

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

JULIANA BASSO BRUN

**A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ NO
AMBIENTE HOSPITALAR**

Porto Alegre
2021

JULIANA BASSO BRUN

A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ NO AMBIENTE
HOSPITALAR

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de mestre.
Orientadora: Profa. Dra. Renata Rocha Kieling

Porto Alegre
2021

CIP - Catalogação na Publicação

Brum, Julaina
A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ NO AMBIENTE
HOSPITALAR / Julaina Brum. -- 2021.
79 f.
Orientadora: Renata Rocha Kieling.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente,
Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Vínculo. 2. Saúde Mental. 3. Hospitalização. 4.
Sobrecarga do cuidador. I. Kieling, Renata Rocha,
orient. II. Título.

JULIANA BASSO BRUN

A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ NO AMBIENTE
HOSPITALAR

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de mestre.
Orientadora: Profa. Dra. Renata Rocha Kieling

Porto Alegre, 23 de Julho de 2021

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Renata Rocha Kieling

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Clarissa Gutiérrez Carvalho

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Lucrecia Scherer Zavaschi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Tagma Marina Schneider Donelli

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus pais, Marísia e Adolfo, pela oportunidade de poder me dedicar aos estudos e à pesquisa, algo que eu sempre gostei. Sem vocês, nada disso seria possível.

A Dra. Renata Rocha Kieling, por ser uma orientadora maravilhosa, estudando e dedicando-se junto comigo para que esse sonho fosse real. Obrigada por ser exemplo de mulher, médica e professora.

Thais Chaxim, por estar ao meu lado desde que esse mestrado era apenas um sonho. Foi minha colega de residência e, hoje, também, de mestrado, dividindo a orientadora, as escritas, as angústias da vida acadêmica, e esteve presente até o último minuto dessa dissertação ser entregue.

Ao Pedro, por ter segurado a minha mão durante essa jornada. Ao meu fiel companheiro, meu cachorro Simba. Ele abriu mão de muitos passeios e foi companheiro de muitas madrugadas de trabalho. Os dois foram a base de todo esse processo.

Não menos importante, aos meus amigos e familiares, que foram continentes a tantos momentos de ausência, de angústia e que dividiram a felicidade de todas as etapas durante a construção desse trabalho.

Aos meus colegas de mestrado, fundamentais para que as aulas cansativas, logo depois do almoço, ou no final do dia, fossem mais leves, dividindo uma palavra ou muitos cafés.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a minha segunda casa desde 2010.

As mães que participaram desta pesquisa, que fizeram com que a minha inquietação pudesse ser estudada.

E, da mesma maneira, tantas outras pessoas que fizeram parte da minha construção pessoal e profissional. Essa conquista é nossa

RESUMO

Introdução: As primeiras relações afetivas sedimentam as bases da saúde mental do bebê e têm impacto duradouro ao longo da vida. A formação do vínculo mãe-bebê em um contexto situacional atípico e adverso, como o adoecimento da criança e a consequente permanência prolongada em ambiente hospitalar, exige uma série de adaptações por parte da família e, potencialmente, adiciona uma sobrecarga de dificuldades, sofrimentos e restrições ao cuidado oferecido pela mãe. O objetivo deste trabalho é analisar o vínculo mãe-bebê no contexto de lactentes hospitalizados de forma prolongada nos primeiros meses de vida e avaliar a influência dos fatores saúde mental materna e sobrecarga do cuidador sobre o vínculo. **Metodologia:** Estudo transversal observacional, realizado na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no período entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020, incluindo pares de mães e bebês com idade cronológica de até seis meses. Após a inclusão, os pares foram classificados como internação prolongada (grupo exposto) ou breve. Dados clínicos foram coletados através do prontuário eletrônico do paciente e complementados por entrevista com as mães, que também responderam a questionários de avaliação socioeconômica, vínculo mãe-bebê (*Postpartum Bonding Questionnaire*, PBQ), saúde mental materna (*Self-Reported Questionnaire*, SRQ-20) e sobrecarga do cuidador (*Caregiver Burden Scale*, CBS). Os dados foram analisados de forma descritiva e inferencial. Para mensurar a relação do desfecho vínculo mãe-bebê com as variáveis de exposição foi realizada uma análise de regressão logística multivariada com cálculo de risco relativo (RR) e intervalo de confiança de 95%, utilizando o modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Para todas as análises, considerou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e um intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Foi incluído um total de 113 pares mãe-bebê. As mães eram, em sua maioria, jovens ($25,3 \pm 4,8$ anos), de classe média baixa (70,8%) e com até 12 anos de escolaridade (55,6%); metade dos bebês havia nascido por cesariana. A mediana de idade dos bebês foi de 67 dias de vida (IQR: 44-119). Não houve diferença no escore global de vínculo, medido pelo PBQ, entre pares hospitalizados de forma breve ou prolongada; porém, mães de bebês com hospitalizações longas apresentaram escores significativamente mais altos de ansiedade na prestação de cuidados ($p = 0,019$). Na regressão logística, a sobrecarga do cuidador [$\beta = 4,6$ (IC95%: 3,1-6,1), $p < 0,001$] e o planejamento da gestação [$\beta = 1,2$ (IC95%: 0,2-2,3), $p = 0,026$] mostraram-se associados ao vínculo mãe-bebê ($r^2 = .29$, $F(2,101) = 22,4$, $p < 0,001$), explicando cerca de 30% da variação nos escores do PBQ. **Conclusões:** A permanência prolongada do par em ambiente hospitalar no primeiro semestre de vida não compromete o vínculo mãe-bebê, ainda que aumente a ansiedade materna na prestação de cuidados. Estratégias para aliviar a sobrecarga do cuidador, ampliando o apoio às mães que enfrentam a hospitalização, podem ser essenciais para fortalecer o vínculo e o bem-estar dessas díades.

Palavras chaves: Vínculo. Hospitalização. Saúde mental materna. Sobrecarga de cuidado.

ABSTRACT

Introduction: The first affective relationships are foundational to infant's mental health and have a lasting impact throughout life. The development of mother-infant bonding in an atypical and adverse context, such as prolonged hospital stay due to a child's illness, requires a series of adaptations by the family and potentially adds an overload of difficulties, suffering and restrictions on the care offered by the mother. The objective of this study is to analyze maternal-infant bonding in the context of babies facing long-term hospitalization in the first six months of life and to assess the influence of maternal mental health and caregiver burden on bonding. **Methods:** This was an observational cross-sectional study carried out at the Pediatric Inpatient Unit of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), in the period between August 2019 and February 2020, including mothers and babies aged up to six months. After inclusion, the pairs were classified as long-term (exposed group) or brief hospitalization. Clinical data were collected through the patient's electronic medical record and complemented by interviews with the mothers, who also responded to socioeconomic questionnaires, mother-infant bonding (Postpartum Bonding Questionnaire, PBQ), mental health (Self-Reported Questionnaire, SRQ-20) and caregiver burden (Caregiver Burden Scale, CBS). Data were analyzed in a descriptive and inferential manner. To measure the relationship between the outcome and the exposure variables, a multivariate logistic regression analysis was performed with calculation of relative risk (RR), using the Poisson regression model with robust variance. For all analyzes, a significance level of 5% ($p < 0.05$) and a 95% confidence interval were considered. **Results:** A total of 113 mother-baby pairs were included. Most mothers were young (25.3 ± 4.8 years old), of lower middle class (70.8%) and with up to 12 years of schooling (55.6%); half of the babies had been born by caesarean section. The mean age of the babies was 67 days old (IQR: 44-119). There was no difference in the overall PBQ score between briefly or prolonged hospitalized pairs; however, mothers of babies with long-term hospitalizations had significantly higher scores for anxiety in the provision of care ($p = 0.019$). In the logistic regression, caregiver burden [$\beta = 4.6$ (95% CI: 3.1-6.1), $p < 0.001$] and pregnancy planning [$\beta = 1.2$ (95% CI: 0.2-2.3), $p = 0.026$] were associated with the mother-baby bond ($r^2 = .29$, $F(2,101) = 22.4$, $p < 0.001$), explaining about 30% of the variation in PBQ scores. **Conclusions:** Long-term hospital stay does not affect the development of maternal-infant bonding, although it increases anxiety in the provision of care. Strategies to alleviate caregiver burden, increasing support for mothers who face the baby's hospitalization, may be critical to promote bonding and well-being of these dyads.

Keywords: Maternal-infant bonding. Hospitalization. Maternal mental health. Caregiver burden.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figure 1 - Correlation between PBQ scores (impaired bonding) and caregiver burden on the CBS.....	63
Figure 2 - Association between PBQ bonding scores and pregnancy planning.....	64

LISTA DE TABELAS

Table 1 - Sample characteristics.....	60
Table 2 - Self-reported maternal-infant bonding, psychopathological symptoms and caregiver burden in dyads experiencing long-term and short-term hospitalization.....	61
Table 3 - Multivariate regression analysis for predictors of maternal-infant bonding, controlling for group, maternal psychopathological symptoms and socioeconomic level.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

CBS - *Caregiver Burden Scale*

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DPP - Depressão Pós-Parto

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

PBQ - *Postpartum Bonding Questionnaire*

RR - Risco relativo

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SRQ-20 - *Self-Report Questionnaire*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI - Unidades de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 A FORMAÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ	18
2.2 AS POSSÍVEIS DESORDENS NA FORMAÇÃO DO VÍNCULO.....	22
2.3 A HOSPITALIZAÇÃO COMO INTERFERÊNCIA NA FORMAÇÃO DO VÍNCULO	25
2.4 SAÚDE MENTAL MATERNA.....	27
2.5 SOBRECARGA DO CUIDADOR: DESEMPENHANDO O PAPEL MATERNO NO HOSPITAL.....	30
3 JUSTIFICATIVA	33
4 OBJETIVOS	33
4.1 OBJETIVO GERAL	33
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
5 HIPÓTESES.....	34
6 METODOLOGIA.....	34
6.1 DELINEAMENTO.....	34
6.2 LOCAL DA PESQUISA	34
6.3 AMOSTRA	35
6.3.1 Critérios de inclusão	35
6.3.2 Critérios de exclusão	35
6.4 LOGÍSTICA DO ESTUDO E AMOSTRAGEM	36
6.5 INSTRUMENTOS.....	37
6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	38
6.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO	39
6.7.1 Fator em estudo.....	39
6.7.2 Critérios para alocação de grupo.....	39
6.7.3 Outras variáveis independentes estudadas	40
6.8 CÁLCULO AMOSTRAL	40
7 ASPECTOS ÉTICOS	41

8 REFERÊNCIAS.....	41
9 ARTIGO ORIGINAL	51
10 CONCLUSÃO.....	71
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
APÊNDICE B – DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS.....	75
ANEXO C – ABEP – CRITÉRIO BRASIL 2018.....	76
ANEXO D – PBQ – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO VÍNCULO AFETIVO MÃE- BEBÊ NO PÓS-PARTO	77
ANEXO E – SRQ-20-SELF REPORT QUESTIONNAIRE-INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL MATERNA.....	78
ANEXO F – CAREGIVER BURDEN SCALE.....	79

1 INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é considerado um dos eventos mais importantes e marcantes para o contexto familiar, implicando em mudança de funções dos subsistemas. O casal passa do sistema conjugal, até então conhecido, e assume a função parental, inaugurando uma nova etapa do ciclo vital (RELVAS, 2004). Mesmo quando esperado e desejado, o nascimento de um filho dá início à vivência de um processo irreversível, no qual uma nova identidade precisa se constituir para todos os membros da família, provocando uma reorganização de papéis e funções (RELVAS, 2004). Esse conjunto de mudanças exige um período de adaptação, no qual o bebê começa a tomar o seu espaço e, a partir dele, se redefinem as relações entre os membros da família (GIAMPINO, 2007).

A gestação pode fazer com que os pais revivam lembranças e experiências passadas (KLAUS *et al.*, 2000). Particularmente para a futura mãe, o desejo de ter um filho tipicamente tem início antes da gestação, por meio das primeiras relações e identificações da mulher, passando pela infância e adolescência, até constituir-se na gestação propriamente dita (PICCININI *et al.*, 2008). A gestação e o nascimento do filho são acompanhados de sentimentos intensos, como alegria, tristeza, satisfação e insatisfação. Desde esse momento, a mulher passa a assumir o papel de mãe, o que lhe impõe um novo funcionamento dentro do sistema familiar (FREITAS *et al.*, 2007) e lhe demanda adequar seus relacionamentos e estilo de vida às necessidades do bebê (ALVES *et al.*, 2007).

As mulheres passam, nesse período, por significativas mudanças físicas, hormonais, psíquicas, sociais e afetivas, relacionadas ao processo de gestação, parto e pós-parto, contribuindo para uma maior vulnerabilidade a distúrbios emocionais (RAPHAEL-LEFF, 2000). São modificações complexas e individuais, capazes de

desencadear medos, dúvidas, angústias ou simplesmente a curiosidade de entender o que está acontecendo com seu corpo (PICCININI *et al.*, 2008). Sabe-se que o modo como a mulher lida com estes sentimentos poderá influenciar diretamente na sua relação com a criança (MALDONADO, 1997).

O nascimento de um filho é um evento marcante e frequentemente associado a sentimentos de ambivalência (MALDONADO, 2002). Ao lado da alegria pelo nascimento do filho, é comum as mães apresentarem, também, sentimentos de vulnerabilidade, desânimo e incapacidade, conferidos às significativas mudanças que acompanham a maternidade. A contar do parto, rompe-se a imagem idealizada do bebê e este se torna um ser fisicamente independente da mãe, sendo necessário que esta dê um novo significado à relação, compreendendo seu novo papel (BORSA; DIAS, 2004). Neste contexto, apontam Klaus *et al.* (2000), o apoio desprendido à mãe torna-se componente essencial para as mulheres, pois é com base neste suporte que ela se assegura para experienciar e ressignificar a maternidade.

O conceito de parentalidade tem se modificado ao longo dos anos, acompanhando transformações sociais, econômicas e culturais (NARVAZ; KOLLER, 2006). Diante dessas mudanças, antes mesmo do nascimento, os pais constroem um lugar para essa criança, geralmente estabelecido nas suas expectativas, sendo compostas por projeções de toda ordem: sonhos a que tiveram que renunciar, cabendo à criança realizá-los; reconhecimento; semelhanças familiares; tudo isso vai elaborar um espaço deste bebê imaginário (MOSGENSTERN, 2011). É esse bebê imaginário, detentor de uma carga e história transgeracional, que vai receber o bebê real. Os pais edificam um lugar para seu filho partindo do bebê imaginário, ou seja, projetam na criança as suas fantasias e expectativas e a recebem, na maioria das vezes, num lugar desejado (ZORING, 2010).

Nas primeiras semanas, a díade está começando a se reconhecer, uma vez que, por enquanto, não se estabeleceu um padrão de comunicação entre a mãe e o bebê. O início do aprendizado sobre as necessidades do bebê transcorre sobre o pano de fundo de uma relação ainda pouco estruturada, não-verbal e intensamente emocional. Essas características propiciam, de forma mais acentuada, a possibilidade de interpretações projetivas por parte da mãe. Na ambivalência das atitudes da mesma em relação ao bebê, a hostilidade é seguidamente reprimida por formações reativas (SOIFER, 1992; MALDONADO, 2002). Compreende-se assim que principalmente os três primeiros meses após o parto marcam um período importante quanto à formação do vínculo, tanto para a mãe quanto para o bebê, podendo ser determinante para a qualidade da ligação afetiva que irá se estabelecer a partir daí entre eles (MALDONADO, 2002; BORSA; DIAS 2004).

