



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
Instituto Multidisciplinar em Saúde  
Campus Anísio Teixeira



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**SABRINA AGUIAR CERQUEIRA**

**RELAÇÕES ENTRE ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS,  
QUALIDADE DO VÍNCULO PRIMÁRIO E VINCULAÇÃO MATERNO-  
FETAL EM GESTANTES DE ALTO RISCO**

**Vitória da Conquista - Bahia**

**2024**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
Instituto Multidisciplinar em Saúde  
Campus Anísio Teixeira



**SABRINA AGUIAR CERQUEIRA**

**Relações entre Esquemas Iniciais Desadaptativos, Qualidade do Vínculo Primário e Vinculação Materno-Fetal em Gestantes de Alto Risco**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

**Área de Concentração/CNPQ:** Desenvolvimento Humano e Práticas Educativas na Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Edi Cristina Manfroi

**Coorientadora:** Profa. Dra. Gabriela A. da Silva

**Vitória da Conquista - Bahia**

**2024**

Dedico este trabalho a todas as gestantes de alto risco que necessitam de cuidados ampliados em saúde, especialmente aquelas do Hospital Esaú Matos, que me permitiram fazer parte desta jornada tão incrível que é tornar-se mãe. E a todos os nenéns que pudemos e poderemos alcançar com este trabalho. Faço meus os versos de Flávia Wenceslau...

*“Como mãe singela a te orientar,  
Eu te desejo mais que mil amigos,  
A poesia que todo poeta esperou,  
Coração de menino cheio de esperança,  
Voz de pai amigo e olhar de avô...”*

## AGRADECIMENTOS

“Aproveite-nos, ó Deus, a participação nos vossos mistérios. Fazei que eles nos ajudem a amar desde agora o que é do céu e, caminhando entre as coisas que passam, abraçar as que não passam”. Em tudo devemos render graças a Deus. Pelo dom da vida, pelo talento recebido e até mesmo por todas as dificuldades encontradas ao longo da jornada.

Ao meu pai, pela presença constante em minha vida. Por todas as vivências que me tornaram mais humana e atenta às necessidades dos outros, por ter me ensinado a importância dos estudos para uma vida melhor e por nunca ter poupado esforços para me ver “mestra”. Esse sonho que de início era apenas seu, tornou-se meu também. Estou muito feliz que esteja vendo a realização dele. Também a sua experiência como pai está presente neste trabalho. Recordo-me do álbum de fotografia com recortes das matérias dos jornais que mostravam como o mundo estava no dia em que nasci. Obrigada por tanto.

Mãe, obrigada pela sua experiência de maternidade que inspirou este trabalho. A sua trajetória como mãe e mulher forjou em mim a força necessária para seguir sempre em frente. A psicóloga hospitalar e perinatal que sou hoje nasceu junto com as suas vivências na maternidade, em uma gestação de alto risco e um pós-parto com uma bebê “baixo peso”. Cresci ouvindo sobre as dores e as delícias de ser mãe. Sem dúvida alguma, elas estão aqui, reverberando em um bonito trabalho que tem como foco, nada mais nada menos, que o cuidado e a atenção necessários para a saúde mental materna e a importância de relações de apego seguras.

Aos meus irmãos, Tanau e Rafael, que sempre acreditaram em mim. Obrigada pelo olhar amoroso e orgulhoso, mesmo antes do processo começar.

A Danilo, o amor da minha vida, meu apego mais saudável, minha relação de amor mais reparadora, meu esquema mais adaptativo, meu marido, meu companheiro. Obrigada pela presença atenta, pela partilha diária, por acreditar na minha capacidade quando muitas vezes eu mesma não acreditei. Obrigada por ser e por estar ao meu lado. Você é a minha pessoa.

Às minhas amigas, Fabiana Kubiak, Mariá Lanzotti Sampaio e Jamilly Etinger, que desde o pré-projeto de pesquisa estiveram comigo. Vocês são amigas preciosas. Também agradeço ao meu time de psicólogas, amigas e parceiras do Hospital de Base. Agradeço todo o incentivo, cuidado e manejos emocionais durante todo o mestrado. Vocês são incríveis.

Agradeço à Professora Edi Cristina Manfroi, minha orientadora, pela relação respeitosa construída ao longo deste processo. Obrigada por acreditar em mim e pelas valorosas

contribuições para o meu aprendizado. Sem dúvida nenhuma, você foi a orientadora perfeita para mim. Sem você nada disso teria sido possível. Seguiremos juntas neste vínculo de amizade construído há tantos anos e fortalecido ainda mais nesta dinâmica professora e aluna. Amo muito você.

