomendadas incluem massagens, banho morno, analgésicos e anestesia. Poucas parturientes têm acesso a práticas humanizadoras no trabalho de parto, com maiores índices na região sudeste.¹³ Em estudo recente efetuado por enfermeiras do Estado de São Paulo, ficou evidenciado que o alívio não farmacológico da dor, combinando bola suíça e banho morno, reduziram os escores de dores das parturientes na fase ativa do trabalho de parto, promovendo relaxamento e diminuição da ansiedade.⁴⁸ A dor durante

o trabalho de parto não alterou domínios da Escala de Bonding, todos os resultados de P resultaram superiores ao nível de significância empregado, diferente do esperado.

A família brasileira sofreu consideráveis mudanças ao longo dos anos, surgindo com o tempo um novo conceito de família, diferente do modelo tradicional formado por um homem, uma mulher por meio do casamento e seus respectivos filhos. A constituição Federal de 1988 estende o conceito de família reconhecendo a união estável existente entre homem e mulher como entidade familiar, e passando também a abranger uniões formadas por pessoas do mesmo sexo.⁴⁹

A era moderna gera mudanças socioeconômicas e culturais que afetam o modo de viver do indivíduo, mulheres que trabalham fora do ambiente doméstico, novas dinâmicas e novas exigências sociais demandam uma maior participação dos pais e maior vinculação deles aos filhos.⁵⁰ Estudo realizado por psicólogos de Santa Catarina demonstrou que quando os pais vivem juntos é mais fácil que o pai participe e se aproxime do ideal de parentalidade, quando os pais são separados, o homem tende a se manter afastado, por questões de conflitos e até por questões culturais.⁵¹

Winnicott em seus estudos demonstra a importância masculina para o suporte da puérpera que encontra-se totalmente vulnerável, principalmente nas primeiras semanas após o parto, e suporte de desenvolvimento para a criança.⁸ Outro estudo realizado em Santa Catarina com mulheres chefe de família, que ocupam esta posição há mais de dez anos, desenvolvem trabalhos formais e informais, destacam como dificuldade as múltiplas jornadas de trabalho impostas pela condição, exigências de produção de mercado, responsabilidade pelos filhos e escassez de recursos financeiros.⁵²

Neste estudo as mulheres definiram que a experiência de tomarem para si as responsabilidades concebidas para a função paterna é algo que exige muita

responsabilidade. A importância da participação do pai na educação foi evidenciada por todas as entrevistadas, como fundamental na construção da personalidade das crianças. Para elas a tarefa de educar se sobrepõe a tarefa de prover.⁵²

Os resultados do Bonding para o domínio afetuosa demonstrou que o estado civil das puérperas influenciou significativamente neste resultado. As puérperas casadas apresentaram um escore superior no domínio afetuosa, quando comparadas às puérperas sem companheiros.

Os dados obtidos nesta pesquisa, com uma temática tão pouco explorada em nosso meio, revelam a variabilidade no processo pelo qual as puérperas se vinculam ao bebê. Também, não pode ser esquecido que é necessário respeitar os caminhos que conduzem ao vínculo com o filho.

Deve-se entender que algumas puérperas podem ter dificuldade nesta ligação emocional com o recém-nascido, sendo tarefa dos profissionais de saúde identificar e agir em tais situações, de forma a oferecer ajuda para que tenham a oportunidade de estabelecer bases sólidas para a interação e cuidados adequados ao seu filho.

Este estudo teve como limitações a extensão da entrevista elaborada pela autora, algumas puérperas se negaram a responder determinadas questões o que fez oscilar o n de respostas, a extensão da entrevista exigiu um tempo muito grande na cabeceira do leito e alguns dados não foram avaliados por não apresentarem relevância, a grande rotatividade de puérperas devido ao grande número de partos efetuados e reduzido número de leitos da maternidade e a dificuldade de entrevistar as puérperas dos convênios.

Conclusões

Conclusões

O estabelecimento da vinculação da puérpera com o filho mostra ser uma temática de relevante dimensão a se investigar, está ligado à capacidade da mãe de cuidar do seu filho, interfere nos relacionamentos futuros do bebê e está diretamente ligado à formação de sua personalidade. Aprofundar conhecimentos neste aspecto da maternidade é fundamental para a implantação de políticas públicas de saúde da mulher e da criança que visem o apoio e suporte às famílias.

A utilização da Escala de Bonding pode ser uma estratégia efetiva para identificar mães que necessitam de assistência direta e humanizada no puerpério imediato, evitando danos futuros para o bebê e permitindo à puérpera a prestação de cuidados adequados ao seu filho.

Os resultados de estudos neste contexto vão subsidiar a proposição e implementação de ações que visam melhorar a qualidade da interação e dos cuidados que a puérpera providenciará ao bebê e por consequência, para o seu desenvolvimento bio-psico-sócial.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

1. Maldonado MTP. *Psicologia da Gravidez*. 6ª. ed. São Paulo: Vozes; 1984.
2. Brazelton T. *O Desenvolvimento do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
3. Figueiredo B. *Mãe e Pais envolvimento emocional com o bebê*. Braga (PO): Psiquilibrios; 2013.
4. Gomez R, Leal I. Vinculação parental durante a gravidez: Versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal emotional attachment scale. *Psicol Saúde Doenças*. 2007;8(2):153-65.
5. Bowlby J. *Apego*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes;1990.
6. Bowlby J. *Cuidados Maternos e saúde Mental*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
7. Carvalho AMA, Politano I, Franco ALS. Vínculo interpessoal: uma reflexão sobre diversidade e universalidade do conceito na teorização da psicologia. *Estud Psicol (Campinas)*. 2008;25(2):233-40.
8. Winnicott DW. *A família e o desenvolvimento individual*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2011.
9. Luby JL, Barch DM, Belden A, Gaffrey MS, Tillman R, Babb C. et al. Maternal support in early childhood predicts larger hippocampal volumes at school age. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012;109(8):2854-9.
10. Figueiredo B, Marques A, Costa R, Pacheco A, Pais A. Bonding: Escala para avaliar o desenvolvimento emocional dos pais com o bebê. *Psychologica*. 2005;40:133-54.