Para Winnicott (1987), as primeiras relações afetivas sedimentam as bases da saúde mental do bebê e têm impacto duradouro ao longo da vida. As trocas de olhares e o toque durante situações cotidianas de higiene, amamentação e sono se constituem como momentos importantes da interação mãe-bebê, iniciando, desta forma, a construção do vínculo. Os sinais que o bebê emite em resposta ao investimento materno – como o sorriso, o choro e as vocalizações – são essenciais para que a mãe se sensibilize, despertando nela uma reação que retroalimenta este processo (SILVA; PORTO, 2016).

O vínculo da mãe com o bebê é compreendido como a capacidade materna em proporcionar amor, cuidado e proteção suficientes para que seu filho seja atendido em suas necessidades físicas e emocionais. Mesmo que o vínculo seja primariamente direcionado da mãe para o filho, ele não é vivenciado de forma unilateral: a criança desempenha um papel muito importante, já que o seu comportamento exerce forte

influência nas emoções maternas. Nessa troca, o amor, o cuidado e a proteção materna ajudarão a modular as reações da criança (SROUFE, 1997; NORIUCHI *et al.*, 2008).

Contudo, nem sempre o nascimento do bebê transcorre da forma antecipada e desejada pelos pais. No mundo, estima-se que 30 milhões de recém-nascidos precisam ser hospitalizados no primeiro ano de vida e 2,5 milhões morrem ainda no primeiro mês (OPAS BRASIL, 2018). Dentre estes, estão recém-nascidos com complicações relacionadas a prematuridade, lesões cerebrais, infecções bacterianas graves e condições congênitas. Nesses cenários, dolorosamente adversos, as expectativas da família precisam rapidamente se ajustar frente ao iminente risco de morte ou substancial perda de potencial humano. Muitas dessas condições congênitas ou neonatais têm consequências marcantes não apenas sobre o bem-estar e a saúde imediatos, mas sobre a qualidade de vida da criança ao longo dos anos, frequentemente resultando em doenças crônicas e deficiências físicas e mentais de longo prazo.

Frente à hospitalização do bebê e, por conseguinte, da mãe, os membros dessas famílias passam a apresentar alto risco para o desenvolvimento de sintomas mentais, muitas vezes agravados por dificuldades de ordem prática, como problemas financeiros. Em conjunto, esse somatório de adversidades iniciais pode provocar – mesmo depois da estabilização da condição clínica do bebê e sua decorrente desospitalização – uma cascata de efeitos prejudiciais no posterior desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança.

Alguns autores sugerem que o aparecimento de uma doença grave no bebê faz com que a família viva uma imensa decepção, tendendo a gerar constrangimentos, vergonha e culpa nos pais (SINASON, 1993). Essa gama de sentimentos negativos

leva a um estado de desequilíbrio psíquico, na medida em que quebra a imagem do filho ideal, podendo atingir todo o sistema familiar (DIAS, 2006). Mesmo que o filho melhore e supere as dificuldades impostas pelas questões de saúde, essa experiência inicial torna-se um registro marcante na vida da família, mormente pela identificação maciça que precisa acontecer entre mãe e bebê (SCHORN, 2002).

A formação do vínculo mãe-bebê dentro de um ambiente hospitalar exige uma série de adaptações por parte não apenas da mãe, mas da família como um todo. Além de lidar com as emoções e dificuldades típicas do período, as famílias vivenciam uma sobrecarga de preocupações, cuidados e restrições à interação com o filho. Em vista disso, a saúde mental materna – amiúde já fragilizada no contexto puerperal – corre mais riscos de ser afetada na presença de doença do bebê, implicando em possíveis repercussões sobre o vínculo, a saúde e o cuidado da criança.

Estudos anteriores demonstram que mães com bebês internados podem apresentar percepções distorcidas sobre a evolução do filho, subestimando ou superestimando a evolução do quadro clínico (SCOCHI *et al.*, 2003). Há evidências de que a ansiedade materna com bebês hospitalizados acarreta prejuízos na experiência da criança em relação à aquisição de autonomia e iniciativa para explorar o ambiente, dado que essas mães podem, correntemente, interagir com seus filhos de forma intrusiva ou restritiva demais (DANTAS *et al.*, 2012).

Considerando a crescente necessidade de internação prolongada de recém-nascidos e lactentes e a importância da construção do vínculo no futuro desenvolvimento psicossocial e na saúde mental da criança, torna-se evidente a necessidade de melhor compreender o processo de construção do vínculo mãe-bebê no contexto adverso imposto pela hospitalização.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A FORMAÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ

Numa perspectiva histórica da teoria psicanalítica, o estudo das primeiras relações mãe-bebê aparece no trabalho de Freud, em seu artigo “*Instintos e suas vicissitudes*”, escrito em 1915. Freud defende que a criança possui necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas, sobretudo de alimentação e conforto, e que o bebê se torna interessado em uma figura humana, especificamente na mãe, por ser ela a via para a sua satisfação. Na teoria dos instintos, a vinculação com a figura materna é vista como impulso secundário, ou seja, o bebê só se liga à mãe afetivamente como consequência de ser ela o agente de suas satisfações básicas.

Trabalhando em um orfanato, Spitz (1945) também discorreu sobre as repercussões negativas da ausência de um vínculo inicial. Observou que os bebês, mesmo alimentados e vestidos, não recebiam afeto, nem eram segurados no colo ou embalados. Como decorrência, esses bebês tinham dificuldades no seu desenvolvimento físico, faltava-lhes apetite, não ganhavam peso e, com o tempo, perdiam o interesse por se relacionar, o que, por vezes, levava-os ao óbito. Esse padrão foi descrito como “síndrome do hospitalismo” – o resultado da ausência dos pais e do afeto como fator determinante no desenvolvimento inicial da criança.

Winnicott (1983) escreveu sobre o desenvolvimento emocional primitivo, falando de uma evolução que vai da dependência à independência do bebê, propondo três etapas: dependência absoluta, dependência relativa e autonomia relativa. Para ele, é na primeira fase, chamada de dependência absoluta, que a mãe desenvolve o que nomeou de preocupação materna primária (WINNICOTT, 1982). Esse estado especial vivido pela mãe faz com que ela seja capaz de compreender o bebê por meio de uma capacidade de identificação, constituindo-se, com ele, em uma unidade. O

trabalho da mãe, então, é auxiliar o seu bebê a fazer essa integração. Winnicott (2000) enfatiza que, caso na fase de dependência absoluta, não haja uma mãe capaz de se conectar com seu bebê, este passa a ficar em um estado de não-integração, tornando-se um corpo com partes soltas. De acordo com as ideias sobre o desenvolvimento emocional propostas pelo autor, é aqui que ocorrem as falhas primitivas, ocasionando, posteriormente, o aparecimento de psicopatologias.

Quando o par mãe-bebê funciona bem, o ego da criança é fundamentado em todos os aspectos. O bebê bem cuidado não demora em estabelecer-se como pessoa, ao passo que o bebê que recebe apoio insuficiente ou patológico tende a apresentar padrões de comportamento caracterizados por inquietude, estranhamento, apatia, inibição ou complacência (WINNICOTT, 1998, 2000). O surgimento do sujeito psíquico só é possível quando, por meio dos seus cuidados, a mãe toma seu bebê como alguém que depende dela para se constituir como sujeito, com conteúdos psíquicos próprios. O fato de a mãe supor que o choro e os balbucios do bebê querem dizer algo faz ela perceber e interpretar uma intencionalidade na criança. Ela promove, cotidianamente, o estatuto de um sujeito falante, antes mesmo que a criança fale (JERUSALINSKY, 2011). Desta maneira, tanto a mãe quanto o ambiente devem ser suficientemente bons para que haja, no bebê, uma formação emocional saudável.

Winnicott desenvolveu o conceito de três funções maternas essenciais à formação de vínculo entre mãe-bebê: *holding*, *handling* e apresentação de objetos (WINNICOTT, 2000). O *holding* é a sustentação física e emocional; a mãe como o esteio em uma rotina simples e estável; o *handling* refere-se ao manejo físico, como trocar as fraldas e dar banho, proporcionando ao bebê bem-estar físico e gradualmente integrando a vida psíquica; já a apresentação de objeto envolve a

entrega ao bebê do objeto desejado, fazendo com que ele acredite que o mundo contém o que precisa e deseja.

Winnicott (1998) afirma que é só na presença de uma mãe suficientemente boa que a criança dá início ao processo de desenvolvimento pessoal e real. A mãe suficientemente boa deve ser flexível o bastante para acompanhar o filho em suas necessidades, as quais mudam e evoluem no percurso para a maturidade e a autonomia. Ela precisa ter uma sensibilidade singular, que a faça sentir como se estivesse no lugar do bebê; e é por esta via que responde às suas necessidades, que são inicialmente corporais, e, subsequentemente, às necessidades do ego.

Corroborando as ideias de Winnicott, numa perspectiva mais contemporânea, John Bowlby desenvolveu a teoria do apego, a partir de uma série de pesquisas empíricas iniciadas na década de 1960. Bowlby demonstrou que o processo de desenvolvimento normal da criança inicia fundamentado em uma relação afetiva contínua com a figura de um cuidador, de forma que o estabelecimento de vínculos afetivos é entendido como uma necessidade básica fundamental. Em sua teoria do apego, Bowlby (1969) afirma que o apego é um tipo de vínculo afetivo necessário ao desenvolvimento saudável da criança, trazendo ao bebê suficiente segurança e conforto para que ele se sinta capaz de explorar o mundo e estabelecer relações.

Bowlby (1969) argumentava que a busca por apego era uma propensão inata ou um comportamento biologicamente programado dos seres humanos; assim, os comportamentos demonstrados pelos bebês já nos primeiros meses de vida – tais como sorrir, chorar, tocar e buscar contato visual – seriam manifestações externas desse sistema biologicamente determinado. A proximidade com a figura de apego garantiria ao bebê condições para desenvolver competências necessárias à sua organização psicológica interna (modelo de *self*) (BOWLBY, 1989). Por isso, o vínculo

decorreria de predisposições biológicas não ligadas à satisfação de necessidades básicas, mas sim à manutenção do contato e proximidade com o outro (BOWLBY, 1969).

Nessa concepção, toda criança nasceria com uma necessidade social primária que, geralmente, seria satisfeita pelos contatos sociais com a mãe – a qual se torna sua figura de apego. Em seus estudos, Bowlby (1969) discutia sobre os efeitos desfavoráveis que uma descontinuidade nessa relação ou um cuidado compartilhado entre vários indivíduos poderia ter para o bebê e seu desenvolvimento posterior. A estabilidade da relação e do cuidado, a sensibilidade e a responsividade dos cuidadores são, assim, entendidas como elementos essenciais para a construção do apego.

Dando continuidade à teoria de Bowlby, os estudos de Ainsworth (1978) foram fundamentais na identificação dos diferentes padrões de apego e resultaram em uma classificação formulada a partir de um procedimento elaborado especialmente para este fim, que ficou conhecido na literatura como “situação estranha” (*strange situation*). Trata-se de uma série de sete momentos, em laboratório, em que a criança é observada ao brincar enquanto cuidadores e estranhos entram e saem da sala: a criança, inicialmente, está com a mãe; depois, com a mãe e um estranho; sozinha com o estranho; reunida à mãe; sozinha; e, após, de novo, reunida com o estranho; e, então, com a mãe. Ainsworth (1978) sugeriu que as reações das crianças a essas diferentes situações permitem classificar três tipos de apego: seguro, inseguro-evitativo e inseguro-ansioso.

Segundo este experimento, cerca de 70% das crianças demonstram a forma mais adaptativa de apego – são seguramente apegadas à mãe. Conforme a autora, essas crianças têm mães disponíveis para satisfazer suas necessidades e ser

responsiva a elas. Já 20% apresentam um estilo de apego classificado como inseguro-evitativo, que se desenvolve quando as necessidades da criança muitas vezes não são satisfeitas e ela passa a acreditar que a sua comunicação não tem influência sobre o cuidador. Deste modo, no experimento, ela evita ou ignora o cuidador, demonstrando pouca emoção quando ele deixa ou retorna à sala, e não explora o ambiente de forma livre, independentemente de quem está na sala. Por fim, um percentual menor de crianças (cerca de 10%) desenvolve um padrão de apego inseguro-ansioso, em que a criança tem dificuldades de entender o que ela própria deseja. Esse padrão resulta de um cuidado que ora atende, ora ignora as necessidades da criança, com a atenção sendo dada muitas vezes mais por necessidade do cuidador do que da criança. Na “situação estranha”, essas crianças exploram o ambiente, mas ficam angustiadas com o afastamento da mãe; quando ela retorna, a criança tem uma atitude ambivalente, ora demonstrando ressentimento, ora resistindo à aproximação da mãe.

É possível dizer que os tipos de apego se relacionam à sensibilidade materna – a habilidade da figura materna em perceber, interpretar e responder de forma adequada e contingente aos sinais da criança. A mãe sensível é bastante atenta aos sinais da criança e responde a eles pronta e apropriadamente. No outro extremo, está a mãe insensível, que parece agir quase que exclusivamente de acordo com seus desejos, humores e atividades, podendo responder aos sinais do bebê, mas fazendo-o com atraso (AINSWORTH, 1978).

2.2 AS POSSÍVEIS DESORDENS NA FORMAÇÃO DO VÍNCULO

Envolvimento afetivo reduzido, irritabilidade aumentada, impulsos agressivos ou mesmo, nos casos mais severos, rejeição ao bebê, são algumas das principais

características descritas nas situações em que o vínculo materno se encontra prejudicado (BROCKINGTON *et al.*, 2006). A ocorrência de vínculo prejudicado está associada a diversos fatores pré e pós-natais, podendo resultar em risco aumentado de relação parental abusiva (KITAMURA *et al.*, 2013), interação mãe-bebê pobre (NOORLANDER *et al.*, 2008) e distúrbios de sono e comportamento em crianças (HAIRSTON *et al.*, 2011). Entre os fatores que já foram associados a vínculo materno prejudicado encontram-se ansiedade (KOKUBU *et al.*, 2012), apego inseguro (NONNENMACHER *et al.*, 2016), primiparidade (SUETSUGU *et al.*, 2015), suporte familiar pobre (CINAR *et al.*, 2015), violência por parceiro íntimo (KITA *et al.*, 2016), gravidez indesejada e não planejada (GOTO *et al.*, 2006), parto por cesariana (VAN REENEN; VAN RENSBURG, 2013), prematuridade (FELDMAN *et al.*, 1999), nascimentos do sexo feminino (EDHBORG *et al.*, 2011) e problemas de sono do bebê (HAIRSTON *et al.*, 2011).