Gratidão aos professores, em especial às professoras Gabriela Andrade e Monalisa Barros, e demais funcionários dos programas de mestrado em Psicologia da Saúde e Saúde Coletiva do IMS-UFBA.

Aos colegas do NEEDH - em especial agradeço a Henrique, Ketylen e Thamiris, companheiros de orientação a quem recorri incansáveis vezes. Obrigada pela parceria e pelas partilhas ao longo desse processo. Também agradeço enormemente os estudantes de psicologia que se prontificaram para uma coleta de dados cuidadosa e cheia de afeto com as gestantes.

Agradeço a todos os colegas da FSVC, em especial aos queridos Diogo Azevedo, Adriana Matarazzo e Adriana Luz pela compreensão quanto às exigências do mestrado e por todo o apoio dispensado.

Aos meus colegas e amigos da Ânima, Luiz e Natália Alves, por todo o carinho e apoio. Com vocês faço a experiência de ter sonhos compartilhados. Obrigada por tanto.

Por fim, meu agradecimento em especial às pacientes e familiares atendidos no hospital, sobretudo às gestantes de alto risco. A vocês dedico este trabalho e espero sinceramente contribuir para que se sintam mais confortáveis e tranquilas na transição para a parentalidade.

## RESUMO

**CERQUEIRA S.A. Relações entre Esquemas Iniciais Desadaptativos, Qualidade do Vínculo Primário e Vinculação Materno-Fetal em Gestantes de Alto Risco. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2024.**

A história de vinculação mãe e bebê pode ser observada já no período pré-natal, sendo possível identificar fatores que interferem neste processo e que permitem avaliar as expectativas que a mãe apresenta sobre o feto e sobre a interação que estabelece com ele. O presente estudo teve como objetivo investigar em gestantes de alto risco as relações entre esquemas iniciais desadaptativos (EID), qualidade do vínculo com seus cuidadores primários e apego materno-fetal. Para isso, foi realizada uma pesquisa de delineamento quantitativo, descritivo e relacional, utilizando-se de amostra não probabilística por conveniência, com 152 gestantes assistidas pelo Pré-Natal de Alto Risco de um hospital materno-infantil. Os instrumentos utilizados incluem o Questionário Sociodemográfico, o Questionário de Esquemas de Young na forma breve (YSQ – S3), a Escala de Vínculo Materno-fetal (MFAS-Br) e o Parental Bonding Instrument (PBI). Os dados coletados foram analisados por meio do programa JASP versão 18.1 e a análise estatística descritiva foi realizada a partir das medidas de frequência, média (M) e desvio-padrão (DP). Em seguida, foi utilizada análise de regressão por meio de modelagem de equações estruturais (MEE) para verificar o poder explicativo dos EIDs (variáveis independentes) na intensidade do AMF (variável dependente). Os resultados da análise quantitativa não indicaram alterações estatisticamente significativas nesta relação. No entanto, o esquema de Desconfiança/Abuso apresentou valor-p limítrofe, indicando uma possível capacidade de predição positiva. Poucas participantes do estudo (15,8%) apresentaram ativação dos esquemas de abandono e desconfiança/abuso e a análise dos dados sociodemográficos revelou que 61,8% das participantes consideraram receber muito suporte da rede social e muito suporte do pai do bebê (81,6%). Tais resultados destacam possíveis mediadores e outros fatores que podem afetar a formação do AMF e a relação com os EIDs. O apoio do parceiro, compreendido como um suporte social, pode explicar a hipoativação dos dois principais esquemas apresentados, configurando-se como fator protetivo para o AMF, destacando a necessidade de inclusão cada vez maior do parceiro/parceira durante todo o pré-natal e em futuras pesquisas. Os resultados permitiram ainda apontar as limitações do estudo, indicando a necessidade de mais pesquisas nesta temática com um número maior de participantes. Com os dados analisados, foi possível desenvolver os seguintes produtos: (1) artigo de revisão integrativa acerca do apego materno-

fetal em gestantes de alto risco; (2) artigo de relato de pesquisa empírica; (3) vídeo psicoeducativo acerca das relações entre apego materno-fetal e esquemas iniciais desadaptativos, direcionado para gestantes de alto risco e suas famílias.

Palavras-chave: comportamento de apego; gravidez de alto-risco; terapia cognitivo comportamental.