11. Figueiredo B, Costa R, Marques A, Pacheco A, Pais A. Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebê. *Acta Pediatr Portug*. 2005;36(2/3):121-31.
12. Cronbach J. Coefficient alpha and internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 300 p.
14. Samorinha C, Figueiredo B, Cruz JM. Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicol Saúde Doenças*. 2009;10(1):17-29.
15. Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Radar Social Condições de vida no Brasil. 2006. Brasília (DF): IPEA, 2006. 101 p.
16. Brasil, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde Cadernos de Informações de Saúde. Informações gerais – município: São José do Rio Preto [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [acesso em: 10 agos 2014]. Disponível em:

ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/sp/SP_Sao_Jose_do_Rio_Preto_Geral.xls
17. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico - 2005 - IBOPE [Intenet]; 2008 [acesso 2014 agos 12.]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx?id=250>
18. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 260p.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 27 p.
20. Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(1):15-25.
21. Cunha MA, Dotto LMG, Mamede MV, Mamede FV. Assistência pré-natal: Competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(1):145-153.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-natal. Manual Técnico. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2000. 63 p.
23. Alves VC. Humanização na Assistência de enfermagem no Pré-Natal. *Rev Enf Profissional*. 2014;1(2):471-88.
24. Brasil. Casa Civil Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei Nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 26 jun 1986; Seção1:9273.
25. Bruzadeli DS, Tavares BB. Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea: entre puérperas adolescentes e adultas. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(1):150-7.
26. Soler ZASG. CEHPAN: Centro Humanizado de Preparo e Assistência ao Nascimento – uma Proposta para a Região de São José do Rio Preto, São Paulo [tese]. São José do Rio Preto - SP: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP; 2005.
27. Merighi MAB, Carvalho GM, Suletroni VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):434-440.

28. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde cobertura populacional no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):85-98.
29. Dessen MA, Braz MP. Rede social de apoio durante a transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos. *Psicol Teor Pesq*. 2000;16(3):221-31.
30. Arruda DC, Marcon SS. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto & Contexto Enferm*. 2007;16(1):120-8.
31. Dourado VG, Pelloso SM. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):69-74.
32. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília (DF): Organização Panamericana da Saúde; 2001.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recémnascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 08 mai 2014; nº. 86, Seção 1:50-51.
34. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1859-868.
35. Matos TA, Souza MSD, Santos EKAD, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6):998-1004.
36. Santos LM, Silva JCR, Carvalho ESS, Carneiro AJS, Santana RCB, Fonseca

- MCC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):202-7.
37. Rosa R, Gasperi BL, Monticelli M, Martins FE, Siebert ERC, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(1):105-12.
38. Cruz DCS, Sumam NS, Spindola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(4):690-7.
39. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF, Galiza FT, Monteiro LC. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puerperas. *Cogitare Enferm.* 2011;16(2):247-53.
40. Perdomini FRI, Bonilha ALL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto & Contexto Enferm.* 2011;20(3):445-52.
41. Longo CSM, Andraus LMS, Barbosa MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Rev Eletr Enf.* 2010;12(2):386-91.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União.* 08 abr 2005; Seção1:1.
43. Teles LMR, Pitombeira HCS, Oliveira AS, Freitas LV, Moura ERFM, Damasceno AKC. O parto com acompanhante e sem acompanhante, a opinião das puerperas. *Cogitare Enferm.* 2010;15(4):688-94.

44. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMS, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. A presença de acompanhantes durante internação para o parto. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Supl 1:S140-S153.
45. d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Supl 1:S154-S168.
46. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev Bras Anesthesiol*. 2011;61(3):382-8.
47. Davim RM, Torres Gde V, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):438-45.
48. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia NL, Gabrielloni MC. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(5):478-84.
49. Coelho C. A concessão do salário maternidade às famílias homoafetivas. *Rev Unifeb*. 2014;1(13):1-14.
50. Arruda SLS, Lima MCF. O novo lugar do pai como cuidador da criança. *Est Inter Psicol*. 2013;4(2):201-216.
51. Goetz ER, Vieira ML. Percepções dos filhos sobre aspectos reais e ideais do cuidado parental. *Estud Psicol. (Campinas)*. 2009;26(2):195-203.
52. Perucchi J, Beirão AM. Novos arranjos familiar: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefe de família. *Psicol Clín*. 2007;19(2):57-69.

APÊNDICE 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos – Resolução n.º 196/96 – CNS)

I - Dados de Identificação do Paciente:

Nome: _____

RG: _____ CPF _____

Data de Nascimento:/...../.....

Endereço:

Bairro:.....Cidade.....CEP:.....

Telefone:

II - Dados sobre a Pesquisa Científica

Título do Projeto: Vinculação Materna no Puerpério

Pesquisador: Lara Helk de Souza

Inscrição no Conselho Regional de Enfermagem: 85130

Cargo/função:Pesquisadora - Mestrado

Instituição: FAMERP/FUNFARME

Endereço: Avenida Faria Lima, 5416 Bairro: São Pedro CEP: 15090 – 000

Fone: (17) 32015000 – 17 - 81391600

Declaro que recebi todas as informações sobre a presente pesquisa, que tem como objetivo avaliar o envolvimento emocional dos pais como bebê e o impacto na ocorrência e manejo das cólicas nas diferentes fases do puerpério.

Para participar, responderei a questões do questionário elaborado pela pesquisadora. Tenho conhecimento que o risco em participar da pesquisa é mínimo e refere-se, provavelmente, à discussão de assuntos que podem causar sofrimento psicológico. Se isso acontecer, sei que receberei orientação.

Sei ainda que, no decorrer da coleta de dados, posso pedir esclarecimentos sobre as questões que serei solicitado a responder, sobre riscos, benefícios ou outros assuntos relacionados à pesquisa. Tenho conhecimento que os dados coletados serão utilizados para apresentação em eventos científicos e publicações em revistas especializadas, sendo a identidade dos participantes preservada.

Fui informado que tenho toda liberdade para recusar-me a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo ou me impossibilite de receber os tratamentos de rotina do serviço.

Sendo assim, declaro meu consentimento em colaborar com este estudo.

Qualquer dúvida em relação ao pesquisador, o mesmo poderá entrar em contato no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP, pelo telefone 17 32015813.

Assinatura do (a) paciente

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE 2. QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1-Idade
2- Quando criança (12^a) morou a maior parte do tempo em :
Capital
Cidade grande
Cidade pequena
Zona rural
Outros
3- Nome do município onde nasceu:
4- Nome do município onde vive:
5- Com que frequência você lê jornais ou revistas:
Todo dia
Quase todo dia
Pelo menos uma vez por mês
Menos de uma vez por mês
Não Lê
6- Com que frequência você costuma escutar rádio
Todo dia
Quase todo dia
Pelo menos uma vez por mês
Menos de uma vez por mês
Não Lê
d- Com que frequência você costuma assistir a TV
Todo dia
Quase todo dia
Pelo menos uma vez por mês
Menos de uma vez por mês
Não vê
8- Atualmente qual sua religião?
Católica
Evangélica tradicional
Evangélica pentecostal
Espirita
Afro brasileira
Nenhuma
Outra
Não sabe
9 – Qual a sua cor?
Branca
Preta