Transtornos mentais perinatais são comuns – na verdade, representam a complicação mais comum da gravidez – e estão associados a considerável morbidade e mortalidade materna e fetal/infantil, além de alto custo financeiro com gastos em saúde e seguridade social (HOWARD; KHALIFEH, 2020). Estudos apontam que, em amostras clínicas de díades mãe-bebê, a incidência de vínculo prejudicado alcança até 40% (CHANDRA *et al.*, 2015). Estimativas da prevalência de distúrbios de vínculo na população em geral giram em torno de 10%, com maior prevalência em países de baixa e média renda (EDHBORG *et al.*, 2011; GARCIA *et al.*, 2016; KERSTIS *et al.*, 2016).

Doenças psiquiátricas maternas, sejam elas preexistentes ou emergentes, são comuns no período periparto – principalmente o transtorno depressivo maior, a depressão pós-parto e os transtornos de ansiedade – afetando profundamente a

forma como a mãe interage com seu filho, sendo um fator de risco para o estabelecimento de um bom vínculo mãe-bebê. Há evidências de que sintomas depressivos não apenas são altamente prevalentes nesse grupo, como a gravidade dos sintomas depressivos parece ser importante preditor de vínculo prejudicado (SOCKOL; BATTLE, 2015; LUTKIEWICZ *et al.*, 2020).

Além dos fatores maternos, questões ambientais, em especial aquelas relacionadas ao cenário médico-hospitalar do nascimento do bebê, também estão associadas ao surgimento de problemas de vínculo mãe-bebê. Por exemplo, mulheres que deram à luz por parto vaginal, em comparação com as que fizeram cesariana, relataram menores níveis de rejeição/raiva patológica. O autor acredita que, embora a maioria das mulheres não experimente resultados adversos posteriores o parto cesáreo, o vínculo pode ser afetado porque essas mulheres teriam menor probabilidade de amamentar e, diversas vezes, experimentam um atraso na interação direta com seus bebês (DIMATTEO *et al.*, 1996).

Outro fator que parece interferir negativamente na construção do vínculo mãe-bebê é a prematuridade. A ocorrência de vínculo prejudicado é maior entre bebês nascidos com menos de 37 semanas de idade gestacional (HOWSON *et al.*, 2013), provavelmente em razão de uma complexa dinâmica de fatores que vão desde a experiência potencialmente traumática de um parto prematuro inesperado, passando pelos sentimentos de medo, impotência e ausência de controle frente à condição de saúde do bebê e culminando na ausência ou redução de contato físico da mãe com o bebê (IONIO *et al.*, 2016). Por fim, entre mães de bebês prematuros, não apenas a gravidade do estado médico causa apreensão e pode prejudicar o vínculo, como as características visíveis e externas do bebê podem interferir na construção do vínculo,

ante a incerteza quanto à sobrevivência do recém-nascido ou seu futuro (DEMIER *et al.*, 2000; MÜLLER-NIX; ANSERMET, 2009).

2.3 A HOSPITALIZAÇÃO COMO INTERFERÊNCIA NA FORMAÇÃO DO VÍNCULO

Circunstâncias adversas relacionadas à gestação ou ao nascimento, o surgimento de uma doença ou a identificação de malformação ou patologia congênita podem levar o bebê – e, conseqüentemente, a mãe – à hospitalização. Este evento, que tipicamente representa uma situação crítica e delicada na vida de qualquer indivíduo, quando ocorre no contexto dos primeiros meses de vida da criança, pode afetar de forma significativa e definitiva a relação do par (DIAZ *et al.*, 2014).

A vivência no hospital, frente a todas as suas implicações, está propícia a impor mudanças no modo de viver, agir e na forma como os indivíduos se relacionam no mundo. No caso da hospitalização de bebês, isto pode se acentuar, visto que há uma separação precoce da mãe ou uma interferência externa e restrição aos cuidados maternos (ZANFOLIM *et al.*, 2018), como ocorre frequentemente no contexto das unidades de tratamento intensivo (UTI) neonatal. Como um todo, a rotina dentro do hospital é apontada como um dos principais estressores com os quais o indivíduo se depara neste processo (NEVES *et al.*, 2018).

Protocolos de higiene e segurança, seguidamente rígidos e inflexíveis em razão das necessárias precauções com o paciente, se impõem dentro do ambiente hospitalar e restringem o contato da criança com seu círculo social e familiar. A privacidade e a intimidade em rotinas essenciais – como alimentação, sono e banhos – é perdida; é inevitável a diuturna exposição a ruídos de alarmes, bipes e vozes alheias; há interferência e manipulação da criança e do seu corpo por diversas pessoas não familiares, por conta de exames e procedimentos, frequentemente

invasivos, dolorosos ou desconfortáveis. Além disso, há também o contato (nem sempre desejável) da coabitação de espaço, convivendo de forma intensiva com outros pacientes e seus familiares no mesmo ambiente.

Todos esses aspectos tornam a estadia no hospital difícil e dolorosa para o par mãe-bebê. As famílias passam a “viver” sob normas e rotinas impostas pela estrutura e pela cultura do hospital e de seus profissionais como forma de organizar o trabalho, minimizar os riscos e executar as funções e procedimentos necessários no contexto. Frente às regras e rotinas, o familiar, mais frequentemente a mãe, pode sentir sua vida invadida pela imposição do funcionamento institucional; logo, suas crenças, valores, hábitos de vida e seu contexto social/familiar ficam em segundo plano (BAGGIO *et al.*, 2011).

Sabe-se que, na construção do vínculo mãe-bebê, as características físicas da criança desempenham um papel importante. Neste viés, quando o bebê possui deformidades ou malformações, o estabelecimento de uma relação saudável precisa ser equilibrado entre a figura do bebê idealizado e a do bebê real. Vivenciar interações repetidas ou prolongadas, especialmente quando a criança apresenta limitações físicas, mentais ou doença incurável, pode ser extremamente prejudicial ao estabelecimento de vínculo entre mãe e filho (KLAUS; KENNEL, 1993). A forma corporal da criança pode, ainda, ser alterada por cirurgias e procedimentos, dependência de recursos (como sondas e tubos) e pela própria doença, muito antes dela construir uma imagem de si própria. Em situações muito adversas, a existência de risco à vida provoca afastamento da família e propicia um menor investimento afetivo nessas crianças. Restritas majoritariamente ao cuidado hospitalar, estas crianças, por vezes, são pouco tocadas ou, em outros casos, excessivamente

manipuladas. Trata-se de um cuidado várias vezes doloroso e sem afeto (MOURA *et al.*, 2013).

Para lidar com a hospitalização, a mãe precisa desenvolver estratégias de enfrentamento, no intuito de minimizar os impactos psicológicos que permeiam a situação de adoecimento do bebê. O enfrentamento é definido a partir dos esforços cognitivos (lançando mão de mecanismos de defesa, como rejeição, isolamento, negação), comportamentais ou emocionais realizados para auxiliar nas demandas internas e/ou externas específicas que são vividas como ameaças (CUNHA *et al.*, 2017). Mais do que em qualquer outro contexto, a mãe representa os dados ambientais, ou seja, a mãe é o representante do ambiente (SPITZ, 2000). Durante o processo de hospitalização, surgem diversas emoções como inseguranças, lutos, frustrações e o medo da morte, que precisam ser trabalhadas pela equipe assistencial (e particularmente pelo psicólogo) para que o vínculo mãe-bebê sofra menos impactos negativos, evitando uma fragilização do vínculo e o prejuízo ao desenvolvimento do bebê e da função materna (PERGHER *et al.*, 2014).

2.4 SAÚDE MENTAL MATERNA

A saúde mental materna tem sido objeto de diversas pesquisas nos últimos anos, devido à elevada prevalência de depressão, ansiedade e outros transtornos mentais em gestantes e puérperas, e às suas potenciais consequências prejudiciais na relação mãe-bebê (LI *et al.*, 2008; STEIN *et al.*, 2010; BENER *et al.*, 2012; KLIEMANN *et al.*, 2017). Aspectos como satisfação conjugal, nível educacional, apoio social e histórico de ansiedade e depressão prévios à gestação devem ser investigados e observados por sua associação com possíveis complicações perinatais (MARTINI *et al.*, 2015).

As condições de saúde mental materna, tanto durante a gravidez (DIPIETRO *et al.*, 2010; FIELD, 2011) quanto após o parto (SERVILI *et al.*, 2010), têm sido estudadas como preditoras do desenvolvimento infantil, particularmente na repercussão causada na interação mãe-bebê. O período gravídico-puerperal é o período de maior incidência de transtornos mentais na mulher, sendo a depressão o mais frequente (BENNETT *et al.*, 2004; ANDRADE *et al.*, 2006; CAMACHO *et al.*, 2006). A depressão pós-parto tem uma incidência de até 20% no Brasil; no entanto, quando se considera mulheres de classe econômica menos favorecida e que usam os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), este número pode ser bem maior, chegando a 40% (ROSENBERG, 2007; LOBATO *et al.*, 2011 *apud* PORTO *et al.*, 2017). A depressão pós-parto (DPP) tem início nas primeiras quatro semanas após o parto, com a ocorrência de sintomas como melancolia, tristeza, insônia e agitação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Fatores como baixo nível socioeconômico, estresse durante a gravidez, gestação ou parto complicados, dificuldades no relacionamento com o parceiro e/ou família, baixo suporte familiar, história de psicopatologia, história de abuso sexual, má relação com a própria mãe, falta de autoconfiança, gravidez não planejada, temperamento da criança, situação de desemprego ou instabilidade no trabalho e estresse crônico já foram relacionados ao surgimento de DPP (WYLIE *et al.*, 2011).

Mulheres com histórico de problemas de saúde mental antes da gravidez e parto apresentam maior vulnerabilidade ao estresse durante o desempenho do papel maternal (SEIMYR *et al.*, 2013). A falta de suporte marital e a maternidade precoce (SCHMIED *et al.*, 2013), tal como o estigma associado ao fato de ser mãe solteira (SAWYER *et al.*, 2010), são consideradas situações de risco à saúde mental materna. Ademais, vários estudos mostram que a presença de sintomas de transtornos mentais

é mais frequente em populações vulneráveis do ponto de vista socioeconômico (BRITO *et al.*, 2015; BENNETT *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016).

A ansiedade, no contexto da maternidade, é apresentada como um fenômeno de ordem multifatorial, relacionada a fatores sociodemográficos (ex., menor escolaridade materna, menor idade), desconhecimento acerca dos cuidados com o bebê e presença de outros sintomas psicopatológicos (DONELLI *et al.*, 2017). Existem algumas evidências de que a ansiedade materna, aliada a esses outros fatores, esteja associada ao aparecimento de problemas no bebê, como atraso na linguagem e no desenvolvimento motor, bem como à formação de apego inseguro. Estudos apontam que mães que têm depressão e ansiedade durante a gestação e o pós-parto sofrem representações mais negativas de si mesmas e seus filhos, e desenvolvem relações materno-fetal e materno-infantil mais fracas, podendo levar a prejuízos comportamentais na criança (YOSHIDA; YAMASHITA, 2012; AGNAFORS *et al.*, 2013; O'HIGGINS *et al.*, 2013).

Em síntese, a literatura sobre saúde mental materna assinala uma alta prevalência de sintomas e transtornos mentais no período de gestação e puerpério, com alguns fatores de risco já bem estabelecidos. Por outro lado, os potenciais impactos da saúde mental materna sobre o desenvolvimento do bebê, notadamente o desenvolvimento socioemocional e comportamental, ainda são menos conhecidos. Em parte, essa dificuldade se explica pela complexidade de investigar o impacto das interações iniciais entre mãe e bebê em distintas fases e aspectos do desenvolvimento da criança. A consolidação desta relação (e seus potenciais impactos) é um processo longitudinal, que se estende ao longo do tempo, influenciado pela presença de múltiplos elementos estabilizadores ou desestabilizadores dessa relação – seja um

ambiente adverso (como o hospital), seja uma condição de saúde materna (como transtornos mentais) ou infantil (como um bebê doente) desfavorável.

A criança com problemas de saúde requer atenção e cuidados especiais, gerando ou amplificando sentimentos de ansiedade, insegurança e culpa nos pais, principalmente na mãe. Outrossim, nos contextos hospitalares, a assistência oferecida pela equipe de saúde pode contribuir para o distanciamento entre as partes, quando os cuidados são oferecidos apenas à criança, desconsiderando as necessidades maternas. O conjunto desses fatores, em algumas circunstâncias, desencadeia uma sobrecarga emocional, cujo impacto negativo se dará sobre a saúde dessa mulher, impactando diretamente na forma como ela cuidará de seu filho (THOMAZ *et al.*, 2005).

2.5 SOBRECARGA DO CUIDADOR: DESEMPENHANDO O PAPEL MATERNO NO HOSPITAL

O cuidar é definido como um conjunto de comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, com a finalidade de beneficiar o indivíduo no processo de manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (BOFF, 2014). A sobrecarga do cuidador caracteriza-se por experiências e mudanças relacionadas ao processo de cuidado que podem comprometer práticas e afazeres do cotidiano, exigindo a implementação de novos hábitos, rotinas e a aquisição de novas e maiores responsabilidades. Estas mudanças têm um impacto direto na forma como o cuidador vive, exigindo uma série de adaptações que são capazes de interferir nas suas próprias necessidades e resultar em um acúmulo de atividades, gerando estresse, fadiga, exaustão e até adiamento de planos pessoais (MARTENS; ADDINGTON, 2001; FRANCO, 2002).

A sobrecarga do cuidador pode ser pensada em uma perspectiva subjetiva ou objetiva. A primeira diz respeito à percepção que o cuidador tem do seu trabalho e do quanto a carga de cuidado o abala emocionalmente. Os aspectos objetivos estão relacionados ao impacto sobre questões de saúde, socioeconômicas ou relativas às relações com os outros familiares (FARIAS *et al.*, 2014). Alguns fatores, como idade, gênero e grau de parentesco com o paciente, parecem contribuir para que o cuidador esteja mais propenso a sofrer sobrecarga física e/ou mental referente ao cuidado de um ente. Além disso, alterações comportamentais do paciente contribuem para maior risco de que o cuidador venha a desenvolver sintomas depressivos e ansiosos (FARIAS *et al.*, 2014).

Dentro do núcleo familiar, em particular naqueles envolvendo crianças e adolescentes, as mães são as principais cuidadoras (MACEDO *et al.*, 2015) e mostram-se maioritariamente vulneráveis à sobrecarga, seja ela emocional, física e/ou financeira, sofrendo também pelo impacto das restrições em suas atividades sociais e de lazer (BOURKE-TAYLOR *et al.*, 2011), muitas vezes ao longo de anos. Não obstante, a ampla e crônica dependência da criança enferma implica em diminuição global da qualidade de vida de todos seus cuidadores, posto que os cuidados exigidos pela criança alteram toda a dinâmica familiar (SAMKYA *et al.*, 2014).

No contexto hospitalar, porém, são as mães, em sua grande maioria, as responsáveis por acompanhar os filhos durante a internação, normalmente em tempo integral. A presença do familiar tem, além de um aspecto legal, a finalidade de melhorar a qualidade de vida do paciente, singularmente quando se trata da presença materna no contexto pediátrico. Espera-se da mãe capacidade de confortar e minimizar o estresse imposto à criança por sua condição de saúde e pela própria situação de hospitalização (ROSO *et al.*, 2014). No entanto, o conforto que é

proporcionado à criança gera desgaste físico e emocional à mãe – exposta ao estresse de um somatório de fatores que vão desde suas privações e abdições para cuidar do filho, passando pela dificuldade de se adaptar à rotina no hospital, às preocupações com a saúde do filho, tudo isso somado ao contexto da fragilidade emocional próprio ao período pós-parto (MACEDO *et al.*, 2015).