## ABSTRACT

**CERQUEIRA S.A. Relationships between Initial Maladaptive Schemas, Quality of the Primary Bond and Maternal-Fetal Bonding in High-Risk Pregnant Women. Master's Thesis presented to the Postgraduate Program in Health Psychology. Federal University of Bahia, Multidisciplinary Health Institute. Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2024.**

The history of mother and baby bonding can be observed already in the prenatal period, making it possible to identify factors that interfere in this process and that allow evaluating the expectations that the mother has about the fetus and the interaction she establishes with it. The present study aimed to investigate the relationships between initial maladaptive schemas (EID), quality of the bond with their primary caregivers and maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women. To this end, research with a quantitative, descriptive and relational design was carried out, using a non-probabilistic convenience sample, with 152 pregnant women assisted by the High Risk Prenatal Care of a maternal and child hospital. The instruments used include the sociodemographic questionnaire, the Young Schema Questionnaire in brief form (YSQ – S3), the Maternal-Fetal Bonding Scale (MFAS-Br) and the Parental Bonding Instrument (PBI). The collected data were analyzed using the JASP version 18.1 program and descriptive statistical analysis was performed using frequency, mean (M) and standard deviation (SD) measurements. Next, regression analysis using structural equation modeling (SEM) was used to verify the explanatory power of EIDs (independent variables) on AMF intensity (dependent variable). The results of the quantitative analysis did not indicate statistically significant changes in this relationship. However, the Distrust/Abuse scheme presented a borderline p-value, indicating a possible positive predictive capacity. Few study participants (15.8%) showed activation of abandonment and distrust/abuse schemes and the

analysis of sociodemographic data revealed that 61.8% of participants considered they received a lot of support from the social network and a lot of support from the baby's father (81.6%). Such results highlight possible mediators and other factors that may affect AMF formation and the relationship with EIDs. Partner support, understood as social support, can explain the hypoactivation of the two main schemes presented, configuring itself as a protective factor for AMF, highlighting the need for increasing inclusion of the partner throughout prenatal care and in future research. The results also made it possible to highlight the limitations of the study, indicating the need for more research on this topic with a larger number of participants. With the data analyzed, it was possible to develop the following products: (1) integrative review article about maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women; (2) article reporting empirical research; (3) psychoeducational video about the relationships between maternal-fetal attachment and early maladaptive schemas, aimed at high-risk pregnant women and their families.

Keywords: attachment behavior; high-risk pregnancy; cognitive therapy.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Resultados

#### ARTIGO 1

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de seleção de estudos.....30

#### ARTIGO 2

Figura 1. Modelo testado considerando os EIDs como variáveis preditoras e o AMF como variável de desfecho.....62

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

### ARTIGO 1

Tabela 1. Caracterização dos Artigos com Base nos Autores e Ano do Estudo, País de Publicação, Instrumento e Tamanho Amostra.....31

Tabela 2. Descrição dos Objetivos e Principais Resultados dos Artigos Incluídos na Revisão.....33

### ARTIGO 2

Tabela 1. Características sociodemográficas das participantes.....58

Tabela 2. Estatísticas descritivas do MFAS – Versão Breve e do YSQ-S3.....61

## LISTA DE ABREVIATURAS

AMF - Apego materno-fetal

AFC - Análise fatorial confirmatória

ANOVA - Análise de variância

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CDI - Centro Diagnóstico por Imagem

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DWLS- *Diagonally Weighted Least Squares*

EDI - Esquemas Iniciais Desadaptativos

FSVC - Fundação de Saúde de Vitória da Conquista

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMS - Instituto Multidisciplinar em Saúde

MFAS -Escala de Apego Materno-Fetal - Versão Breve

MEC- Ministério da Educação e Cultura

MEE - Modelagem de equações estruturais

NEEDH - Ministério da Cidadania Núcleo Especializado em Estudos em Desenvolvimento Humano.

NEP – Núcleo de Educação Permanente

PBI - *Parental Bonding Instrument*

PNAR - Pré-Natal de Alto Risco

PPGPS - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PTT - Produtos Técnicos e Tecnológicos

SUS - Sistema único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFBA-IMS/CAT-Universidade Federal da Bahia - Instituto Multidisciplinar em Saúde, campus Anísio Teixeira