Parda
Amarela
Indígena
Recusa a responder
Não sabe
10- Você tem convênio ou plano de saúde
Sim
Não
Não sabe
11 - Qual a seu estado civil?
12- Qual seu grau de escolaridade?
13 - Quando engravidou possuía carteira assinada?
14 - Qual a renda familiar?
15 - Quantas pessoas vivem na sua residência?
16 - Sua gravidez foi desejada
Queria naquele momento
Queria esperar mais tempo
Não queria mais engravidar
17- Fez consultas de pré-natal durante a gravidez?
Sim
Não
18-Com quantos meses fez a primeira consulta?
19- Quantas consultas fez na gestação?
20- Em que serviço você consultou?
SUS
Convênio
Particular
Outro
21- Quem a examinou durante a consulta?
Médico
Enfermeiro
Parteiro da comunidade
Outro
22- Você tem a carteirinha de pré-natal
sim
não
quantos
23- Durante o pré-natal você foi informada sobre a maternidade onde deveria efetuar o parto?
Sim
Não

24- Durante seu pré-natal você foi pesada?
Sim
Não
25- Durante seu pré-natal você foi medida?
Sim
Não
26- Durante seu pré-natal foi aferida sua pressão?
Sim
Não
27- Durante sua gravidez você utilizou ferro?
Sim
Não
28- Você teve outra gravidez?
sim
não
quantas
29 – Você abortou?
Sim
Não
quantos
30 - Você teve algum filho nascido morto?
Sim
Não
Quantos
31 - Foi internada durante sua última gestação por complicações na gravidez?
Sim
Não
32- Ficou internada em UTI?
Sim
Não
33 -Precisou de aparelhos para respirar?
Sim
34- Teve aumento de pressão durante a gravidez?
sim
não
35- Teve convulsões?
Sim
Não
36-Já apresentava convulsões anteriormente?
Sim
Não

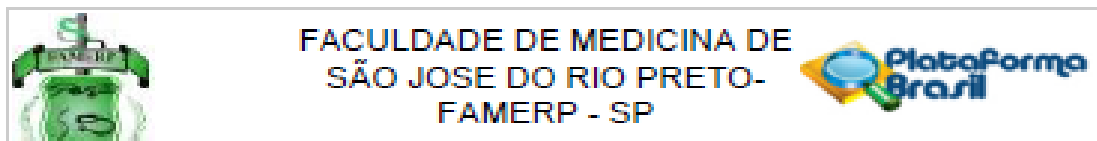
37- Apresentou sangramentos durante a gravidez?
Sim
Não
38- Teve febre alta apos o parto ou aborto?
Sim
Não
39- Que tipo de parto você teve nas gestações anteriores?
40- Que tipo de parto você teve na gestação atual?
41 - Você sentiu dores durante o parto?
42 - Durante o parto você foi acompanhada por amigos ou alguém da família?
43 - Seu filho foi colocado em contato pele a pele com você imediatamente após o parto?
Você conhece os métodos contraceptivos abaixo
Laqueadura
Vasectomia
Pílula
DIU
Injeções contraceptivas
Camisinha masculina
Camisinha feminina
Diagrafma
Creme /óvulo
Tabela
Coito interrompido
Pílula do dia seguinte
Outros
44- Quando iniciou suas atividades sexuais?
45 - Qual o primeiro método contraceptivo que utilizou?
46 - Que idade tinha quando usou?
47- Ja tinha engravidado alguma vez quando o usou?
Sim
Não
48- Que método contraceptivo utiliza atualmente?

APÊNDICE 3. ESCALA DE BONDING**Escala de Bonding (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005)**

Assinale com um X até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sente neste momento em relação ao seu bebê

	MUITO	BASTANTE	UM POUCO	DE MODO NENHUM
Afetuosa	()	()	()	()
Desiludida	()	()	()	()
Neutra sem sentimento	()	()	()	()
Possessiva	()	()	()	()
Ressentida	()	()	()	()
Desgostosa	()	()	()	()
Protetora	()	()	()	()
Alegre	()	()	()	()
Agressiva	()	()	()	()
Receosa	()	()	()	()
Zangada	()	()	()	()
Triste	()	()	()	()

ANEXO 1: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENVOLVIMENTO EMOCIONAL DOS PAIS COM O BEBÊ: IMPACTO NA OCORRÊNCIA E MANEJO DAS CÓLICAS

Pesquisador: Lara Helk de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06201412.9.0000.5415

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO FACULDADE REGIONAL DE MEDICINA S J RIO PRETO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 168.636

Data da Relatoria: 11/12/2012

Apresentação do Projeto:

Adequado. Resumo inadequado (extremamente resumido). Introdução pertinente porém a citação mais recente data de 2009. Objetivo e Metodologia foram corrigidos atendendo a solicitação do CEP.

Objetivo da Pesquisa:

- 2.1. Caracterizar puérperas e companheiros quanto a dados sócio demográficos.
- 2.2. Avaliar o envolvimento emocional dos pais com recém-nascido e lactente no puerpério imediato, tardio e remoto, considerando as intercomências com o bebê, com a mãe ou com o pai.
- 2.3. Identificar a ocorrência de cólicas no bebê, considerando como os pais descrevem suas características, seu manejo, a repercussão na atividade cotidiana da família e se existe associação com o envolvimento emocional dos pais com o bebê.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não descreve ou menciona no projeto, porém parece estar relacionado a dificuldade em responder aos questionários e portanto risco mínimo.

Menciona ser trazer conhecimentos para que mães possam atuar de maneira coerente no manejo da cólica desenvolvendo um envolvimento emocional saudável com seus filhos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisadora atendeu as solicitações do CEP/FAMERP e realizou as adequações necessárias do

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5418

Bairro: VILA SÃO JOÃO

CEP: 15.060-000

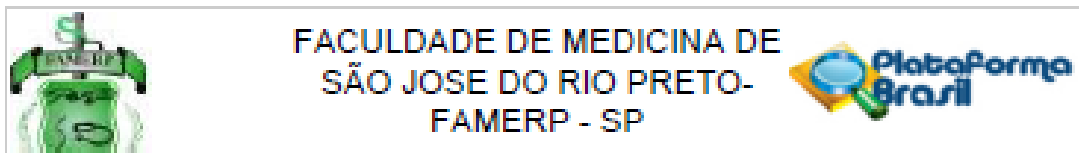
UF: SP

Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-5813

Fax: (17)3201-5813

E-mail: cepfamerp@famerp.br



ponto de vista ético. As referências não foram alteradas e a mais recente citação é datada de 2009.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado

Recomendações:

Foram atendidas as solicitações quanto ao objetivo, metodologia e instrumentos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 11 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Fernando Batigália
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5418
Bairro: VILA SÃO JOÃO CEP: 15.090-000
UF: SP Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br