Assim, o cuidado materno prestado à criança com uma condição crônica de saúde configura-se como uma tarefa exaustiva e geradora de sobrecarga devido a uma gama de necessidades advindas da condição da criança (BANDEIRA; BARROSO, 2005). Alguns estudos avaliaram a sobrecarga do cuidador materno frente a um filho cronicamente doente. O estudo de Barbosa *et al.* (2012), realizado com mães de pacientes com diferentes doenças crônicas, encontrou maiores índices de sobrecarga (86,7%) entre mães de pacientes com doença neurológica crônica, como paralisia cerebral. Outro estudo, realizado por Amaral *et al.* (2018), com cuidadores de crianças com Síndrome de Down, apontou que 53% dos cuidadores têm níveis moderados de sobrecarga e outros 10%, níveis de moderado a severo. Cifras semelhantes (54,5%) foram observadas em cuidadores de crianças com diagnóstico de câncer (ANDRADE *et al.*, 2014).

Uma vez estabelecido o diagnóstico e iniciado o tratamento, habitualmente ocorre um período importante de sofrimento e expectativas, trazendo diversas transformações na vida da família, não somente pela doença, mas por suas repercussões sociais, emocionais, afetivas, culturais e espirituais (ALMEIDA *et al.*, 2006). Os familiares e, em especial, o cuidador principal, podem, neste contexto, precisar de atendimentos de saúde mental, pelo abalo psicológico que a situação traz, somado ao isolamento social e eventuais dificuldades financeiras ou mesmo emocionais de seguir adiante. É nesse sentido que as ações voltadas à família e ao

cuidador devem atuar, buscando fortalecer os laços entre a família, a instituição e os profissionais de saúde (COLVERO *et al.*, 2004).

3 JUSTIFICATIVA

No contexto atual de avanço das tecnologias de saúde, muitos bebês são hospitalizados por longos períodos nos primeiros meses de vida. Com isso, o outrora atípico cenário da construção do vínculo mãe-bebê dentro do ambiente hospitalar tornou-se uma realidade cada vez mais frequente. Diante deste quadro, é essencial identificar fatores associados à formação de um vínculo saudável, mesmo num contexto de evidente adversidade.

Reconhecendo o duplo e possivelmente indissociável papel da mãe no cenário da hospitalização do bebê – em que ela exerce a função materna e a função de cuidador principal – é importante compreender como o processo de hospitalização, a saúde mental materna e a sobrecarga do cuidador afetam a formação do vínculo mãe-bebê. O melhor entendimento desses aspectos pode resultar no desenvolvimento de estratégias preventivas e abordagens terapêuticas que auxiliem as famílias frente a tais circunstâncias adversas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o vínculo mãe-bebê no contexto de bebês hospitalizados de forma prolongada nos primeiros seis meses de vida em um hospital universitário brasileiro.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Avaliar a correlação entre o vínculo mãe-bebê e a saúde mental materna;
- b) Avaliar a correlação entre o vínculo mãe-bebê e a percepção materna de sobrecarga de cuidados com o filho;
- c) Avaliar a associação entre o vínculo mãe-bebê e variáveis sociodemográficas maternas.

5 HIPÓTESES

- a) Não há diferença nos escores de ligação mãe-bebê no PBQ entre os grupos (hospitalização breve vs prolongada), uma vez que a hospitalização prolongada não interfere na formação do vínculo mãe-bebê.
- b) Mães com maior sintomatologia de doença mental têm maior prejuízo na formação do vínculo (ie., maiores escores no PBQ correlacionam-se com maiores escores no SRQ).
- c) A sobrecarga de cuidados percebida pela mãe interfere no vínculo mãe-bebê (ie., maiores escores no PBQ correlacionam-se com maiores escores no CBS).

6 METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo transversal observacional.

6.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no período de agosto de 2019 a fevereiro de 2020.

A datar da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE:16243219.9.0000.5327), aprovado pelo CEP-HCPA, foi iniciada a coleta de dados.

6.3 AMOSTRA

Foram convidadas a participar do estudo mães de bebês menores de 6 meses internados na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que atendessem aos critérios abaixo listados.

6.3.1 Critérios de inclusão

Do bebê: Paciente com idade inferior a 6 meses no momento da inclusão; internado na Unidade de Internação Pediátrica (10º andar) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de estudo;

Da mãe: maior de 18 anos; autoidentificada como cuidadora principal da criança; alfabetizada; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6.3.2 Critérios de exclusão

Pacientes desacompanhados diariamente ou na maior parte dos dias;

Pacientes acompanhados na maior parte do tempo por familiares ou outros acompanhantes que não a mãe (avó, pai, outros parentes);

Pacientes em processo de destituição de guarda ou adoção.

6.4 LOGÍSTICA DO ESTUDO E AMOSTRAGEM

A identificação de potenciais participantes foi realizada através de consulta ao sistema de prontuários eletrônicos (AGHUSE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em três dias na semana (às segundas, quartas e sextas-feiras), durante todo o período de estudo (agosto de 2019 a fevereiro de 2020), à exceção do período entre 28 de dezembro e 5 de janeiro, em que não foi realizada coleta. Após a identificação dos pacientes internados na Unidade, com idade compatível com o estudo, a coleta deu-se à beira do leito, a partir do convite e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), feitos pela pesquisadora às mães que atendessem aos critérios descritos acima.

Posteriormente à explicação da pesquisa e seus objetivos e à assinatura do TCLE, deu-se início ao preenchimento dos questionários referentes ao histórico de saúde da criança e dados sociodemográficos, em conjunto com a mãe. Informações desconhecidas pela mãe foram buscadas junto ao prontuário eletrônico da criança. Por fim, os demais instrumentos utilizados na pesquisa (PBQ, SRQ e CBS) foram entregues em envelope fechado para que as mães o respondessem com privacidade. Combinou-se com as participantes que a pesquisadora retornaria algumas horas depois para tirar dúvidas e/ou recolher e selar os questionários.

Para manter o anonimato das participantes, assim que houve o recolhimento dos questionários, foram entregues a uma outra pesquisadora que fez o cegamento deste processo. Os envelopes foram etiquetados com códigos para que, no momento da avaliação dos questionários, não fosse possível identificar as mães participantes ou seus filhos. O banco de dados construiu-se com os instrumentos desidentificados, codificados de forma alfanumérica. Uma segunda pesquisadora (TC) atuou na

construção e organização de um banco de dados paralelo, onde constavam o nome da mãe, o nome do bebê e o respectivo prontuário, caso houvesse necessidade de verificar, *a posteriori*, alguma variável clínica refnente ou discordante.

6.5 INSTRUMENTOS

Ficha de dados do histórico de saúde das crianças: Instrumento para coletar, via entrevista e prontuário eletrônico, características clínicas dos bebês da amostra (APÊNDICE B).

Critério de classificação socioeconômica (Critério Brasil): Questionário para avaliação do perfil socioeconômico das mães, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2009) (ANEXO C). Essa classificação é feita com base na posse de bens e não com base na renda familiar. Para cada bem possuído há uma pontuação e cada classe é definida pela soma dessa pontuação. As classes definidas são A1, A2, B1, B2, C, D e E;

Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ): Escala originalmente desenvolvida em 2006 e adaptada para o português brasileiro por Baldisserotto *et al.*, em 2018. Trata-se de uma escala multidimensional de autopreenchimento que avalia a qualidade do vínculo entre mãe e bebê, sendo composta por 25 itens divididos em quatro dimensões, cada item variando de 0 (nunca) a 5 (sempre). As dimensões são F1 – ligação danificada ao bebê; F2 – rejeição e raiva; F3 – ansiedade em relação a prestação de cuidados; e F4 – risco de abuso. Quanto maior a pontuação em um item, pior a avaliação de cada dimensão (ANEXO D);

Self-Reporting Questionnaire (SRQ): Escala criada pela OMS na década de 1980, com validação para o contexto brasileiro em 1986 (MARI; WILLIAMS, 1986). Trata-se

de um instrumento de triagem, autoaplicável, para o rastreio de sintomas, sugerindo nível de suspeição (presença/ausência) de algum transtorno mental. As respostas são dicotômicas do tipo sim/não (HARDING *et al.*, 1980). Tem um escore máximo de 20 pontos, com ponto de corte em 7 pontos (ANEXO E);

Caregiver Burden Scale: Escala desenvolvida originalmente por Zarit *et al.* (1986) e validada no Brasil (MEDEIROS *et al.*, 1998). Trata-se de uma escala composta por 22 questões agrupadas em cinco dimensões (tensão geral, isolamento, decepção, envolvimento emocional e ambiente), cobrindo áreas como saúde, bem-estar mental, relações pessoais, sobrecarga física, suporte social, finanças e ambiente. Cada questão apresenta quatro tipos de resposta (de modo algum, raramente, algumas vezes ou frequentemente), assumindo valores de 1 a 4, respectivamente. O escore para cada dimensão é obtido pela média aritmética dos valores de cada item que compõe a dimensão. O escore global decorre da média aritmética dos escores atribuídos aos 22 itens, podendo variar de 1 a 4, sendo maior quanto maior o impacto (ANEXO F).

Caso fosse identificada, durante entrevista, a necessidade de acompanhamento ou diagnóstico de saúde mental da mãe, a equipe de internação responsável pelo paciente era devidamente informada pelo pesquisador, sugerindo atendimento junto ao Serviço de Psicologia ou Psiquiatria do HCPA (como já é feito rotineiramente na Unidade de Internação Pediátrica), durante o período de internação da criança.

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados de forma descritiva, com cálculo de frequências, percentuais, medianas e intervalos interquartis. O teste t de Student ou análise de variância (ANOVA) foram utilizados para calcular diferença nas médias entre dois ou mais grupos, respectivamente; o teste qui-quadrado para detectar diferenças nas proporções entre os grupos de exposição. As variáveis quantitativas foram correlacionadas pelo coeficiente de correlação de Pearson. Para todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e um intervalo de confiança de 95%.

Para mensurar a relação do desfecho vínculo mãe-bebê com as variáveis de exposição realizou-se uma análise de regressão logística multivariada com cálculo de risco relativo (RR) e intervalo de confiança de 95%, utilizando o modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Os dados foram analisados com o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0.

6.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO

6.7.1 Fator em estudo

A variável dependente do estudo foi definida como vínculo mãe-bebê medido pelo PBQ. Como o PBQ é composto por quatro fatores independentes, consideramos o fator 1 (F1 – ligação danificada ao bebê) como desfecho principal.

6.7.2 Critérios para alocação de grupo

A fim de estudar o impacto da internação hospitalar prolongada sobre o vínculo, o tempo de internação dos pacientes foi definido como critério para alocação dos sujeitos de pesquisa em dois grupos. Para fins de análise, considerou-se “internação prolongada” os bebês que atendessem a um ou mais dos critérios abaixo:

- duas ou mais internações hospitalares nos primeiros 6 meses de vida (não contabilizando a internação ao nascer);
- tempo de vida relativo no hospital >50% (razão >0,5 entre a idade do bebê, em dias de vida, e o tempo que permaneceu hospitalizado);
- permanência, ao nascer, por >30 dias em UTI neonatal

6.7.3 Outras variáveis independentes estudadas

- a) Fatores sociodemográficos: renda familiar, escolaridade materna, idade materna;
- b) Fatores clínicos: tempo de internação, número de internações, prematuridade, risco gestacional, internação em UTI-neonatal, internação em UTI-pediátrica, necessidade de ventilação mecânica, número de cirurgias prévias, dependência de tecnologia (sonda, ventilação, traqueostomia), aleitamento materno, patologia de base;
- c) Fatores maternos: saúde mental materna (SRQ), carga do cuidador (*caregiver burden scale*), planejamento/aceitação da gravidez.

6.8 CÁLCULO AMOSTRAL

Considerando um poder de 90% e um $\alpha=0,05$, para detectar uma diferença de 5 pontos no escore do PBQ entre os grupos, com base nos desvios-padrão esperados (RECK *et al.*, 2006) nos grupos (7,20 e 8,19), são necessários 50 pacientes por grupo. Este cálculo foi realizado com o programa WINPEPI 11.65 (ABRAMSON, 2011). Considerando possíveis perdas, acrescentaram-se 10% de pacientes em cada grupo, totalizando 55 pacientes para cada um.

7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), por meio da Plataforma Brasil, e aprovado (Parecer 16243219.9.0000.5327). Todas as mães participantes do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), concordando com a participação e os procedimentos da pesquisa.

8 REFERÊNCIAS

- ABRAMSON, J. H. WINPEPI updated: computer programs for epidemiologists, and their teaching potential. *Epidemiologic Perspectives & Innovations*, [s. l.], v. 8, n. 1, 2011.
- AGNAFORS, S. *et al.* Symptoms of depression postpartum and 12 years later-associations to child mental health at 12 years of age. *Matern Child Health J*, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 405-414, 2013.
- AINSWORTH, M. D. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers Hillsdale, 1978.
- ALMEIDA, M. I. *et al.* O ser mãe de criança com doença crônica: realizando cuidados complexos. *Revista Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 36-46, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a05.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

ALVES, A. M. *et al.* A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 416-427, 2007.

AMARAL, E. *et al.* Qualidade de vida e sobrecarga em cuidadores de crianças com Síndrome de Down. *Movimenta* (ISSN 1984-4298), [s. l.], v. 4, n. 2, p. 99-108, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

ANDRADE, L. H. S. G; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiology of women's psychiatric disorders. *Rev. Psiquiatri. Clín.*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ANDRADE, S. F. de O. *et al.* Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Crianças com Câncer. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 34, n. 4, p. 1014-1031, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000401014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 dez. 2020.

BAGGIO, M. A. *et al.* Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 1, p. 25-30, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2020.

BALDISSEROTTO, M. L. *et al.* Adaptação transcultural para o português do Brasil do Postpartum Bonding Questionnaire para avaliação do vínculo pós-parto entre mãe e bebê. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. e00170717, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000706002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 dez. de 2020.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.

BARBOSA, D. C. *et al.* Sobrecarga do cuidado materno à criança com condição crônica. *Cogitare Enfermagem*, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 492-497, 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25830>. Acesso em: 21 mar. 2021.

BENER, A.; GERBER, L. M.; SHEIKH, J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *International journal of women's health*, [s. l.], v. 4, p. 191, 2012.

BENNETT, H. A. *et al.* Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynaecol*, [s. l.], v. 103, n. 4, p. 698- 709, 2004.

BENNETT, I. M. *et al.* Maternal mental health, and child growth and development, in four low-income and middle-income countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, [s. l.], v. 70, n. 2, p. 168-173, 2016. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-2053>.

BOWLBY, J. Apego e perda. Martins Fontes, São Paulo, 1969.

BOWLBY, J. Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Artes Médicas, Porto Alegre, 1989.

BOFF, L. Saber cuidar: Ética do humano. Compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2014.

BORSA, J. C.; DIAS, A. C. G. Relação Mãe e Bebê: as expectativas e vivências do puerpério. Revista Perspectiva, Erechim, v. 28, n. 102, p. 39- 53, 2004.