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	13
2. OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3. HIPÓTESES	18
4. MÉTODO	18
4.1 Local do Estudo	18
4.2 Participantes	19
4.3 Critérios de inclusão	19
4.4 Critérios de exclusão	20
4.5 Instrumentos	20
<b>Questionário de Esquemas de Young na forma breve (YSQ – S3) (Young, 1990; Souza et al., 2020) (Anexo 1)</b>	20
<b>Escala de Vínculo Materno-fetal (MFAS-Br) (Cranley, 1981; Garcia et al., 2021) (Anexo 2)</b>	21
<b>Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker et al., 1979; Teodoro et al., 2010) (Anexo 3)</b>	22
<b>Questionário sociodemográfico para caracterização da amostra (Apêndice B)</b>	22
4.6 Procedimentos de Coleta de Dados	22
4.7 Procedimentos de Análise dos Dados	23
5. Aspectos Éticos	24
6. RESULTADOS	24
6.1 ARTIGO 01	24
Resumo	26
Introdução	27
Objetivos	29
Método	29
Coleta de Dados	29
Análise de Dados	30
Resultados	31
Tabela 1	31
Tabela 2	33
Discussão	37
<b>Fatores Explicativos do Apego Materno-Fetal</b>	37
<b>Apego Materno-Fetal em Gestações de Alto Risco e Saudáveis</b>	38
<b>Fatores Correlacionados ao Apego Materno-Fetal e Variáveis Descritivas</b>	41

	12
<b>Apego Materno-Fetal e Propostas de Intervenção</b>	45
Considerações finais	47
Referências	48
6.2 ARTIGO 02 (Submetido para publicação na Interação em Psicologia em 29 de novembro de 2023).	52
Resumo	53
Método	57
Participantes	57
Tabela 1	58
Instrumentos	59
<b>Questionário de Esquemas de Young - Versão Breve (YSQ-S3; Souza et al., 2020).</b>	59
<b>Escala de Apego Materno-Fetal - Versão Breve (MFAS- Versão Breve; Lima et al., 2022)</b>	59
Procedimentos	60
<b>Coleta de dados</b>	60
<b>Análise de Dados</b>	60
<b>Considerações Éticas</b>	61
Resultados	61
Tabela 2	61
Figura 1	62
Discussão	63
Referências	67
6. 3 Produto Técnico Tecnológico - Minicurso on-line “Vem Neném com Apego!”	74
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	84
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	84
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA GESTANTES	88
ANEXOS	91
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE ESQUEMAS DE YOUNG — YSQ – S3	91
ANEXO 2 - ESCALA DE VÍNCULO MATERNO-FETAL (MFAS-Br)	95
ANEXO 3 - PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)	96

## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O período gestacional é caracterizado por mudanças significativas de natureza fisiológica, socioeconômica, familiar e psicológica. Considerando a dimensão fisiológica da gravidez, sua evolução tende a acontecer sem intercorrências. No entanto, há um grupo menor de mulheres que desenvolvem gestação de alto risco, situação em que a vida ou a saúde da mãe e do bebê têm uma maior chance de serem atingidas do que uma parcela maior da população (Brasil, 2012). De acordo com o Ministério da Saúde (2012), em média 20% das gestações são assinaladas como de alto risco.

Alguns fatores podem interferir no processo gravídico, aumentando as chances de um diagnóstico de alto risco gestacional, com evolução e desfecho desfavorável tanto para a mãe como para o feto. Tais fatores de risco estão descritos na literatura e são relacionados às características individuais, às condições sociodemográficas desfavoráveis, à história reprodutiva anterior, às doenças obstétricas na gravidez atual e às intercorrências clínicas (Rodrigues et al., 2017).

A fim de alcançar um cuidado além dos aspectos fisiológicos, a atenção com a mulher no ciclo gravídico-puerperal necessita um olhar cuidadoso para nuances complexas como a aquisição de novos papéis familiares que permitem o avançar das gerações, a ocupação de um novo papel na família, as alterações pessoais, na relação conjugal e no âmbito profissional (Maffei et al, 2022). Como um evento do desenvolvimento humano, a gestação é um processo normal no ciclo vital da mulher e que exige significativos reajustes em seus papéis até então desempenhados, como, por exemplo, a nova condição de mãe para as primíparas, as alterações na rotina de cuidado com outros filhos para as múltiparas, a necessidade de gerir o tempo para desenvolver as atividades laborais, manter o orçamento doméstico, bem como a formação do vínculo materno-fetal (Maldonado, 2017).