Divulgação -Manuscrito

Manuscrito

Título: Vinculação materna no puerpério: comparação de dados sociodemográficos com a escala de Bonding¹

Título: Vínculo materno-infantil en el período de postparto: comparación entre datos sociodemográficos y la escala de Vínculo

Title: Maternal bonding in the postpartum period: comparison between sociodemographic data and the Bonding scale

Lara Helk de Souza², Natália Sperli Geraldine Marin dos Santos Sasaki³, Maria de Lourdes Sperli Geraldine Santos⁴, Zaida Aurora Sperli Geraldine Soler⁵

¹ Artigo extraído da dissertação: Vinculação Materna no Puerpério

² Enfermeira. Especialista em Pediatria. Mestranda pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP, Brasil. Email: larascanferla@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. União das Faculdades dos Grandes Lagos. São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: nsperli@gmail.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: mlsperli@gmail.com

⁵ Enfermeira. Livre Docente em Enfermagem Obstétrica. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: zidaaurora@gmail.com

Título: Vinculação materna no puerpério: comparação de dados sociodemográficos com a escala de Bonding¹

RESUMO: A vinculação materna constitui um processo de adaptação entre mãe e bebê e a Escala de Bonding é um método simples para avaliar esta vinculação. O presente trabalho irá avaliar os resultados da escala de Bonding em puérperas, segundo variáveis sócio-demográficas. **Método:** Pesquisa de abordagem quantitativa, realizada entre 200 puérperas, desenvolvida em maternidade de cidade do interior paulista. A média de idade das mulheres foi de 26,43 anos e mediana de 26 anos. Mulheres que não esperavam a gravidez apresentaram-se mais agressivas e tristes. Mulheres que relataram gravidez no momento certo se mostraram menos desiludidas e aquelas que esperaram o momento certo apresentaram-se mais receosas. A Escala de Bonding auxilia na assistência de enfermagem neonatal. Pode evidenciar problemas relativos à vinculação mãe/filho e subsidiar intervenções adequadas. **Conclusões:** são necessárias mais pesquisas no contexto da vinculação materna no período puerperal e uso da Escala de Bonding.

Descritores: Cuidados de enfermagem. Vínculo. Puerpério. Recém-nascido.

Título: Vínculo materno-infantil en el período de postparto: comparación entre datos sociodemográficos y la escala de Vínculo

RESUMEN: El vínculo materno-infantil es un proceso de adaptación entre la madre y el bebé. La Escala de vínculo es un método sencillo para evaluar esta vinculación. **Objetivo:** evaluar los resultados de la Escala de vínculo entre mujeres en el postparto, según variables sociodemográficas. Trata de una investigación cuantitativa realizada entre 200 mujeres en el postparto en un hospital maternidad de una ciudad del interior de São Paulo. La edad media de las mujeres fue de 26,43 años y la mediana fue de 26 años. Se encontró que las mujeres que no habían planeado el embarazo eran más agresivas y tristes. Las mujeres que reportaron que el embarazo había ocurrido en el momento adecuado eran menos desilusionadas y las que esperaron el momento oportuno eran más temerosas. La Escala de vínculo sirve como una ayuda en el cuidado de enfermería neonatal. Ella puede revelar problemas relacionados con la vinculación madre-bebé y subsidiar intervenciones adecuadas. Se necesitan más investigaciones en

el contexto del apego materno en el período de postparto y del uso de la Escala de vínculo.

Descritores: Atención de Enfermería. Vínculo. Período de Postparto. Recién Nacido

Title: Maternal bonding in the postpartum period: comparison between sociodemographic data and the Bonding scale

ABSTRACT: Maternal bonding is a process of adaptation between mother and baby. The Bonding Scale is a simple method to assess mother-to-infant bonding. To evaluate Bonding scale scores among postpartum women, according to sociodemographic variables. This is a quantitative study conducted with 200 postpartum women in a hospital maternity service of an inland city of São Paulo State. The mean age of the women was 26.43 years and the median was 26 years. Women whose pregnancy was not planned were found to be sadder and more aggressive. Women whose pregnancies are reported to have happened at the “right time” were less disillusioned, whereas women who had waited for the “right time” were more afraid. The Bonding scale seems to be a valuable tool in neonatal nursing care. It may reveal problems relating to mother-infant bonding and support appropriate interventions. Further studies are needed in the context of maternal bonding in the postpartum period and the use of the Bonding Scale.

Descriptors: Nursing Care. Bonding. Postpartum Period. Newborn

INTRODUÇÃO

A vinculação materna com o bebê constitui um relacionamento emocional único, específico e duradouro, que se estabelece lenta e gradualmente, com início precoce na gestação, traduzindo-se em processo de adaptação mútua entre a mãe e o seu bebê.¹

A interação mãe e filho é facilitada de um lado pela adequação do sistema hormonal materno no puerpério e, de outro, devido ao sistema comportamental de vinculação da criança, que desenvolve estratégias peculiares em sua relação com o cuidador. Assim, busca manter-se próximo da figura de intenso cuidado, como se observa na relação mãe-bebê primata, que seria de proteção contra predadores.²⁻⁴

As primeiras relações influenciam a qualidade do funcionamento psíquico definitivo de uma pessoa, formatando as bases de sua personalidade.⁵ Para os pais ou cuidadores, a vinculação é uma circunstância determinante para a qualidade da interação e dos cuidados que serão prestados para a criança, exercendo forte influência sobre o seu desenvolvimento.⁶

A Escala de Bonding é uma versão alargada da Escala Mother-Baby Bonding Questionnaire, estruturada para avaliar a vinculação dos pais com os filhos, de modo prático e simples, com média de dois minutos de aplicação. Originalmente tinha oito itens de auto-relato, em versão tipo “Lickert”, com tradução para a língua portuguesa, acrescentando-se uma nova versão de 12 itens, aplicada em amostra de 456 sujeitos.⁷

Este instrumento é de grande importância na área de enfermagem obstétrica e neonatológica, pois permite identificar precocemente alguns problemas relativos à vinculação entre mãe e filho, que por sua sutileza muitas vezes não são percebidos. Uma vez diagnosticados os problemas, pode-se estabelecer intervenções pertinentes e assim fomentar a vinculação, ao estabelecer bases sólidas para a interação e cuidados adequados que as mães virão a oferecer aos filhos.⁶

Assim, tem-se como Objetivo avaliar os resultados da aplicação da Escala de Bonding entre puérperas atendidas em um hospital de ensino, comparando com variáveis sócio-demográficas da amostra estudada.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, com investigação descritiva, comparativa, realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2014. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto,

caracterizado como unidade de um complexo fundacional de grande porte, de ensino, dedicado também à pesquisa e extensão de serviços, sendo responsável pela maioria dos atendimentos da cidade e da região, no âmbito público e privado.