BOURKE-TAYLOR, H.; HOWIE, L.; LAW, M. Barriers to maternal workforce participation and relationship between paid work and health. J Intellect Disabil Res, [s. l.], v. 55, n. 5, p. 511-520, 2011.

BRITO, C. N. de O. *et al.* Postpartum depression among women with unintended pregnancy. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 49, n. 33, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257>.

BROCKINGTON, I. F.; FRASER, C.; WILSON, D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. Arch Womens Ment Health, [s. l.], v. 9, p. 233–242, 2006. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0132-1>.

CAMACHO, R. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Rev. Psiq. Clín., São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CAVALCANTE, M. C. V. *et al.* Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1683-1693, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501683&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 mar. 2021.

CHANDRA, P. S. *et al.* The establishment of a mother-baby inpatient psychiatry unit in India: adaptation of a Western model to meet local cultural and resource needs. Indian J Psychiatry, [s. l.], v. 57, n. 3, p. 290-294, 2015.

CINAR, N.; KOSE, D.; ALTINKAYNAK, S. The relationship between maternal attachment, perceived social support and breast-feeding sufficiency. J Coll Physicians Surg Pak, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 271-275, 2015.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

CUNHA, A. C. B. *et al.* Discutindo sobre estresse e enfrentamento da prematuridade por cuidadores. Temas em Educação e Saúde, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 41-58, 2017. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9605>. Acesso em: 25 nov. 2020.

DANTAS, M. *et al.* Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 90-106, 2012.

DEMIER, R. L. *et al.* A measurement model of perinatal stressors: Identifying risk for postnatal emotional distress in mothers of high-risk infants. *Journal of Clinical Psychology*, [s. l.], v. 56, n. 1, p. 89-100, 2000. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200001\)56:1<89::aid-jclp8>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200001)56:1<89::aid-jclp8>3.0.co;2-6).

DIAS, M. Uma escuta psicanalítica em neonatologia. *In: MELGAÇO, R. (org.). A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde, educação.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 137-147.

DIAZ, Z. M.; FERNANDES, S. M. G. C.; CORREIA, S. Dificuldades dos pais com bebês internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 85-93, 2014.

DIMATTEO, M. R. *et al.* Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health Psychol*, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 303-14, 1996. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.15.4.303>.

DIPIETRO, J. A. *et al.* Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development*, [s. l.], v. 77, n. 3, p. 573-587, 2006. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00891.x>.

DONELLI, T. M. S.; CHEMELLO, M. R.; LEVANDOWSKI, D. C. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura, *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 21, n. 1, 2017.

EDHBORG, M.; NASREEN, H. E.; KABIR, Z. N. Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2-3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. *Arch Womens Ment Health*, [s. l.], v. 14, p. 307-316, 2011.

FARIAS, C.A. *et al.* Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4819-4827, 2014.

FELDMAN, R. *et al.* The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *J Child Psychol Psychiatry*, [s. l.], v. 40, p. 929-39, 1999.

FIELD, T. Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 1-14, 2011. <https://doi.org/10.4172/2376-127X.1000301>.

FRANCO, R. F. A família no contexto da reforma psiquiátrica: a experiência de familiares nos cuidados e na convivência com pacientes portadores de transtornos mentais. 2002. Dissertação (Mestrado de Psicologia Social) – Curso de Pós-

Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

FREITAS, W. D.; COELHO, E. D.; SILVA, A. T. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 137-145, 2007.

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA-ESTEVE, L. *et al.* Assessment of psychometric properties of the postpartum bonding questionnaire (PBQ) in Spanish mothers. *Arch Womens Ment Health*, [s. l.], v. 9, p. 385-94, 2016.

GIAMPINO, S. *Les mères qui travaillent sont-elles coupables?* Paris, France: Editions Alnin Michel, 2007.

GOTO, A. *et al.* Addressing Japan's fertility decline: influences of unintended pregnancy on child rearing. *Reprod Health Matters*, [s. l.], v. 14, n. 27, p. 191-200, 2006.

HAIRSTON, I. S. *et al.* The role of infant sleep in intergenerational transmission of trauma. *Sleep*, [s. l.], v. 34, p. 1373-1383, 2011. <https://doi.org/10.5665/SLEEP.1282>.

HARDING, T. W. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychol. Medicine*, [s. l.], v. 10, p. 231-241, 1980.

HOWARD, L. M.; KHALIFEH, H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, [s. l.], v. 1, p. 313-327, 2020.

HOWSON, C. P. *et al.* Born too soon: preterm birth matters. *Reproductive Health*, [s. l.], v. 10, Suppl 1, 2013. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-S1-S1>.

IONIO, C. *et al.* Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Eur J Psychol*, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 604-621, 2016. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>.

JERUSALINSKY, J. *A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê.* Salvador: Álgama, 2011.

KERSTIS, B. *et al.* Association between parental depressive symptoms and impaired bonding with the infant. *Arch Womens Ment Health*, [s. l.], v. 19, p. 87-94, 2016.

KITA, S. *et al.* Associations between intimate partner violence (IPV) during pregnancy, mother-to-infant bonding failure, and postnatal depressive symptoms. *Arch Womens Ment Health*, [s. l.], v. 19, p. 623-634, 2016.

- KITAMURA, T. *et al.* Depressive mood, bonding failure, and abusive parenting among mothers with three-month-old babies in a Japanese community. *Open J Psychiatry*, [s. l.], v. 3, n. 3, p. 1-7, 2013. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2013.33A001>.
- KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. Vínculo – Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: ArtMed, 2000.
- KLAUS, M.; KENNEL, J. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: ArtMed, 1993.
- KLIEMANN, A.; BÖING, E.; CREPALDI, M. A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 69-76, 2017.
- KOKUBU, M.; OKANO, T.; SUGIYAMA, T. Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. *Arch Womens Ment Health*, [s. l.], v. 15, p. 211-216, 2012.
- LI, D.; LIU, L.; ODOULI, R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 146-153, 2008.
- LUTKIEWICZ, K. *et al.* Maternal-Infant Bonding and Its Relationships with Maternal Depressive Symptoms, Stress and Anxiety in the Early Postpartum Period in a Polish Sample. *Int J Environ Res Public Health*, [s. l.], v. 17, p. 5427, 2020.
- MACEDO, E., *et al.* Sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica: revisão integrativa. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 769-777, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/105694>. Acesso em: 02 out. 2018.
- MALDONADO, M. T. Comunicação entre pais e filhos: a linguagem do sentir. São Paulo: Saraiva, 1997.
- MALDONADO, M. T. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*, [s. l.], v. 148, p. 23-6, 1986.
- MARTENS, L.; ADDINGTON, J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, [s. l.], v. 36, N. 3, p. 128-33, 2001.
- MARTINI, J. *et al.* Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, [s. l.], v. 175, p. 385-395, 2015.

MEDEIROS, M. M. C. *et al.* Adaptation and validation of the caregiver burden scale to Brazilian cultural milieu. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 38, n. 4, p.193-199, 1998.

MOSGENSTERN, A. Um brilho nos olhos dos pais - a marca do existir da criança. *Revista Brasileira de Medicina Pediatria Moderna*, [s. l.], 2011. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4517. Acesso em: 29 dez. 2020.

MOURA, M. M. D.; GUIMARAES, M. B. L.; LUZ, M. Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 393-404, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2020.

MÜLLER-NIX, C.; ANSERMET, F. Prematurity, risk and protective factors. *In*: ZEANA, JR., C. H. (Ed.). *Handbook of infant mental health*. 3rd ed. New York, NY, USA: The Guilford Press, 2009.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: Da prescrição normativa à subversão criativa. *Revista Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 49-55, 2016.

NEVES, L. *et al.* O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. *Revista Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 1-8, 2018. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0304>.

NONNENMACHER, N.; NOE, D.; EHRENTAL, J.; RECK, C. Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style. *Arch Womens Ment Health*, [s. l.], v. 19, p. 927-935, 2016. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0648-y>.

NOORLANDER, Y.; BERGINK, V.; VAN DEN BERG, M. Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. *Arch Womens Ment Health*, [s. l.], v. 11, p. 49-56, 2008. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0217-0>.

NORIUCHI, M., KIKUCHI, Y., SENOO, A. The functional neuroanatomy of maternal love: mother's response to infant's attachment behaviors. *Biological Psychiatry*, [s. l.], v. 63, p. 415-423, 2008.

O'HIGGINS, M. *et al.* Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Arch Womens Ment Health*, [s. l.], v. 16, p. 381-389, 2013.

PERGHER, D. N. Q.; CARDOSO, C. L.; JACOB, A. V. Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência da mãe. *Estilos da Clínica*, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 40-56, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/81000>. Acesso em: 28 nov. 2020.

PICCININI, C. A. *et al.* Gesta3o e a constituic3o da maternidade. *Psicol. estud.*, Maring3, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008. Disponivel em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14173722008000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2020.

PORTO, R. A. F. *et al.* Aspectos psicossociais da depress3o p3s-parto: uma revis3o sistem3tica. *Id on Line Rev. Psic.*, Piedade, v.11, n. 34, p. 219-245, 2017. Disponivel em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/686/965>. Acesso em: 21 mar. 2021.

RAPHAEL-LEFF, J. Introduction: Technical issues in perinatal therapy. Em: RAPHAEL-LEFF, J. (Ed.). 'Spilt milk' perinatal loss & breakdown. Londres: Institute of Psychoanalysis, 2000. p. 7-16.

RECK, C. *et al.* The German version of the Postpartum Bonding Instrument: psychometric properties and association with postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*, [s. l.], v. 9, n. 5, p. 265-71, 2006.

RELVAS, A. P. O ciclo vital da fam3lia: perspectiva sist3mica. 3. ed. Porto, Portugal: Afrontamento, 2004.

ROSO, C.C. *et al.* Viv3ncia de m3es sobre a hospitaliza3o do filho prematuro. *Revista de Enfermagem UFSM*, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 47-54 2014. Disponivel em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/10246>. Acesso em: 02 out. 2018.

SAMKYA, F. O. *et al.* Qualidade de Vida e sobrecarga de cuidadores de Crian3as com C3ncer. *Psicol. cienc. prof.*, Bras3lia, v. 34, n. 4, p. 1014-1031, 2014. Disponivel em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932014000401014&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 30 set. 2018.

SAWYER, A.; AYERS, S.; SMITH, H. Pre- and postnatal psychological wellbeing in Africa: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, [s. l.], v. 123, n. 1-3, p. 17-29, 2010.

SCHMIED, V. *et al.* Maternal mental health in Australia and New Zealand: A review of longitudinal studies. *Women and Birth*, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 167-78, 2013.

SCHORN, M. Discapacidad, una mirada distinta, una escucha diferente. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2002.

SCOCHI, C. G. S. *et al.* Incentivando o v3nculo m3e-filho em situa3o de prematuridade: as interven3es da enfermagem no Hospital das Cl3nicas de Ribeir3o Preto. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, Ribeir3o Preto, v. 11, n. 4, p. 539-544, 2003.

SEIMYR, L.; WELLES-NYSTR3M, B.; NISSEN, E. A history of mental health problems may predict maternal distress in women postpartum. *Midwifery*, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 122-131, 2013.

SERVILI, C. *et al.* Maternal common mental disorders and infant development in Ethiopia: the P-MaMiE Birth Cohort. *BMC Public Health*, [s. l.], v. 10, n. 693, 2010. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-693>.

SILVA, M. M. J. *et al.* Depression em pregnancy. Prevalence and associated factors. *Invet. Educ. Enferm*, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 342-350, 2016. doi:10.17533/udeia.iee.v34n2a14.

SILVA, R. S.; PORTO, M. C. Importância da interação mãe-bebê. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 73-78, 2016.

SINASON, V. *Your handicapped child*. Londres: Rosendale Press, 1993.

SOCKOL, L. E.; BATTLE, C. L. Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Arch Womens Ment Health*, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 585-93, 2015. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0511-6>.

SOIFER, R. *Psicologia da Gravidez, parto e puerpério*. 6. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1992.

SPITZ, R. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child*, Londres, n. 1, p. 53-75, 1945.

SPITZ, R. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SROUFE, L. A. *Emotional development: the organization of emotional life in the early years*. Cambridge; Nova York: Cambridge University Press, 1997.

STEIN, A. *et al.* Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. *Infant Behavior and Development*, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 273-278, 2010.

THOMAZ, A.C.P. *et al.* Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia*, Alagoas, v.10, n.1, p.139-146, 2005.

SUETSUGU, Y. *et al.* The Japanese version of the postpartum bonding questionnaire: examination of the reliability, validity, and scale structure. *J Psychosom Res*, [s. l.], v. 79, n. 1, p. 55-61, 2015.

OPAS BRASIL. Quase 30 milhões de recém-nascidos prematuros e doentes necessitam de tratamento para sobreviver todos os anos. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5821:quase-30-milhoes-de-recem-nascidos-prematuros-e-doentes-necessitam-de-tratamento-para-sobreviver-todos-os-anos&Itemid=820. Acesso em: 21 mar. 2021.

VAN REENEN, S. L.; VAN RENSBURG, E. The influence of an unplanned caesareansection on initial mother-infant bonding: mothers' subjective experiences. *J Psychol Afr*, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 269-274, 2013.

WINNICOTT, D. W. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. *In*: WINNICOTT, D. W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução Irineo C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artes médicas, 1983. p. 163-174.

WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com o psique-soma. *In*: WINNICOTT, D. W. Da pediatria à psicanálise: textos selecionados. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WINNICOTT, D. W. Preocupação materna primária. *In*: WINNICOTT, D. W. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Tradução Jane Russo. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. p. 491-498.

WINNICOTT, D. W. Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

WYLIE, L. *et al.* The enigma of post-natal depression: an update. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 48-58, 2011.

YOSHIDA, K.; YAMASHITA, H. A Japanese version of Mother-to-Infant Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Arch Womens Ment Health*, [s. l.], v. 15, p. 343-352, 2012.

ZANFOLIM, L. C.; CERCHIARI, E. A. N.; GANASSIN, F. M. H. Dificuldades Vivenciadas pelas mães na hospitalização de seus bebês em Unidades Neonatais. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 38, n. 1, p. 22-35, 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000292017>.

ZARIT, S. H.; TODD, P.; ZARIT, J. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist*, [s. l.], v. 26, p. 260-266, 1986.

ZORNIG, S. M. A-J. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 453-470, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 mar. 2021.

9 ARTIGO ORIGINAL

Foi desenvolvido o artigo: “*Caregiver burden affects mother-infant bonding in the hospital setting*”, submetido a revista *Archives of Women’s Mental Health*.

CAREGIVER BURDEN AFFECTS MOTHER-INFANT BONDING IN THE HOSPITAL SETTING

Juliana B. Brun¹, Thaís S. Chaxim¹, Renata R. Kieling¹

¹Graduate Program in Child and Adolescent Health (PPGSCA)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre, RS
Brazil

Corresponding author:

Renata R. Kieling
Rua Ramiro Barcelos, 2350
Porto Alegre, RS
rrkieling@hcpa.edu.br
ORCID 0000-0001-6407-324X

ABSTRACT

Purpose: To compare maternal-infant bonding in the context of dyads experiencing short-term versus long-term hospitalization in the first six months of the child's life.