Ainda na ordem das mudanças nos relacionamentos, observa-se também que, a partir da percepção e confirmação da gestação, os aspectos psicológicos se desdobram na relação materno-fetal e podem estar acompanhados por manifestações de ambivalência afetiva, que compreende a coexistência de sentimentos de aceitação e rejeição. A gravidez como um período de transição existencial aponta para a necessidade de novos ajustes e reconfigurações na personalidade da mulher (Maldonado, 2017). Esta transição pode ser vivida como uma experiência de amadurecimento e crescimento, com a expansão de aspectos da personalidade feminina, mas também pode ser marcada por uma intensificação de tendências patológicas

que influenciarão o vínculo com o bebê (Antoniazzi et al., 2019). Desta maneira, se a gravidez provoca mudanças na vida da mulher e também da sua família, uma gestação de alto risco se mostra ainda mais impactante, na medida em que situações adversas como adoecimentos específicos da gestação e malformação fetal podem contribuir para uma experiência gravídica negativa.

Compreende-se, então, que a transição para a maternidade no contexto de risco traz consigo os desafios reais quanto à condição médico-clínica do bebê e da gestante e podem vir associados à hospitalização (Moura et al., 2002). Depreende-se, assim, que o estresse psicossocial e as dificuldades de adaptação emocional estão potencialmente aumentadas nas mulheres que vivenciam gestação de alto risco e que esta condição pode vir a deflagrar respostas cognitivo-comportamentais pouco funcionais pela ativação de esquemas iniciais desadaptativos que afetarão possivelmente a relação com o bebê e com o parceiro.

Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID) são padrões emocionais e cognitivos, responsáveis por processos de funcionamento da personalidade, com origem em necessidades emocionais não atendidas na infância e adolescência (Young, Klosko, & Weishaar, 2008). De acordo com a literatura vigente (Squefi & Andretta, 2016), os EID contribuem para interpretações distorcidas sobre maternidade/paternidade e podem interferir nas habilidades parentais na estimulação dos filhos e no processo de vinculação saudável com estes. Maldonado (2017) aponta que, “no vínculo saudável, a mãe percebe e satisfaz as necessidades do bebê, visto como um indivíduo separado e não simbioticamente confundido com ela” (p. 31) e que no vínculo patológico, a relação inicial com o bebê podem colocar em evidência aspectos psicológicos e da história de vida que estão adoecidos nesta mãe.

Para melhor compreensão do processo de vinculação, em meados do século XX, Bowlby (1982) formalizou a Teoria do Apego e descreveu a relação entre os laços afetivos construídos nos primeiros anos de vida e a maneira com que o indivíduo se relaciona com outras pessoas futuramente. Explicou de que forma a criança cria modelos de segurança, denominado de base segura, que servirão como norte para a sua experiência com o mundo (Bowlby, 2002). O apego é definido como um tipo de vínculo com forte senso de segurança e conexão estabelecida entre uma pessoa e sua figura de apego. As experiências iniciais do bebê com a figura de apego passam pela satisfação de necessidades físicas e emocionais, necessidades de segurança, estabilidade, carinho, empatia e aceitação. Posteriormente, necessidade de desenvolver autonomia para sobreviver de forma independente e com bom desempenho (Bowlby, 1979/1997).

A experiência de vinculação primária com o cuidador servirá como base para a formulação das expectativas sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo em geral. Essa vivência primária de apego tem implicações importantes na personalidade em desenvolvimento, uma vez que a criança constrói um modelo de si mesma, dependendo da forma como foi cuidada (Dalbem, 2005).

A história de vinculação mãe e filho tem início no período pré-natal, momento em que é possível observar e intervir na construção do vínculo materno-fetal, através das expectativas que a mãe apresenta sobre o feto e da interação que estabelece com ele (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Diante do exposto, fica claro a importância do desenvolvimento de um trabalho integrado entre psicologia e obstetrícia para a oferta de assistência de alta qualidade para as famílias grávidas. Como tentativa de responder ao imperativo de uma assistência adequada e complementar ao pré-natal obstétrico, esta pesquisa foi norteada a partir da seguinte pergunta: Qual é a relação entre esquemas iniciais desadaptativos, qualidade do vínculo primário e a vinculação materno-fetal em gestantes de alto risco?

A pesquisa apresenta relevância institucional, social e científica. Do ponto de vista institucional, a pesquisa apresentada buscou atender ao que é preconizado no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde, no sentido de assegurar a melhoria da qualidade do acompanhamento pré-natal ambulatorial e do atendimento pré e intra-hospitalar de gestantes de alto risco. Apresenta de forma objetiva uma proposta de reorientação do modelo de cuidado psicológico em saúde materno-infantil, utilizado até então no âmbito municipal, nos níveis de baixa, média e alta complexidade e contribui para a fortalecimento de políticas públicas de saúde mental locais ao reconhecer que apenas abordagens médico-clínicas não conseguem contemplar as reais necessidades da mulher assistida.