A população foi constituída por 200 puérperas que tiveram o parto na maternidade estudada e consentiram em participar, após serem informadas sobre a pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com aprovação do CEP pelo Parecer 168.636. Assim, foram tomados todos os cuidados em respeitar as diretrizes éticas de pesquisa em seres humanos – Resolução 466/2012, do CNS.

Para atender ao objetivo proposto no estudo, foram coletadas variáveis de caracterização amostral, depois comparadas aos escores obtidos na Escala de Bonding, que é utilizada para quantificar o nível de vinculação materna no puerpério imediato. A Escala de Bonding é do tipo Lickert entre 0 e 3 pontos, que representa uma versão alargada da Escala *Mother-Baby Bonding Questionnaire*, constituída por 12 itens de auto relato. Esta escala busca avaliar especificamente o investimento mental que o bebê ocupa no universo representativo dos pais e os pais devem descrever como se sentem em relação ao filho no momento específico em que a preenchem⁷.

No instrumento são identificadas três subescalas, a **Bonding Positivo**, constituído por três itens (*afetuoso, protetor e alegre*) avalia a vinculação positiva; a **Bonding Negativo**, avalia a vinculação negativa, constituída por seis itens (*zangado, agressivo, triste, ressentido, desgostoso, desiludido*), e a **Bonding Not Clear** que sinaliza a presença de emoções não claramente relacionadas com a vinculação (*receoso, possessivo, neutro ou sem sentimentos*).⁷ O objetivo da análise comparativa é verificar possíveis diferenças significativas no escore dos subitens do bonding e, relacioná-los com algumas variáveis de caracterização.

O alfa de Cronbach permite avaliar a estabilidade das respostas, a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de uma mesma escala. É um indicador da consistência interna dos dados, pois avalia os itens de forma individual também, a escala como um todo, com base na consistência de cada item.⁸

O estudo psicométrico do instrumento mostra níveis razoáveis de consistência interna (Alpha de Cronbach de 0.71) e nos índices de fidelidade teste reteste (Coeficiente de Correlação Spearman de 0.49, $p < 0.01$), o que caracteriza o instrumento como satisfatório em fidelidade e validade.⁷

RESULTADOS

Os resultados do estudo baseiam-se na análise de 200 puérperas que responderam à aplicação da Escala de Bonding e de um instrumento de caracterização sócio demográfica, no puerpério imediato. As variáveis coletadas foram divididas em: caracterização quanto a dados sóciodemográficos e da gravidez/parto atual. Algumas das variáveis referentes a esses módulos são pontuadas, analisadas e comparadas de acordo com os escores obtidos no preenchimento da Escala de Bonding.

Verifica-se pela **Tabela 1** que: 87,94% eram casadas; 60% se declararam brancas; 94% viviam em área urbana; 51,76% tinham até ensino médio; 67,5% eram atendidas pelo SUS; 80% tiveram parto cesárea e 76% tinham gestação de 36 semanas em diante.

A idade das mulheres avaliadas apresentou média de 26,43 anos com desvio padrão de 6,93 anos e mediana de 26 anos. Observou-se um valor discrepante (*outlier*) superior (46 anos) que influenciou a média da distribuição da idade dos pacientes. A

idade mínima verificada foi de 14 anos e a máxima de 46 anos. Os dados referentes à idade das pacientes não seguiram distribuição normal.

Com relação a gravidez ser desejada, 70,00% das mulheres afirmaram que queriam a gravidez naquele momento, 45,00% das entrevistadas tinham renda entre 1-2 salários mínimos e 50,00% conviviam com mais de três pessoas no mesmo domicílio.

Tabela 1: Distribuição das puérperas segundo variáveis sócio demográficas, São José do Rio Preto, 2014

Variáveis sócio demográficas	N	%
Estado civil	199	100,00
Casada	175	87,94
Solteira ou separada	24	12,06
Cor	200	100,00
Branca	120	60,00
Parda	59	29,50
Negra	21	10,50
Porte da cidade natal	200	100,00
Capital	9	4,50
Grande	55	27,50
Pequena	124	62,00
Rural	12	6,00
Escolaridade	199	100,00
Fundamental	50	25,13
Médio	103	51,76
Superior	46	23,12
Serviço utilizado	200	100,00
Convênio	63	31,50
Particular	2	1,00
UBSF	135	67,50
Parto atual	200	100,00
Cesárea	160	80,00
Normal	40	20,00
Acompanhante durante o parto	200	100,00
Não	26	13,00
Sim	174	87,00
Gravidez desejada	200	100
Queria esperar mais tempo	39	19,50
Não queria mais engravidar	21	10,50
Queria naquele momento	140	70,00
Renda familiar	173	100,00
Até 1SM	12	6,94
1 a 2 SM	78	45,09
2 a 3 SM	42	24,28
Mais de 3SM	41	23,70
Pessoas na mesma residência	148	100,00
2 pessoas	23	15,54
3 pessoas	75	50,68
4 pessoas	50	33,78
Idade gestacional	198	100,00
28 a 33 semanas	10	5,05
34 a 36 semanas	36	18,18
36 a 38 semanas	87	43,94
39 a 40 semanas	61	30,81
Mais de 40 semanas	4	2,02

Os resultados da **Tabela 2** mostram que *mulheres que não esperavam a gravidez* apresentaram-se: *mais agressivas* em relação às que disseram que a gravidez foi no momento certo ($p=0,020$); *mais tristes* do que aquelas que disseram que a gravidez foi no momento certo ($p=0,008$). Mulheres que disseram ter engravidado no momento certo mostraram-se menos desiludidas que aquelas que não desejavam engravidar ($p<0,001$); mulheres que precisavam esperar o momento certo apresentaram-se mais receosas do que as mulheres que relataram não querer engravidar ($p=0,012$).

Tabela 2: Escala de Bonding em relação à gravidez desejada, São José do Rio Preto, 2014.