Methods: Cross-sectional study including mothers and infants younger than 6 months hospitalized in a large university hospital. Long-term hospitalization was defined based on the number of previous hospital admissions (≥ 2), proportion of lifetime spent in the hospital ($\geq 50\%$) or length of neonatal hospitalization (>30 days). Mothers answered the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) and the Caregiver Burden Scale (CBS). Non-parametric tests were used to compare differences between groups. Linear multiple regressions analyses were performed to analyze the relationship between the independent variables and the PBQ.

Results: A total of 113 mother-infant pairs were included. There was no significant difference in overall PBQ scores between groups ($p=0.897$), although mothers of chronically hospitalized infants presented significantly higher levels of anxiety about care ($p=0.019$). After controlling for group, socioeconomic status, SRQ-20 and CBS scores, caregiver burden ($\beta = 4.6$ (95%CI: 3.1-6.1), $p < 0.001$) and pregnancy planning ($\beta = 1.2$ (95%CI: 0.2-2.3), $p = 0.026$) remained associated with bonding, explaining a significant proportion of variance in PBQ scores (Adjusted $r^2 = .29$, $p < 0.001$).

Conclusion: Long-term infant hospitalization does not affect maternal bonding but is associated with increased levels of care-related anxiety. Support for mothers facing infant hospitalization may be critical to promote bonding and well-being in these dyads.

Keywords: Bonding. Maternal behavior. Caregiver burden. Hospitalized child.

INTRODUCTION

Impaired maternal bonding is characterized by reduced emotional involvement, increased irritability, aggressive impulses or, in most severe cases, rejection of the baby (Brockington et al., 2006). The prevalence of attachment disorders in the general population is estimated in approximately 10% of mother infant-pairs, with a higher prevalence in low and middle income countries (Garcia et al. 2016; Edhborg et al.

2011; Kerstis et al. 2016). In clinical samples of mother-baby dyads the incidence of impaired bonding can be as high as 40% (Chandra et al. 2015).

Several factors have been associated with impaired maternal bonding, including anxiety (Kokubu et al. 2012), insecure attachment (Nonnenmacher et al. 2016), primiparity (Suetsugu et al. 2015), poor family support (Cinar et al. 2015), intimate partner violence (Kita et al. 2016), unwanted and unplanned pregnancy (Goto et al. 2006), caesarean delivery (Van Reenen and Van Rensburg 2013), prematurity (Provenzi et al. 2016), female births (Edhborg et al. 2011) and baby's sleep problems (Hairston et al. 2011). Thus, both prenatal and postnatal factors may result in poor mother-baby interaction, leading to an increased risk of sleep, developmental and behavior disorders in children (Hairston et al. 2011).

Mental disorders represent the most common complication of pregnancy and are associated with considerable maternal and fetal/infant morbidity and mortality, in addition to a high financial burden in health and social care (Howard and Khalifeh 2020). Maternal psychiatric disorders, whether pre-existing or emerging in the peripartum period (especially major depressive disorder, postpartum depression and anxiety disorders), can profoundly affect the way a mother interacts with her child, being a risk factor for inadequate mother-infant bonding. There is evidence that depressive symptoms are not only highly prevalent in this group, but the severity of depressive symptoms appears to be important predictors of impaired attachment (Sockol and Battle 2015; Lutkiewicz et al. 2020).

In addition to maternal factors, environmental issues, especially those related to the medical hospital setting, are also associated with the emergence of mother-infant bonding problems. Thus, for example, women who gave birth by vaginal delivery have been shown to exhibit lower levels of rejection / pathological anger compared to

those who had an emergency cesarean section (Zanardo et al. 2016). Another factor that may negatively interfere in the mother-baby bond is prematurity, although there is some controversy in the literature (Hoffenkamp et al. 2012). The occurrence of impaired bonding is more frequent in extremely premature babies (Provenzi et al. 2016), probably due to a complex dynamic of factors. These mothers may experience the premature labor as a traumatic event in their lives; they often report feelings of fear, shock, helplessness and lack of control over the baby's health condition; moreover, the absence or reduction of skin-to-skin contact between the mother and the baby may play an important role in the formation of an impaired bonding (Ionio et al. 2016).

Hospitalization, particularly of a newborn baby or an infant, is a highly stressful event in the lives of parents and families. Long term hospitalization of a baby, which is as a proxy of chronic pediatric illness, potentially adds further difficulties and reasons for maternal distress and suffering. Both psychological and physiological factors place mothers at increased risk of mental health suffering in this context, possibly impacting maternal-infant bonding.

Thus, the aim of this study was to evaluate whether maternal-infant bonding is affected by long-term hospitalization of the infant in the first six months of life and to characterize factors associated with impaired bonding in the context of children with complex medical issues.

MATERIALS AND METHODS

This was a cross-sectional study carried out in a large public university hospital (Hospital Clínicas de Porto Alegre), in southern Brazil. All patients <6 months of age admitted to the pediatric inpatient unit between August 2019 and February 2020 were actively identified by the researcher (JBB), who visited the wards three days per week

during the study the period. All identified infants and their mothers were screened for eligibility to participate in the study. Patients were invited to participate if mothers were 18 years or older, literate, and self-identified as the primary caregiver. Exclusion criteria were being unaccompanied, being often accompanied by caregivers other than the mother, or being considered for adoption or foster care.

Mothers were informed about study objectives and procedures. After signing the informed consent, participating mothers received an envelope containing three instruments and were given approximately two hours to privately answer the questionnaires. To protect privacy and avoid social judgment bias, all participants were instructed to return the instruments unidentified.

Group ascertainment was defined based on the length of the infant's hospitalization at the time of the interview. Long-term hospitalization was determined by one or more of the following criteria: (1) two or more hospital admissions in the first six months of life (not including emergency room visits or birth/neonatal care); (2) > 50% of infant's lifetime spent as inpatient (ratio > 0.5 between the baby's age, in days, and number of days in the hospital); (3) neonatal ICU stay > 30 days.

INSTRUMENTS

- 1 Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ): A multidimensional self-reported questionnaire composed of 25 items divided into four independent scales: general factor (scale 1), anger and rejection (scale 2), anxiety about infant (scale 3) and incipient abuse (scale 4). Items are rated from 0 (never) to 5 (always), with higher scores indicating more impaired bonding between mother and child. The instrument was validated to Brazilian Portuguese by Baldisserotto et al. 2018.

- 2 Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20): A cost-effective, easy to use screening instrument, developed by the World Health Organization, with twenty items designed to assess the presence of symptoms of common mental disorders. The instrument, which has high face and criterion validity, is based on binary yes/no questions, in which “1” which represents the presence of a symptom, and “0” the symptom is absent, with higher scores indicating greater risk, with a cut-off of 7 points. The Brazilian version was validated in 1986 (Mari and Williams 1986).
- 3 Caregiver Burden Scale (CBS): The instrument is composed of 22 questions divided in five dimensions (general tension, isolation, disappointment, emotional involvement and environment), covering areas such as health, mental well-being, personal relationships, physical overload, social support, financial issues and environment. Each question has four possible answers (not at all, rarely, sometimes, or frequently), assuming values from 1 to 4, respectively. The score for each dimension is obtained by the arithmetic mean of the values of each item that make up the dimension and the global score is the arithmetic mean of the scores attributed to the 22 items. The CBS was developed in 1986 (Zarit et al. 1986) and has been validated to Brazilian Portuguese (Medeiros et al. 1988).

Sociodemographic data were obtained directly from the mother. Clinical information about the infant's health status was collected from the mother and the patient's electronic health record; if information was missing or was unclear, the medical team was consulted.

SAMPLE SIZE

According to Reck et al. (2006), expected the standard deviations for the groups are 7.20 and 8.19. With a power of 90% and an $\alpha = 0.05$, to detect a 5-point difference in PBQ scores between groups, 50 patients would be required per group. This calculation was performed with the WINPEPI 11.65 program (Abramson 2011). Considering 10% of possible losses, a total of 55 patients were needed in each group.

STATISTICAL ANALYSIS

Descriptive data are presented as means and standard deviations or median and 25th and 75th percentiles. χ^2 test was used for crosstabulations with nominal data. Independent-sample t tests or ANOVA were used to compare the means between two or more groups. Nonparametric statistical analyses were applied when data were not normally distributed (Mann-Whitney U test or Kruskal-Wallis test). To minimize the probability of type 1 errors in multiple testing, a significance level of $\alpha = .05$ was adopted, and Bonferroni corrected with respect to multiple testing. To analyze the relationship between the independent variables and the PBQ main index (scale 1), linear multiple regressions analyses were performed with forward stepwise regression. Statistical analyses were performed using SPSS for Windows version 21.0.

RESULTS

A total of 113 mother-infant pairs were included. Mothers were mostly young (mean 25.3 ± 4.8 , range 17-41) and white (70.7%), from low-income households. Approximately 70% had at least 8 years of education; only 8% had college degrees. Thirty percent experienced a high-risk pregnancy, and half of the babies were born under c-section. Infants chronically hospitalized were older, had lower Apgar scores,

lower birth weight, and were more likely to have been exposed to surgical procedures, tube feeding or mechanical ventilation (Table 1).

There was no significant difference in specific maternal infant-bonding scores among acutely and chronically hospitalized dyads ($p=0.897$). There was also no difference in terms of rejection and pathological anger ($p=0.285$); however, mothers of chronically hospitalized infants presented significantly higher levels of anxiety about infant care ($p=0.019$) (Table 2). These indexes represent the three factors of the PBQ, which are independent. In the univariate analysis, there was no difference in presence of psychopathological symptoms (SRQ=7 [5-10] vs 6 [3-9], $p=0.106$) or caregiver burden scores (total CBS=1.68 [1.31-1.95] vs 1.45 [1.23-1.80], $p=0.112$) between groups.

A significant correlation was found between bonding and caregiver burden. All three PBQ sub scores were correlated with total caregiver burden on the CBS, with the highest correlation found for the specific factor, namely impaired bonding ($r_s=0.503$, $p<0.001$) (Figure 1). Maternal self-reported symptoms of psychopathology also correlated positively with mother-infant bonding ($r_s=0.383$, $p<0.001$).

Planned pregnancies were associated with more favorable maternal-infant bonding scores compared to unintended and unwanted pregnancies ($H(2)=7.518$, $p=0.023$) (Figure 2). This association remained statistically significant in the multivariate analysis. After controlling for group, socioeconomic level, SRQ and CBS scores, caregiver burden ($\beta = 4.6$ (95%CI: 3.1-6.1), $p < 0.001$) and pregnancy planning ($\beta = 1.2$ (95%CI: 0.2-2.3), $p = 0.026$) remained associated with bonding, explaining a significant proportion of variance in PBQ scores (Adjusted $r^2 = .29$, $F(2,101) = 22.4$, $p < 0.001$.) (Table 3).

DISCUSSION

We found no difference in the specific scores of maternal-infant bonding among dyads chronically or acutely hospitalized. However, mothers of chronically ill-infants presented higher levels of anxiety about care. Previous studies have reported high levels of maternal stress when caring for a sick infant. Bonacquisti et al. (2019) found that mothers experienced significant anxiety for up to three months during hospitalization in neonatal intensive care units (NICU). Facing the uncertainties of potentially life-threatening situations, mothers of hospitalized infants have also been shown to experience high rates of depressive symptoms (Segre et al. 2014; Trumello et al. 2018), stress (Lisanti et al. 2017; Alkozei et al. 2014), and low self-confidence (Reck et al. 2012). Both the hospital environment and the infant's underlying condition may interfere with how mothers care for their sick child, thus affecting the maternal-infant bond.

In our sample, hospitalization was not associated with different levels of maternal psychopathological symptoms. However, we found a significant association between SRQ scores and maternal-infant bonding. The negative impact of maternal mental health begins in pregnancy and can affect obstetric outcomes, such as preterm delivery and low birth weight (Dunkel and Tanner 2012). In the postnatal period, women are even more susceptible to mental health issues, experiencing higher rates of adjustment disorder, generalised anxiety disorder, and depression (Cristescu et al. 2015). Ultimately, this represents a potential risk to the child; a recent population-based study showed that postpartum depression affects infant development across all domains, from motor skills to the more obvious personal-social abilities (Lubotzky-Gete et al. 2021).

Unplanned pregnancies have also been associated with higher maternal depressive symptoms, especially when mothers also experience high parenting stress (Nelson and O'Brien 2011). An unplanned pregnancy possibly indicates personal, social, and practical circumstances unfavorable to child rearing, therefore signaling increased risk to maternal-infant bonding. There are mixed results in the literature, however, between pregnancy planning and bonding (Pisoni et al. 2014; Cuijilits et al. 2019).

Finally, caregiver burden was the factor most strongly associated with bonding in our study, independently of group status. This suggests that self-perceived fatigue, loneliness, social isolation, physical and mental exhaustion and loss of personal time and independence – typical feelings in women's experience of early motherhood – may underly maternal capacity to bond with the child. Active support from the father, friends and extended family members and having someone to share tasks and activities of daily living, such as bathing, feeding, diapering, and holding, may decrease maternal burden and thus help mothers who struggle with infant bonding.

Our results must be interpreted in the context of some limitations. First, this was a small, convenience sample from one single site, a public tertiary hospital, serving primarily a low and middle-income population. Second, as this was a cross-sectional study, we were not able to establish causality between variables, which would be crucial in assessing the role of maternal psychopathological symptoms. Finally, social desirability and moralistic biases may have affected participants responses, although we were careful to address confidentiality issues with all participants and de-identify all questionnaires.

CONCLUSION

Infant illness, leading to long-term hospitalization, did not affect mother-infant bonding in this study. Nevertheless, these mothers reported increased levels of care-related anxiety, and caregiver burden was associated maternal ability to bond with the child. Strategies to alleviate caregiver burden and increase support for mothers facing infant hospitalization may be critical to promote bonding and well-being in these dyads.

ACKNOWLEDGMENTS

JBB and TC received scholarships from CAPES and CNPq, respectively, during the study period.