Lorenzo e Olza (2020) salientam a necessidade de observação e atenção por parte dos profissionais de saúde para com as necessidades da grávida, com o objetivo de garantir uma escuta atenta, que privilegie mais que a interpretação de exames laboratoriais e de imagem. Com devolutiva terapêutica ajustada, é possível transitar de um modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, que preconiza uma abordagem prática mais horizontal, mais participativa e com maior autonomia da gestante. Considera-se que, a despeito dos avanços obtidos na promoção de cuidados à gestante e neonato no hospital materno-infantil, os resultados da pesquisa confirmam a necessidade de ampliação das intervenções psicológicas até então oferecidas às gestantes e maior embasamento teórico para o atendimento perinatal.



Quanto à relevância social, o estudo acerca dos fatores que interferem na vinculação materno-fetal identificou as vulnerabilidades e a força de cada gestante no processo de transição para a maternidade. Dessa forma, é viável aproveitar essa janela de neuroplasticidade da gestante, favorecendo-a na relação com o bebê e quem dá suporte para ela no ciclo gravídico-puerperal (Lorenzo & Olza, 2021). Caracterizar e cuidar dos Esquemas Iniciais Desadaptativos ativados durante a gestação equivale a cuidar de feridas emocionais da própria história de vinculação da gestante. Finalmente, quanto à produção de conhecimento, foi possível identificar que são inexistentes estudos que abordem, no contexto gestacional, os impactos dos esquemas iniciais ou vinculação primária no modelo de apego estabelecido entre a gestante e seu filho. O levantamento compreendeu a produção nacional e internacional, nos últimos cinco anos, nas bases de dados: Web of Science, PsycINFO, Scielo e PubMed. A pesquisa contribuiu com o avanço dos estudos em psicologia perinatal e sua articulação com a terapia do esquema e os estudos sobre apego materno-fetal.

Ainda sobre a produção de conhecimentos, o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS) do Instituto Multidisciplinar em Saúde da UFBA, em nível de Mestrado Profissional, são avaliados pela CAPES com base no desenvolvimento de Produtos Técnicos e Tecnológicos (PTT). Dessa forma, atendendo a esses requisitos, um dos produtos desenvolvidos neste projeto é classificado como material didático pela CAPES (MEC, 2019). Em consonância ao objetivo do PPGPS, por meio da identificação de novas demandas e necessidades emocionais das gestantes de alto risco, a pesquisa apresenta um produto psicoeducativo, no formato audiovisual, com orientações para a construção de um apego positivo entre as gestantes e seus bebês a partir da investigação de esquemas iniciais desadaptativos e vinculação primária e suas interferências na estruturação do sistema de apego materno-infantil.

A investigação sobre a relação entre EID, vinculação primária e vinculação materno-fetal para grávidas de alto risco cumpre com o objetivo geral do programa, que é qualificar profissionais da Psicologia e de áreas correlatas com ênfase nas práticas em Psicologia da Saúde, para desenvolverem pesquisas e atuarem nos ambientes institucionais e territoriais, elaborando conhecimentos e intervenções articulados à sociedade, à família, aos serviços de saúde e demais setores.

Essa dissertação, além da introdução e justificativa, apresenta também os objetivos geral e específicos, hipóteses, metodologia e está estruturada de forma a apresentar os resultados dos dois estudos empreendidos e o produto técnico-tecnológico (PTT) a ser

utilizado no hospital materno-infantil onde a pesquisa foi realizada. O primeiro estudo trata-se do artigo “Apego materno-fetal em gestantes de alto risco: uma revisão integrativa”, publicado em 20/12/2023 e que traz resultados de pesquisas que indicaram não haver correlação significativa entre o AMF e gestação de alto risco, destacando a importância do suporte social e familiar no período gravídico e o caráter multideterminado do AMF. O segundo estudo intitulado “Esquemas iniciais desadaptativos como preditores do apego materno-fetal em gestantes de alto riscos – Relato de Pesquisa” trata-se de um artigo que foi submetido para apreciação na Revista Interação em Psicologia, ligada ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná. O estudo apontou não haver relação significativa entre esquemas iniciais desadaptativos e AMF.