Itens	Gravidez desejada	n	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
Afetuosa	Esperar	39	2,71±0,64	3,00	0,150
	Não	20	2,55±0,88	3,00	
	No momento	137	2,81±0,57	3,00	
Protetora	Esperar	39	2,66±0,70	3,00	0,665
	Não	20	2,75±0,44	3,00	
	No momento	134	2,79±0,43	3,00	
Alegre	Esperar	38	2,78±0,52	3,00	0,305
	Não	21	2,66±0,57	3,00	
	No momento	136	2,80±0,50	3,00	
Zangada	Esperar	38	0,10±0,50	0,00	0,426
	Não	21	0,00±0,00	0,00	
	No momento	134	0,03±0,28	0,00	
Agressiva	Esperar	38	0,07±0,48	0,00 ^{ab}	0,020
	Não	21	0,28±0,78	0,00 ^a	
	No momento	134	0,02±0,14	0,00 ^b	
Triste	Esperar	38	0,18±0,60	0,00 ^{ab}	0,008
	Não	21	0,33±0,79	0,00 ^a	
	No momento	135	0,05±0,38	0,00 ^b	
Ressentida	Esperar	38	0,00±0,00	0,00	0,168
	Não	20	0,05±0,22	0,00	
	No momento	135	0,00±0,08	0,00	
Desgostosa	Esperar	38	0,02±0,16	0,00	0,170
	Não	20	0,15±0,48	0,00	
	No momento	135	0,03±0,28	0,00	
Desiludida	Esperar	38	0,00±0,00	0,00 ^b	<0,001
	Não	20	0,15±0,36	0,00 ^a	
	No momento	135	0,00±0,08	0,00 ^b	
Neutra	Esperar	38	0,07±0,48	0,00	0,740
	Não	20	0,00±0,00	0,00	
	No momento	135	0,06±0,40	0,00	
Possessiva	Esperar	38	0,00±0,00	0,00	0,168
	Não	20	0,05±0,22	0,00	
	No momento	135	0,00±0,08	0,00	
Receosa	Esperar	38	1,08±1,18	1,00 ^a	0,012
	Não	20	0,30±0,47	0,00 ^b	
	No momento	135	0,48±0,66	0,00 ^b	

A **Tabela 3** descreve o Bonding em relação ao tipo de serviço utilizado pelas puérperas. As mulheres que utilizaram o convênio mostraram-se *mais alegres* do que as atendidas em UBSF, com diferença significativa ($p=0,012$). Em relação aos demais domínios não foi possível observar diferenças significativas.

Tabela 3: Estatísticas descritivas do Bonding em relação ao serviço utilizado, São José do Rio Preto, 2014.

Itens	Serviço	N	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
Afetuosa	Convênio	63	2,88±0,36	3,00	0,151
	UBSF	131	2,71±0,71	3,00	
Protetora	Convênio	61	2,83±0,45	3,00	0,102
	UBSF	130	2,73±0,52	3,00	
Alegre	Convênio	61	2,93±0,24	3,00	0,012
	UBSF	132	2,73±0,57	3,00	
Zangada	Convênio	61	0,00±0,00	0,00	0,122
	UBSF	130	0,06±0,39	0,00	
Agressiva	Convênio	61	0,01±0,12	0,00	0,304
	UBSF	130	0,08±0,43	0,00	
Triste	Convênio	61	0,01±0,12	0,00	0,094
	UBSF	131	0,13±0,53	0,00	
Ressentida	Convênio	61	0,00±0,00	0,00	0,335
	UBSF	130	0,01±0,12	0,00	
Desgostosa	Convênio	61	0,01±0,12	0,00	0,413
	UBSF	130	0,06±0,34	0,00	
Desiludida	Convênio	61	0,00±0,00	0,00	0,169
	UBSF	130	0,03±0,17	0,00	
Neutra	Convênio	61	0,00±0,00	0,00	0,122
	UBSF	130	0,09±0,48	0,00	
Possessiva	Convênio	61	0,00±0,00	0,00	0,335
	UBSF	130	0,01±0,12	0,00	
Receosa	Convênio	61	0,49±0,62	0,00	0,726
	UBSF	129	0,62±0,89	0,00	

A ocorrência de aborto não interferiu nos domínios avaliados, já que todos os valores p foram superiores ao nível de significância adotado. A ocorrência de internação durante a gravidez não influenciou de forma significativa nos escores dos domínios avaliados, pois todos os valores p foram superiores a 0,05. A internação durante a gravidez não interferiu de forma significativa no vínculo entre mãe e bebê.

Os resultados das subescalas de *bonding* em relação ao tipo de parto realizado não interferiram de forma significativa no vínculo entre a mãe e o bebê.

As dores das contrações no trabalho de parto não influenciaram de forma significativa nos domínios que avaliam o vínculo entre a mãe e o bebê. Todos os valores p resultaram superiores ao nível de significância empregado.

Os resultados da **Tabela 4** evidenciam a influência do contato pele a pele (mãe-bebê) no domínio referente à tristeza ($p=0,037$), sendo que mães que não tiveram esse contato com o recém nascido mostraram-se significativamente mais tristes em relação às mães que apresentaram esse tipo de contato com o bebê.

Tabela 4: Estatísticas descritivas do Bonding em relação à ocorrência do contato pele a pele. São José do Rio Preto, 2014.

Itens	Contato pele a pele	n	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
Afetuosa	Não	106	2,79±0,59	3,00	0,474
	Sim	88	2,73±0,66	3,00	
Protetora	Não	104	2,79±0,49	3,00	0,320
	Sim	87	2,73±0,51	3,00	
Alegre	Não	105	2,76±0,59	3,00	0,802
	Sim	88	2,84±0,36	3,00	
Zangada	Não	103	0,07±0,43	0,00	0,235
	Sim	88	0,01±0,10	0,00	
Agressiva	Não	103	0,08±0,44	0,00	0,345
	Sim	88	0,03±0,23	0,00	
Triste	Não	104	0,17±0,59	0,00	0,037
	Sim	88	0,04±0,33	0,00	
Ressentida	Não	103	0,01±0,13	0,00	0,192
	Sim	88	0,00±0,00	0,00	
Desgostosa	Não	103	0,07±0,38	0,00	0,141
	Sim	88	0,01±0,10	0,00	
Desiludida	Não	103	0,02±0,16	0,00	0,396
	Sim	88	0,01±0,10	0,00	
Neutra	Não	103	0,08±0,46	0,00	0,242
	Sim	88	0,03±0,31	0,00	
Possessiva	Não	103	0,01±0,13	0,00	0,192
	Sim	88	0,00±0,00	0,00	
Receosa	Não	103	0,66±0,85	0,00	0,117
	Sim	87	0,49±0,76	0,00	

A ocorrência de sangramento durante a gravidez influenciou de forma significativa no domínio protetora ($p=0,049$), sendo que as mulheres que não

apresentaram sangramento mostraram-se mais protetoras em relação às mães que apresentaram sangramento durante a gravidez (**Tabela 5**).

Tabela 5: Estatísticas descritivas do Bonding em relação à ocorrência de sangramento, São José do Rio Preto, 2014.