Table 1 Sample characteristics. Data presented in n (%), unless noted otherwise

Demographic/clinical information	Total n = 113	Long-term n=62	Short-term n=51	p-value
Infant gender				0.288
Female	46 (40.7)	28 (45.1)	18 (35.2)	
Male	67 (59.2)	34 (54.8)	33 (64.7)	
Skin color				0.802
White	80 (70.7)	43 (69.3)	37 (72.5)	
Brown	16 (14.1)	10 (16.1)	6 (11.7)	
Black	17 (15.0)	9 (14.5)	8 (15.6)	
Socioeconomic class				0.902
B	18 (15.9)	10 (16.1)	8 (15.6)	
C	77 (68.1)	43 (69.3)	34 (66.6)	
D	18 (15.9)	9 (14.5)	9 (17.6)	
Maternal age (years, mean±SD)	25.3 (4.8)	25.6 (6.9)	25.0 (4.9)	0.716
Maternal education				0.298
Primary school	1 (0.8)	0	1 (1.9)	
Lower secondary	23 (20.3)	11 (17.7)	12 (23.5)	
Upper secondary	39 (34.5)	24 (38.7)	15 (29.4)	
High school graduate/some college	41 (36.2)	20 (32.5)	21 (41.1)	
College graduate	9 (7.9)	7 (11.2)	2 (3.9)	
Mode of delivery				0.216
Vaginal	57 (50.4)	28 (45.1)	29 (56.8)	
C-section	56 (49.5)	34 (54.8)	22 (43.1)	
Breastfeeding				0.117
<1 month	19 (16.8)	14 (22.5)	5 (9.8)	
1-2 months	78 (69.0)	38 (61.2)	40 (78.4)	
> months	16 (14.1)	10 (16.1)	6 (11.7)	
High risk pregnancy				0.934
Yes	35 (30.9)	19 (30.6)	16 (31.3)	
No	78 (69.0)	43 (69.3)	35 (68.6)	
Infant surgical procedures				<0.001
1	19 (16.8)	17 (27.4)	2 (3.9)	
>1	13 (11.5)	13 (20.9)	0	
0	81 (71.6)	32 (51.6)	49 (96.0)	
History of mechanical ventilation				0.524
Yes	39 (34.5)	23 (37.0)	16 (31.3)	
No	74 (65.4)	39 (62.9)	35 (68.6)	
History of tube feeding				0.001
Yes	40 (35.3)	30 (48.3)	10 (19.6)	
No	73 (64.6)	32 (51.6)	41 (80.3)	
5' Apgar (median, IQR)	9	9 (8-9)	9 (9-10)	<0.001
Gestational age	38 (36-39)	37 (34-39)	38 (37-39)	0.006
Birth weight	3,025 (2,385-3,380)	2,832 (2,220-3,217)	3,215 (2,920-3,472)	<0.001
Current weight	4,310	4,220 (3,400-5,390)	4,320 (3,600-5,350)	0.742
Infant age (days, median, IQR)	67 (44-119)	97.5 (60.5-132.2)	53 (39-67.5)	<0.001

Table 2 Self-reported maternal-infant bonding, psychopathological symptoms and caregiver burden in dyads experiencing long-term and short-term hospitalization

		Long-term	Short-term	p-value*
PBQ	General factor	5 (2-8)	4 (3-7)	0.897
	Anger & rejection	2 (0-4)	3 (1-5)	0.285
	Anxiety about infant	3 (1-6)	2 (0-4)	0.019
SRQ-20		7 (5-10)	6 (3-9)	0.106
CBS	Total	1.68 (1.31-1.95)	1.45 (1.23-1.80)	0.112
	Isolation	5 (3-6)	4 (3-5)	0.070
	Tension	14 (10-17)	12.5 (10-15)	0.142
	Disappointment	8 (7-10.75)	8 (6.25-10.25)	0.643
	Involvement	5 (3-7)	5 (3-5)	0.239
	Environment	3 (3-5)	3 (3-5)	0.320

*Mann-Whitney U test. PBQ= Parental Bonding Questionnaire; SRQ-20= Self-Reported Questionnaire; CBS=Caregiver Burden Scale

Table 3 Multivariate regression analysis for predictors of maternal-infant bonding, controlling for group, maternal psychopathological symptoms and socioeconomic level

Model		Unstandardized	SE	Standardized	p	95% CI	
						Lower	Upper
H ₀	(Intercept)	5.452	0.397		< .001	4.665	6.239
H ₁	(Intercept)	-2.389	1.315		0.072	-4.998	0.219
	CBS - total	4.807	0.779	0.522	<0.001	3.263	6.351
H ₂	(Intercept)	-4.083	1.481		0.008	-6.975	-1.100
	CBS – total	4.602	0.769	0.499	< .001	3.077	6.127
	Pregnancy plan	1.220	0.539	0.189	0.026	0.150	2.290

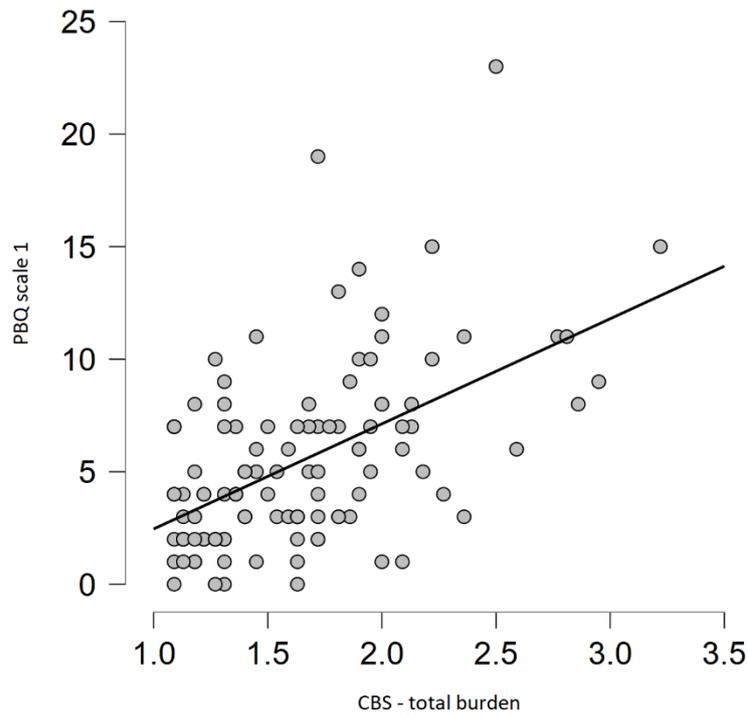


Figure 1. Correlation between PBQ scores (impaired bonding) and caregiver burden on the CBS. PBQ= Postpartum bonding questionnaire. CBS= Caregiver burden scale

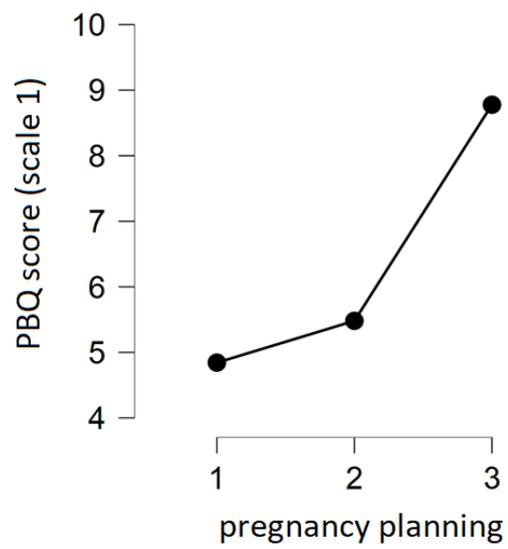


Figure 2 Association between PBQ bonding scores and pregnancy planning ($H(2)=7.518$, $p=0.023$). 1=planned pregnancy; 2=unplanned but well-accepted pregnancy; 3=unplanned and unaccepted pregnancy

REFERENCES

Abramson JH. WINPEPI updated: computer programs for epidemiologists, and their teaching potential. *Epidemiol Perspect Innov* 8: 1. <https://dx.doi.org/10.1186/1742-5573-8-1>

Alkozei A, McMahon E, Lahav A (2014). Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. *J Matern Fetal Neonatal Med* 27: 1738-1743. <https://dx.doi.org/10.3109/14767058.2014.942626>

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2009). Critérios para classificação econômica da ABEP. Available in: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>

Baldisserotto ML, Tema-Filha MM, Griep RH, Oates J, Renó JJ, Cavalsan JP (2018). Transcultural adaptation to the Brazilian Portuguese of the Postpartum Bonding Questionnaire for assessing the postpartum bond between mother and baby. *Cadernos de Saúde Pública*, 34: e00170717. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00170717>

Bonacquisti A, Geller PA, Patterson CA (2020). Maternal depression, anxiety, stress, and maternal-infant attachment in the neonatal intensive care unit. *J Reprod Infant Psychol* 38: 297-310. <https://dx.doi.org/10.1080/02646838.2019.1695041>

Brockington IF, Fraser C, Wilson D (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Arch Womens Ment Health* 9: 233–242. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0132-1>

Chandra PS, Desai G, Reddy D, Thippeswamy H, Saraf G (2015). The establishment of a mother-baby inpatient psychiatry unit in India: adaptation of a Western model to meet local cultural and resource needs. *Indian J Psychiatry* 57: 290-294. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.166621>

Cinar N, Kose D, Altinkaynak S (2015). The relationship between maternal attachment, perceived social support and breast-feeding sufficiency. *J Coll Physicians Surg Pak* 25: 271-275

Cristescu T, Behrman S, Jones SV, Chouliaras L, Ebmeier KP (2015). Be vigilant for perinatal mental health problems. *Practitioner* 259: 19-23, 2-3

Cuijlits I, Van de Wetering AP, Endendijk JJ, Van Baar AL, Potharst ES, Pop VJM (2019). Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. *Infant Ment Health J*. 40:768-785. <https://doi.org/10.1002/imhj.21811>

Dunkel SC, Tanner L (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current opinion in psychiatry* 25: 141-148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>

Edhborg M, Nasreen HE, Kabir ZN (2011). Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2-3 months postpartum: a

population-based study from rural Bangladesh. *Arch Womens Ment Health* 14: 307-316. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0221-7>

Feldman R, Weller A, Leckman JF, Kuint J, Eidelman AI (1999). The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *J Child Psychol Psychiatry* 40: 929-39

Garcia-Esteve L, Torres A, Lasheras G, Palacios-Hernandez B, Farre-Sender B, Subira S, Valdes M, Brockington IF (2016). Assessment of psychometric properties of the postpartum bonding questionnaire (PBQ) in Spanish mothers. *Arch Womens Ment Health* 9: 385-94. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0589-x>

Goto A, Yasumura S, Yabe J, Reich MR (2006). Addressing Japan's fertility decline: influences of unintended pregnancy on child rearing. *Reprod Health Matters* 14: 191-200. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(06\)27233-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)27233-1)

Hairston IS, Waxler E, Seng JS, Fezzey AG, Rosenblum KL, Muzik M (2011). The role of infant sleep in intergenerational transmission of trauma. *Sleep* 34: 1373-1383. <https://doi.org/10.5665/SLEEP.1282>

Howard L M, Khalifeh H (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry* 19: 313-327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>

Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, Mascheroni E, Confalonieri E, Castoldi F, Lista G (2016). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Eur J Psychol* 12: 604-621. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>

Kerstis B, Aarts C, Tillman C, Persson H, Engstrom G, Edlund B, Ohrvik J, Sylven S, Skalkidou A (2016). Association between parental depressive symptoms and impaired bonding with the infant. *Arch Womens Ment Health* 19: 87-94. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0522-3>

Kita S, Haruna M, Matsuzaki M, Kamibeppu K (2016). Associations between intimate partner violence (IPV) during pregnancy, mother-to-infant bonding failure, and postnatal depressive symptoms. *Arch Womens Ment Health* 19: 623-634. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0603-y>

Kitamura T, Ohashi Y, Kita S, Haruna M, Kubo R (2013). Depressive mood, bonding failure, and abusive parenting among mothers with three-month-old babies in a Japanese community. *Open J Psychiatry* 3: 1-7. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2013.33A001>

Kokubu M, Okano T, Sugiyama T (2012). Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. *Arch Womens Ment Health* 15: 211-216. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0279-x>

Lisanti AJ, Allen LR, Kelly L, Medoff-Cooper B (2017). Maternal Stress and Anxiety in the Pediatric Cardiac Intensive Care Unit. *Am J Crit Care* 26: 118-125. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017266>

Lubotzky-Gete S, Ornoy A, Grotto I, Calderon-Margalit R (2021). Postpartum depression and infant development up to 24 months: A nationwide population-based study. *J Affect Disord* 285: 136-143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.042>

Lutkiewicz K, Bieleninik Ł, Cieślak M, Bidzan M (2020). Maternal-Infant Bonding and Its Relationships with Maternal Depressive Symptoms, Stress and Anxiety in the Early Postpartum Period in a Polish Sample. *Int J Environ Res Public Health* 17: 5427. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155427>

Mari JJ, Williams P (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 148:23-6

Medeiros MMC, Ferraz MB, Quaresma MR, Menezes AP (1998). Adaptation and validation of the caregiver burden scale to Brazilian cultural milieu. *Rev Bras Reumatol* 38:193-9

Nelson JA, O'Brien M (2012). Does an Unplanned Pregnancy have Long-Term Implications for Mother-Child Relationships?. *Journal of family issues* 33: 506–526. <https://doi.org/10.1177/0192513X11420820>

Nonnenmacher N, Noe D, Ehrental J, Reck C (2016). Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style. *Arch Womens Ment Health* 19: 927-935. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0648-y>

Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, Stronati M (2014). Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early Human Development* 20: 45-46 [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(14\)50012-6](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(14)50012-6)

Provenzi L, Fumagalli M, Bernasconi F, Sirgiovanni I, Morandi F, Borgatti R, Montirosso R. (2017). Very preterm and full-term infants' response to socio-emotional stress: the role of postnatal maternal bonding. *Infancy*, 22(5): 695-712.

Reck C, Noe D, Gerstenlauer J, Stehle E (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior and Development* 35: 264-272. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.12.005>

Segre LS, McCabe JE, Chuffo-Siewert R, O'Hara MW (2014). Depression and anxiety symptoms in mothers of newborns hospitalized on the neonatal intensive care unit. *Nursing research* 63: 320-332. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000039>

Sockol LE, Battle CL (2015). Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Arch Womens Ment Health* 18: 585-93. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0511-6>

Suetsugu Y, Honjo S, Ikeda M, Kamibeppu K (2015). The Japanese version of the postpartum bonding questionnaire: examination of the reliability, validity, and scale structure. *J Psychosom Res* 79: 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.02.008>

Trumello C, Candelori C, Cofini M, Cimino S, Cerniglia L, Paciello M, Babore A (2018). Mothers' Depression, Anxiety, and Mental Representations After Preterm Birth: A Study During the Infant's Hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit. *Frontiers in public health*, 6: 359. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00359>

Van Reenen SL, Van Rensburg E (2013). The influence of an unplanned caesareansection on initial mother-infant bonding: mothers' subjective experiences. *J Psychol Afr* 23: 269-274. <https://doi.org/10.1080/14330237.2013.10820623>

Zanardo V, Soldera G, Volpe F, Giliberti L, Parotto M, Giustardi A, Straface G (2016). Influence of elective and emergency cesarean delivery on mothers emotions and bonding. *Early Human Development* 99: 17-20. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.05.006>

Zarit Sh, Todd P, Zarit J (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist* 26:260-266

10 CONCLUSÃO

Os achados mostraram que a hospitalização prolongada não afeta diretamente o vínculo mãe-bebê. A longa permanência no hospital – índice ou marcador indireto de gravidade da condição de saúde da criança – parece, entretanto, acarretar um impacto negativo sobre a forma como a mãe vivencia a experiência de cuidar do bebê.

Nesse mesmo sentido, observou-se que o fator de maior impacto sobre o vínculo mãe-bebê no hospital é a sobrecarga do cuidador. A preocupação ampliada com os cuidados de um bebê doente soma-se à fragilidade e ao sofrimento mental de mulheres que se veem sobrecarregadas diante do papel simultâneo e concorrente de ser mãe e cuidadora principal.