Por fim, a dissertação apresenta como produto técnico-tecnológico um vídeo registrado na ANCINE intitulado “Vem neném com apego” com esclarecimentos sobre psicologia da gravidez, transição para a parentalidade, noções de apego e apego materno-fetal, informações sobre a Terapia do Esquema e necessidades emocionais relativas aos esquemas do primeiro domínio, importância do parceiro e da rede de apoio na vinculação mãe-bebê e onde encontrar atendimento psicológico perinatal na rede pública. Ao final, serão apresentadas as conclusões do trabalho e suas limitações.

Espera-se que os estudos apresentados contribuam para o desenvolvimento de uma prática psicológica perinatal humanizada, baseada na ética do cuidado com a gestante de alto risco no SUS e que proporcione vivências afetivas cada vez mais potentes.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Investigar, em gestantes de alto risco, a relação entre esquemas iniciais desadaptativos, qualidade do vínculo com seus cuidadores primários e a vinculação materno-fetal.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID) das gestantes de alto risco;

- Categorizar a qualidade da vinculação primária da gestante de alto risco;
- Descrever o modelo de apego materno-fetal em gestantes de alto risco;
- Verificar a relação entre Esquemas Iniciais Desadaptativos, qualidade da vinculação primária e o apego materno-fetal em gestantes de alto risco;
- Desenvolver um vídeo psicoeducativo com orientações para a construção de um apego positivo entre as gestantes e seus bebês.

### **3. HIPÓTESES**

Com base nos objetivos e perguntas de pesquisa, apresentamos as seguintes hipóteses:

- 1) Hipótese nula H0: não existe relação entre EID, qualidade da vinculação primária e a construção do vínculo materno-fetal;
- 2) H1: A qualidade positiva do vínculo primário estará associada à construção do vínculo materno-fetal também positivo;
- 3) H2: A qualidade negativa do vínculo primário se mostrará associada ao desenvolvimento de EID e a construção do vínculo materno-fetal igualmente negativa;
- 4) H3: Esquemas do domínio Desconexão e Rejeição ativados em gestantes de alto risco impactam negativamente na vinculação materno-fetal.

### **4. MÉTODO**

Trata-se de um estudo de delineamento quantitativo, descritivo e relacional. A abordagem quantitativa propõe, através da linguagem matemática, descrever, representar ou interpretar a multidiversidade de formas vivas e suas possíveis inter-relações (Minayo & Sanchez, 1993). A metodologia quantitativa constitui um importante recurso de investigação dos processos de saúde, uma vez que propicia compreender relações entre variáveis, pressupondo descrição, predição e controle.

#### **4.1 Local do Estudo**

A pesquisa foi realizada em um hospital materno infantil, situado na cidade de Vitória da Conquista, Bahia. O município em questão está localizado no sudoeste da Bahia,

a 519 km da capital da Bahia e constitui-se como terceiro maior município do Estado, com uma população estimada de 343.643 pessoas, de acordo com o IBGE (2021). Vitória da Conquista é considerada polo de referência em prestação de serviços de saúde para cidades do interior do estado e norte de Minas Gerais (Solla, 2012).

O Hospital Municipal Esaú Matos oferta serviços de média e alta complexidade e é referência em gestação de alto risco na região sudoeste, com setenta e seis municípios pactuados. Oferta pronto atendimento em obstetrícia, atendimento especializado em casos de gestação de alto risco, centro obstétrico, UTI neonatal, unidade de cuidado intermediário neonatal Canguru, sala de estabilização neonatal, pronto socorro pediátrico, ambulatório para a realização de pequenas cirurgias eletivas, Centro Diagnóstico por Imagem (CDI), além de centro para cirurgias ginecológicas e pediátricas.

No ambulatório do Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), são atendidas semanalmente em média 125 pacientes. O hospital conta com a atuação de uma psicóloga no setor obstetrícia que já desenvolve ações de cuidado em saúde mental perinatal como cursos de preparação mental para o parto e assistência psicológica em processo de hospitalização.

## **4.2 Participantes**

O estudo, utilizando-se de amostra não probabilística por conveniência, foi realizado com 152 gestantes assistidas pelo Pré-Natal de Alto Risco do Hospital Esaú Matos. De acordo com Cozby (2003), a vantagem da amostra não-probabilística por conveniência é encontrar participantes com pouco custo financeiro e de tempo. Dessa forma, todas as grávidas que participaram da pesquisa estavam na sala de espera do ambulatório. O cálculo amostral para a análise quantitativa se deu a partir de uma população média de 400 gestantes, atendidas mensalmente no ambulatório do hospital, considerando um grau de confiança de 99% e uma margem de erro de 5%.