Itens	Sangramento	n	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
Afetuosa	Não	184	2,77±0,63	3,00	0,590
	Sim	12	2,75±0,45	3,00	
Protetora	Não	181	2,79±0,46	3,00	0,049
	Sim	12	2,33±0,77	2,50	
Alegre	Não	183	2,80±0,50	3,00	0,301
	Sim	12	2,58±0,66	3,00	
Zangada	Não	182	0,04±0,33	0,00	0,880
	Sim	11	0,00±0,00	0,00	
Agressiva	Não	182	0,06±0,37	0,00	0,832
	Sim	11	0,00±0,00	0,00	
Triste	Não	183	0,11±0,50	0,00	0,878
	Sim	11	0,09±0,30	0,00	
Ressentida	Não	182	0,01±0,10	0,00	0,954
	Sim	11	0,00±0,00	0,00	
Desgostosa	Não	182	0,04±0,30	0,00	0,858
	Sim	11	0,00±0,00	0,00	
Desiludida	Não	182	0,02±0,14	0,00	0,906
	Sim	11	0,00±0,00	0,00	
Neutra	Não	182	0,06±0,41	0,00	0,880
	Sim	11	0,00±0,00	0,00	
Possessiva	Não	182	0,01±0,10	0,00	0,954
	Sim	11	0,00±0,00	0,00	
Receosa	Não	181	0,56±0,80	0,00	0,413
	Sim	11	0,81±0,98	1,00	

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa os dados obtidos para a faixa etária predominante vão de encontro aos achados de estudo realizado em Portugal que obteve a média de idade de 26,6 anos.⁷ As mulheres brasileiras em idade reprodutiva representam uma população jovem, cerca de 50% são menores de 30 anos.⁹ O estado civil das mulheres deste estudo (68,3%) também se assemelham aos estudos realizados em Portugal, com maior percentual de mulheres casadas(72,2%).⁷⁻¹⁰

No que se refere à etnia, verificou-se em pesquisa realizada no sudeste do Brasil que 35,8% das mulheres que tiveram filhos nos últimos cinco anos se declaram brancas,

as demais regiões com exceção da região sul(65,7%) tem predomínio de mulheres que se declaram negras.A maioria das mulheres brasileiras, como as mulheres do estudo vivem em áreas urbanas (84%).⁹

Quando avaliadas quanto ao grau de escolaridade, 50% das mulheres brasileiras superaram oito anos de estudo, indicando terem concluído o ensino fundamental completo. Em estudo entre mulheres residentes em São José do Rio Preto, 64,32% concluíram o segundo ciclo fundamental ou mais, como também se verificou entre as puérperas deste estudo.⁹⁻¹¹

Com relação a utilização dos serviços de saúde das brasileiras da região sudeste do país que tiveram filhos nascidos vivos nos últimos cinco anos, 65,9% utilizaram o SUS para o pré-natal e 70,4% para o serviço de parto, o que também foi comprovado neste estudo.⁹⁻¹¹

No total de partos realizados no país 48,3% representam as cesarianas, na região sudeste este número é ainda maior 51,7%. Em São José do Rio Preto o número de partos cesáreas supera a porcentagem nacional e da região sudeste com um total de 86,45%.⁹⁻¹¹ Em estudo realizado na cidade de São José do Rio Preto verificou-se a alta incidência de partos cesariana desnecessários. Em algumas situações a mulher evidencia a cesárea como um bem de consumo, demonstrando a clara necessidade de orientação e educação em saúde durante o pré-natal.¹²

Na região sudeste 18% das mulheres tiveram a presença de um acompanhante no momento do parto, evidenciando a persistência do modelo intervencionista de assistência ao parto, ainda que por contraste tenha aumentado o número de hospitais

estruturados para atenção humanizada ao parto. Neste enfoque, difere dos resultados deste estudo, pois ocorreu a presença de acompanhante em 87% dos partos.⁹⁻¹³

Em um estudo realizado no município de São Paulo visando compreender o momento do parto e do nascimento em mulheres usuárias de convênios, concluiu-se que há divergências quanto à manifestação de sentimentos entre mulheres usuárias do SUS e de convênios. A falta de garantia de vagas para o parto pode gerar grande insegurança, medo e ansiedade, assim como não poder ser acompanhada pelo marido e ter a sua assistência no parto efetuada por profissionais desconhecidos.

As usuárias do convênio tem uma vinculação com a equipe pela qual são atendidas e referem o momento do parto como uma experiência maravilhosa, sublime durante a qual vivenciam uma assistência de qualidade. Já entre as mulheres usuárias do SUS, muitas vezes por falta de conhecimento e por diferenças sociais não tem o poder de manifestar as suas preferências e decisões.¹⁴

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, mulheres com maior escolaridade e integrantes de classes econômicas mais altas tiveram chances significativamente maiores de realizar pelo menos seis consultas de pré-natal e a consulta do puerpério do que as em situações mais desfavoráveis, demonstrando que apesar da universalização do acesso ao sistema de saúde durante a gestação, o pré-natal e o parto, ocorrem desigualdades regionais, sociais e econômicas que determinam desigualdades na atenção em saúde.⁹

A gravidez indesejada é caracterizada como um indicador da falha do controle do processo reprodutivo. Neste estudo teve-se porcentagens de gestações indesejadas (30%), superiores ao do panorama nacional que é de 18,2%.⁹

A família constitui uma importante entidade social, determinante no estabelecimento de valores e crenças que contribuem para a formação dos seus membros. As experiências vivenciadas no contexto familiar contemplam um viver e conviver de singularidades, sendo o momento de gerar filhos uma fase vital do núcleo familiar¹. Este núcleo tende a sofrer transições e o sentimento de maternagem e paternagem é despertado emergindo junto as transformações do corpo gestacional e do ambiente.^{15,16}

A ligação materno-fetal existe desde o início da gravidez e se intensifica gradualmente com o desenvolvimento da gestação.² Desejar e programar um filho são aspectos importantes que permeiam os sentimentos de aceitação em tornar-se mãe. No entanto, as mulheres encontram formas positivas de enfrentamento, mesmo quando não há programação da gravidez, inclusive no que concerne uma gestação de alto risco.¹⁷

Os resultados deste estudo mostram que o fato de a gravidez ser desejada ou não influenciou na *agressividade, tristeza, desilusão e receio* das mulheres avaliadas.