O estado emocional da mulher no pós-parto, o adoecimento da criança, o ambiente hospitalar e a falta de suporte familiar parecem formar um conjunto forte de fatores de riscos para problemas de vínculo. Todavia, nosso estudo demonstra que, mesmo diante de vultuosas adversidades, o vínculo mãe-bebê prevalece. Os escores encontrados no PBQ foram relativamente baixos, se comparados a escores em amostras clínicas formadas por mulheres com transtornos de vínculo (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Cabe destacar, ainda, que a intensidade de sintomas emocionais, medidos através do SRQ-20, relatados pelas mães no estudo, não diferiu entre aquelas que se encontravam no ambiente hospitalar há pouco ou muito tempo, sendo os escores relativamente baixos em ambos os grupos. Especulativamente, isso pode ser interpretado tanto como evidência de resiliência materna frente à situação quanto como um sinal de que a vivência dentro do ambiente hospitalar, em si, não é necessariamente agravante à saúde mental materna. Algumas mães, inclusive,

podem sentir-se mais seguras e amparadas pela estrutura hospitalar, amenizando sofrimentos de ordem emocional ou psíquica.

O fato de que o *status* de planejamento da gestação (se planejada, não planejada, mas bem aceita, ou não aceita) mostrou-se associado ao vínculo não é surpresa. Estudos anteriores já haviam demonstrado essa relação (KLAUS *et al.*, 2000), e é de alguma forma esperado que o vínculo com um bebê não desejado seja menor do que com aqueles bebês planejados.

Por último, o papel da sobrecarga do cuidador revelou-se um elemento central na formação do vínculo mãe-bebê no ambiente hospitalar. Esse achado tem implicações práticas relevantes, no sentido de enfatizar a importância de a equipe médica e assistencial estar atenta à presença e ao nível de suporte (família e/ou amigos) de mães com bebês pequenos no ambiente hospitalar. Nesta lógica, caberia, igualmente, discutir possíveis mudanças ou flexibilizações de protocolos e regras institucionais quanto à presença de acompanhantes e horários de visita no contexto de pares em que seja identificado precocemente risco à formação do vínculo.

Este estudo deve ser interpretado no contexto de algumas limitações. A principal delas diz respeito ao desenho transversal, que impede conclusões mais específicas sobre a relação de causalidade entre as variáveis investigadas. Segundo, trata-se de uma amostra de conveniência, de um único hospital, que atende uma população relativamente específica (hospital de alta complexidade servindo famílias de baixa-média renda). Terceiro, nosso grupo controle ou grupo não exposto (díades com hospitalização breve) pode não representar com exatidão as características de uma amostra não-clínica; sua escolha baseou-se no fato de representarem uma amostra com características muito semelhantes do ponto de vista sociodemográfico à população-alvo da investigação. Finalmente, os instrumentos utilizados, breves e de

natureza exploratório-quantitativa, capturam apenas parcialmente a complexidade dos fenômenos que são objeto de interesse deste trabalho.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos achados, evidencia-se a importância de um olhar abrangente sobre a questão da formação do vínculo mãe-bebê no contexto hospitalar. Uma figura completa desse quadro exigiria, além de uma amostra ampla e um estudo longitudinal com anos de seguimento, a análise de muitas outras variáveis – como a função paterna, a ordem de nascimento do bebê na família, as características clínicas da doença da criança, apenas para mencionar algumas. Tais aspectos devem ser investigados em futuros estudos.

Em última análise, os achados reforçam a força e a resistência do vínculo mãe-bebê. O rompimento da expectativa do bebê ideal, a fragilidade e a dificuldade do cuidado materno no hospital e as angústias naturais do contexto de doença do bebê não se revelaram catalisadores de desequilíbrios emocionais capazes de romper ou fragilizar o vínculo com o bebê. Os dados sobre mais de 50 famílias que vivenciaram essa experiência reforçam a força do vínculo mãe-bebê, mesmo diante de forte adversidade.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Projeto: A construção do vínculo mãe-bebê no ambiente hospitalar N° do projeto/CAAE: 16243219.9.0000.5327
 Pesquisador (as): Renata Rocha Kieling e Juliana Brun Ano: 2019

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

N° do projeto GPPG ou CAAE: 16243219.9.0000.5327

Título do Projeto: A construção do vínculo mãe-bebê no ambiente hospitalar

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar o vínculo entre mãe e bebê no ambiente hospitalar. Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob orientação da Profa. Dra. Renata Rocha Kieling. Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação envolverão que você responda diversas perguntas, na forma de questionários auto aplicáveis, sobre você, seu bebê e sua família. Os questionários tratam de questões sobre a sua relação com seu bebê, a sua percepção de como foi a sua própria relação com sua mãe na infância, como você se sente cuidando da criança e como você percebe a sua saúde mental. Você receberá os questionários em um envelope, que deverá ser devolvido ao pesquisador após responder todos os itens. Além disso, o pesquisador irá consultar o prontuário eletrônico do seu filho(a) para obter dados clínicos e sobre o nascimento.

Não são conhecidos riscos pela participação no estudo, mas poderá haver desconforto emocional durante o mesmo, em função da temática. Havendo manifestação de desconforto emocional nos participantes, será oferecido acolhimento psicológico, no HCPA, pela psicóloga pesquisadora deste estudo ou quando houver necessidade, será realizado encaminhamento para o serviço de saúde de referência.

A participação na pesquisa não trará benefício direto à participante, no entanto contribuirá para aumentar o conhecimento sobre o assunto estudado, e se aplicável, trará benefícios a futuros pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não estando previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação, nem custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. O banco de dados não trará o nome dos participantes, apenas códigos de identificação. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Profa. Dra. Renata Rocha Kieling, pelo telefone (51) 3359-8243, Juliana Brun (51) 996873755, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

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

Nome do bebê:

 Nome do participante da pesquisa

 Nome do pesquisador que aplicou o Termo

 Assinatura do participante

 Assinatura do pesquisador

Local e Data: _____

APÊNDICE B – DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Projeto: A construção do vínculo mãe-bebê no ambiente hospitalar
Pesquisador (as): Renata Rocha Kieling e Juliana Brun

Nº do projeto/CAAE: 16243219.9.0000.5327
Ano: 2019

DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO				
Nome:		COD:		Data de nascimento:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Cor: <input type="checkbox"/> branco <input type="checkbox"/> pardo <input type="checkbox"/> negro <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> oriental	Nome do responsável:		Data 1ª avaliação:
Peso	Estatura	Grau de parentesco/relação:		Entrevistador:
DADOS DO NASCIMENTO				
Idade gestacional:	Gestação: <input type="checkbox"/> planejada <input type="checkbox"/> não-planejada, mas bem aceita <input type="checkbox"/> não-planejada, mal aceita	Via de parto: <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> cesariana	Local: <input type="checkbox"/> HCPA <input type="checkbox"/> Outro hospital <input type="checkbox"/> Posto/UBS/UPA <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros (especificar)	Internação UTI-Neo? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Peso de nascimento:	Tipo de parto: <input type="checkbox"/> eletivo/programado <input type="checkbox"/> TP espontâneo <input type="checkbox"/> urgência	Apgar 1/5'':	Número de consultas de pré-natal:	Tempo de internação na neo?
Gestação de alto risco ou complicações periparto? (P.ex., malformação fetal, DMG, HAS/pré-eclâmpsia, idade materna, alterações placentárias, drogas, etc). Especificar. <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não				
ALIMENTAÇÃO, CUIDADOS E ORGANIZAÇÃO FAMILIAR				
Aleitamento materno: <input type="checkbox"/> não foi amamentado/ <1 mês <input type="checkbox"/> 1-2 meses <input type="checkbox"/> 3-4 meses <input type="checkbox"/> 5-6 meses		Aleitamento exclusivo: <input type="checkbox"/> não foi amamentado/ <1 mês <input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 4-6 meses		Leite complementar: <input type="checkbox"/> fórmula láctea <input type="checkbox"/> leite de vaca <input type="checkbox"/> hidrolisado/AA <input type="checkbox"/> leite vegetal
HISTÓRIA MÉDICA				
Dias internado (atual):	Dias internado (total):	Número de internações:	Dias de vida:	
Patologia de base (marcar >1 se necessário): <input type="checkbox"/> prematuridade <input type="checkbox"/> doença respiratória <input type="checkbox"/> doença gastrointestinal <input type="checkbox"/> doença neurológica <input type="checkbox"/> síndrome genética <input type="checkbox"/> patologia cirúrgica	Recursos necessários atuais (marcar >1 se necessário): <input type="checkbox"/> Oxigênio/ventilação <input type="checkbox"/> Sonda de alimentação <input type="checkbox"/> Acompanhamento fono <input type="checkbox"/> Acompanhamento fisio		Cirurgias prévias: <input type="checkbox"/> sim (1x) <input type="checkbox"/> sim (>1x) <input type="checkbox"/> não	

ANEXO C – ABEP – CRITÉRIO BRASIL 2018

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Projeto: A construção do vínculo mãe-bebê no ambiente hospitalar N° do projeto/CAAE: 16243219.9.0000.5327
 Pesquisador (as): Renata Rocha Kieling e Juliana Brun Ano: 2019

ABEP – CRITÉRIO BRASIL 2018

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

Quantidade que possui	Não possui	1	2	3	4+
automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
geladeiras					
freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
lavadora de louças					
fornos de micro-ondas					
motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.		
	Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
1	Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
2	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio incompleto
3	Fundamental completo / Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial incompleto
4	Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
5	Superior completo	Superior Completo

Qual é a renda familiar? Considere a renda mensal em salários mínimos (R\$ 998,00) de todos os moradores do domicílio.

ANEXO D – PBQ – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO VÍNCULO AFETIVO MÃE-BEBÊ NO PÓS-PARTO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Projeto: A construção do vínculo mãe-bebê no ambiente hospitalar
Pesquisador (as): Renata Rocha Kieling e Juliana Brun

Nº do projeto/CAAE: 16243219.9.0000.5327
Ano: 2019

PBQ- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO VÍNCULO AFETIVO MÃE-BEBÊ NO PÓS-PARTO

Você vai responder algumas perguntas sobre a sua relação com o seu bebê. Não existem respostas certas ou erradas. Escolha a resposta que represente melhor sua experiência atual com o seu bebê.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muitas vezes	Sempre
1. Com que frequência você se sente emocionalmente ligada ao seu bebê?						
2. Com que frequência você gostaria de voltar ao passado, ao tempo em que você ainda não tinha um bebê?						
3. Com que frequência você se sente emocionalmente distante do seu bebê?						
4. Com que frequência você adora ninhar o seu bebê?						
5. Com que frequência você se sente arrependida de ter tido seu bebê?						
6. Com que frequência você sente que esse bebê não parece ser seu?						
7. Com que frequência seu bebê te dá nos nervos?						
8. Com que frequência seu bebê te irrita?						
9. Com que frequência você fica feliz quando seu bebê dá um sorriso ou uma gargalhada?						
10. Com que frequência você sente que ama seu bebê?						
11. Com que frequência você gosta de brincar com o seu bebê?						
12. Com que frequência seu bebê chora demais?						
13. Com que frequência você se sente presa como mãe, não tendo mais tempo ou liberdade para fazer as coisas que fazia quando não tinha seu bebê?						
14. Com que frequência você fica com raiva do seu bebê?						
15. Com que frequência você fica magoada com o seu bebê?						
16. Com que frequência você acha que o seu bebê é o mais lindo do mundo?						
17. Com que frequência você gostaria de houvesse uma maneira do seu bebê deixar de existir?						
18. Com que frequência você já fez coisas prejudiciais ao seu bebê?						
19. Com que frequência o seu bebê te deixa ansiosa?						
20. Com que frequência você sente medo do seu bebê?						
21. Com que frequência você sente que o seu bebê te incomoda?						
22. Com que frequência você se sente confiante quando troca a fralda, roupas do seu bebê?						
23. Com que frequência você se sente sem condições emocionais de cuidar do seu bebê e que por isso a única solução seria outra pessoa cuidar dele?						
24. Com que frequência você sente vontade de machucar seu bebê?						
25. Com que frequência seu bebê se acalma com facilidade?						

ANEXO E – SRQ-20-SELF REPORT QUESTIONNAIRE-INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL MATERNA

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Projeto: A construção do vínculo mãe-bebê no ambiente hospitalar N° do projeto/CAAE: 16243219.9.0000.5327
Pesquisador (as): Renata Rocha Kieling e Juliana Brun Ano: 2019

SRQ- 20- SELF REPORT QUESTIONNAIRE- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL MATERNA

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado **nos últimos 30 dias**. Se você achar que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda **SIM**. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda **NÃO**.

	Sim	Não
1. Você tem dores de cabeça frequente?		
2. Tem falta de apetite?		
3. Dorme mal?		
4. Assusta-se com facilidade?		
5. Tem tremores nas mãos?		
6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?		
7. Tem má digestão?		
8. Tem dificuldades de pensar com clareza?		
9. Tem se sentido triste ultimamente?		
10. Tem chorado mais do que o costume?		
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12. Tem dificuldades para tomar decisões?		
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?		
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?		
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?		
19. Você se cansa com facilidade?		
20. Têm sensações desagradáveis no estômago?		

ANEXO F – CAREGIVER BURDEN SCALE

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Projeto: A construção do vínculo mãe-bebê no ambiente hospitalar N° do projeto/CAAE: 16243219.9.0000.5327
 Pesquisador (as): Renata Rocha Kieling e Juliana Brun Ano: 2019

CAREGIVER BURDEN SCALE - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR

Você irá responder questões referente a como você se sente em relação aos cuidados com o seu/sua filho (a), faça uma marca na resposta mais apropriada com a sua vivência.

	De modo algum	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente
1. Você acha que está enfrentando problemas que são difíceis de resolver, ao cuidar do seu parente?				
2. Você acha que está assumindo responsabilidades demais para o bem-estar do seu parente?				
3. Você, às vezes, se sente com vontade de fugir de toda essa situação em que se encontra?				
4. De um modo geral, você se sente cansado e esgotado fisicamente?				
5. Você se sente preso pelo problema do seu parente?				
6. Você acha que é muito desgastante mentalmente cuidar de seu parente?				
7. Você acha que a sua própria saúde tem sido prejudicada pelo fato de estar cuidando do seu parente?				
8. Você acha que passa tanto tempo cuidando de seu parente, que não sobra tempo para você?				
9. Você evita convidar amigos e conhecidos em sua casa, por causa do problema de seu parente?				
10. O tempo para sua vida social, por exemplo, com a família e os amigos diminuiu?				
11. O problema do seu parente impediu você de fazer o que havia planejado nessa fase da sua vida?				
12. Você acha que a vida tem sido injusta com você?				
13. Você esperava que a vida, em sua idade, fosse diferente do que é?				
14. Você se sente sozinho e isolado por causa do problema do seu parente?				
15. Você acha que é cansativo cuidar do seu parente?				
16. Você tem dificuldades financeiras por estar cuidando do seu parente?				
17. Você se sente, às vezes, vergonha do comportamento do seu parente?				
18. Você, alguma vez, já se sentiu ofendido e com raiva de seu parente?				
19. O comportamento do seu parente deixa você em situação embaraçosa, difícil, perante outras pessoas?				
20. O ambiente de sua casa torna difícil para você cuidar de seu parente?				
21. Você se preocupa em não estar cuidando do seu parente?				
22. Existe algo no bairro onde mora seu parente que dificulta você a cuidar dele (ex: dificuldade em pegar transporte difícil acessa a farmácia e/ou serviços médicos, problemas com a vizinhança)?				