A promoção do contato pele a pele é um indicador de qualidade na atenção ao parto humanizado.¹⁸ Em portaria recente o Ministério da Saúde foram instituídas novas diretrizes para atenção integral e humanizada ao recém nascido. Foi estabelecido que o contato pele a pele deve ser assegurado imediatamente após o parto e de forma contínua, colocando o neonato sobre o abdome ou tórax da mãe, de acordo com sua vontade e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida assegurando a manutenção da temperatura.¹⁹

Estudo realizado no Paraná descreve que apenas 5,3% dos bebês nascidos de parto normal e 1,8% dos nascidos de parto cesáreo permaneceram por pelo menos trinta minutos com suas mães, ações que podem prejudicar tanto a vinculação materna com a

promoção do aleitamento materno.²⁰ Outro estudo realizado em Santa Catarina destaca a assistência de enfermagem como contributo significativo para o estabelecimento do contato pele a pele e que as mães consideram o contato precoce positivo.²¹

Em um estudo realizado em uma maternidade pública no estado da Bahia verificou-se que os profissionais de enfermagem envolvidos na promoção do contato pele a pele possuíam algumas fragilidades. Ao aproximar a mãe e o neonato não se preocupavam com medidas que podiam auxiliar a mãe a efetuar este primeiro contato de forma efetiva, e que também não solicitam o seu consentimento para fazê-lo.²¹ Deste modo, o contato estabelecido é breve, não permite o reconhecimento adequado entre mãe e filho e as puérperas continuam com dúvidas e ansiedades.²²

Outro estudo realizado em Santa Catarina que objetivou identificar e analisar os sentimentos expressados pelas mães no primeiro contato com seus filhos, ficou em evidência que os primeiros momentos que seguem o nascimento representam uma fase sensível e uma oportunidade preciosa para a mãe ser sensibilizada pelo seu bebê. Há uma imensa troca entre mãe e filho que dá oportunidade ao início da vinculação.²³

Algumas mães apresentam-se apreensivas quanto às características e apresentação do seu neonato logo após o nascimento. Assim, se há uma equipe disposta a orientá-las, esclarecendo seus medos e anseios, tais apreensões se transformam em fatores motivadores de vinculação.²³

Visando compreender como o momento do parto foi percebido pelas mães um estudo realizado por enfermeiras do estado de São Paulo concluiu que as mães investigadas não conseguiram perceber a importância do contato inicial para a

promoção do vínculo. As autoras atribuem esta falta de valorização do contato inicial as características socioculturais das mães participantes do estudo.²⁴

Verificou-se nesta pesquisa que a temática de vinculação materna no puerpério é pouco explorada em nosso meio, apesar de sua relevância, ao permitir aprofundar conhecimentos sobre o processo de interação pais/bebê ou mais especificamente mãe/bebê.

Coordenada pelo enfermeiro, a equipe de enfermagem pode contribuir para dirimir dúvidas de puérperas que podem ter dificuldade na ligação emocional com o recém-nascido. Ao oferecer ajuda competente possibilitam o estabelecimento de interação adequada pais/bebê, fortalecendo a vinculação afetiva e cuidados adequados ao recém-nascido e lactente.

Conclusão

Os dados obtidos nesta pesquisa revelam que a vinculação da puérpera com o filho constitui-se em temática de dimensão relevante para a área obstétrica e neonatológica, para a assistência de enfermagem e no aprofundamento de estudos na implantação de políticas públicas de apoio e suporte às famílias, prevenindo agravos à saúde do binômio mãe /filho.

Referências

1. Brazelton, T. O Desenvolvimento do Apego. Porto Alegre. Artes Médicas; 1998.
2. Figueiredo B. Mãe e Pais envolvimento emocional com o bebê. Portugal: Psiquilibrios Edições; 2013.
3. Gomez R, Leal I. Vinculação parental durante a gravidez: Versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal emotional attachment scale. *Psic., Saúde &*

Doenças [periódico na Internet]. 2007 Nov [citado 2014 Set 19] ; 8(2): 153-165.

Disponível em:

http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862007000200001&lng=pt.

4. Bowlby J. Apego. 2^a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1990.

5. Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. 3^a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

6. Figueiredo B, Costa R, Marques A, Pacheco A, Pais A.. Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2005a; 36(2/3), 121-131.

7. Figueiredo B, Marques A, Costa R, Pacheco A, Pais A. Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 2005b; 40, 133-154.

8. Cronbach, J. Coefficient alpha and internal structure of tests. *Psychometrika*, 1951; 16:297-334.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. 2006. Brasília: MS/ São Paulo: Cebrap, 2008.

10. Samorinha C, Figueiredo B, Cruz JM. Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psic., Saúde & Doenças* [periódico na Internet]. 2009 [citado 2014 Ago 19] ; 10(1): 17-29. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000100002&lng=pt.

11. Brasil, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde Cadernos de Informações de Saúde. Informações gerais – município: São José do Rio Preto [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2014 august 19]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def><http://tabnet.datasus.gov>.

br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/escasp.def

12. Bruzadeli DS, Tavares BB. Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea: entre puérperas adolescentes e adultas. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010;12(1):150-7. [Cited 2014 August 19]. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a18.htm>.

13. Soler, ZASG. CEHPAN: Centro Humanizado de Preparo e Assistência ao Nascimento – uma Proposta para a Região de São José do Rio Preto, São Paulo. [tese livre-docência]. São José do Rio Preto -SP: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto –FAMERP; 2005.

14. Merighi MAB, Carvalho GM, Suletroni VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. *Acta paul. enferm.* [serial on the Internet]. 2007 Dec [cited 2014 Sep 19]; 20(4): 434-440. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

[21002007000400008&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400008.](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400008)


15. Tarnowski KS, Próspero ENS, Elsen I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(Esp): 103-8. [Links]

16. Dessen MA, Braz MP. Rede social de apoio durante a transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos. *Psicol. Teor. Pesq.* 2000 Set-Dez;16 (3): 221-31.[Links]

17. Dourado VG, Peloso SM. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paul Enferm* 2007;20(1):69-74.

18. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília (DF); 2001.
19. Brasil, Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria N° 371 de 7 de maio de 2014. Brasília, MS, 2014.
20. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008; 24(8):1859-1868.
21. Matos TA, Souza MSD, Santos EKAD, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev. bras. enferm*, 2010; 63(6), 998-1004. 21.
22. Santos LM dos, Silva JCR da, Carvalho ESS, Carneiro AJS, Santana RCB, Fonseca MCC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev Bras Enferm*. 2014 mar-abr; 67(2): 202-7.
23. Rosa R, Gasperi BL, Monticelli M, Martins FE, Siebert ERC, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010 jan-mar; 14 (1): 105-12
24. Cruz DCS, Sumam NS, Spindola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP* [on-line] 2007 dez; [citado 23 out 2008]; 41(4): [aprox. 7telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342007000400021&lng=pt&nrm=iso

ScholarOne Manuscripts™ Lara Souza ▾ Instructions & Forms Help Log Out

 **Texto & Contexto Enfermagem**

[Main Menu](#) / [Author Dashboard](#) / [Submission Confirmation](#)

Submission Confirmation



Thank you for submitting your manuscript to *Texto & Contexto Enfermagem*.

Manuscript ID: TCE-2014-0326

Title: Vinculação materna no puerpério: comparação de dados sociodemográficos com a escala de Bonding

Authors: Souza, Lara
Sasaki, Natália
Santos, Maria
Soler, Zaida

Date Submitted: 22-Sep-2014

 Print  Return to Dashboard