## **4.3 Critérios de inclusão**

Foram incluídas na amostra as gestantes de alto risco com no máximo 27 semanas, maiores de 18 anos e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A definição da idade gestacional máxima para inclusão na pesquisa se deu em consideração ao que tem sido encontrado na literatura e que aponta que o apego materno-fetal tende a se intensificar a partir do segundo ou terceiro trimestre de gravidez,

quando a mulher começa a perceber mais sintomas físicos da gestação (Teixeira & Peixoto, 2015; Rollè et al. 2020).

#### 4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídas da amostra todas as participantes fora do período gestacional indicado e as participantes que apresentaram atrasos no desenvolvimento cognitivo, grau moderado /grave de perda auditiva ou afonia (mudez) em virtude da não adaptação dos instrumentos para as necessidades específicas desta população. Estes aspectos foram avaliados a partir do Questionário Sociodemográfico (Apêndice B).

#### 4.5 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

##### **Questionário de Esquemas de Young na forma breve (YSQ – S3) (Young, 1990; Souza et al., 2020) (Anexo 1)**

Para auxiliar na avaliação, identificação e trabalho com EIDs, foi desenvolvido o *Young Schema Questionnaire* (Young, 1990), que em sua versão original é composto por 205 afirmativas, mas uma primeira versão reduzida, o YSQ-S2, composta de 75 itens foi validada no Brasil por Cazassa (2007) em um estudo com 372 participantes brasileiros e usuários de internet. A faixa etária média foi de 28,5 anos (dp. 10,14), sendo a idade mínima 18 e a máxima 60 anos, 30,9% eram do sexo masculino e 69,1% do sexo feminino. Neste estudo de validação, o instrumento tinha por objetivo avaliar 15 Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID). O coeficiente Alpha de Cronbach apontou excelente grau de consistência interna (0,955).

Souza et al. (2020) apresentaram um estudo de adaptação brasileira do instrumento em sua forma breve com 90 itens (YSQ-S3) e consideraram 18 esquemas inseridos em cinco grandes domínios que são: 1. Desconexão e Rejeição, 2. Autonomia e Desempenho Prejudicados, 3. Limites Prejudicados, 4. Orientação para o Outro e 5. Supervigilância e Inibição. As dimensões avaliadas em cada domínio são: Primeiro domínio: *Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social, Defectividade/Vergonha.*

Segundo domínio: *Fracasso, Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade a dores e doenças e Emaranhamento*. Terceiro domínio: *Merecimento, Autocontrole e a Autodisciplina Insuficientes*. Quarto domínio: *Subjugação e Autossacrifício*. Quinto domínio: *Inibição Emocional e Padrões Inflexíveis*.

A pesquisa contou com 200 participantes sendo 72% do sexo feminino e 28% do sexo masculino, com média de idade de 30,94 anos (DP=9,82). O alfa de Cronbach foi de 0,965 e os resultados indicaram que o instrumento apresenta boa adequação semântica para uso no Brasil (Souza et al., 2020).

Este instrumento tem sido muito utilizado em pesquisas e permitiu importantes avanços em estudos sobre o modelo teórico e avaliação de intervenções em TE. Trata-se de um questionário preenchido a partir de autorrelato e os escores são mensurados com escala tipo Likert, com pontuação de 1 a 6 pontos (1 = Completamente falso sobre mim e 6 = Me descreve perfeitamente).

De forma a atender as necessidades da presente pesquisa, foram utilizados apenas os itens referentes aos esquemas do primeiro domínio que são abandono, privação emocional, defectividade, desconfiança/abuso e isolamento social.

### **Escala de Vínculo Materno-fetal (MFAS-Br) (Cranley, 1981; Garcia et al., 2021) (Anexo 2)**

Criada por Cranley (1981), a escala investiga o vínculo da gestante com o feto e sua versão breve foi adaptada e validada para o Brasil por Lima et al. (2022) em estudo envolvendo 937 gestantes no segundo e terceiro trimestre de gestação, com valor alpha de Cronbach = 0,878. O instrumento é formado por 15 itens que são respondidos por meio de uma escala Likert variando entre 1 (“Discordo Completamente”) e 5 (“Concordo Plenamente”), sendo dividida em três fatores: “Experienciando expectativas”, “Interações com o feto” e “Imaginação e cuidado para com o bebê”. O escore total varia entre 15 e 75, com valores maiores indicando maior intensidade de vinculação. No presente estudo, optou-se por utilizar o escore total ao invés dos três fatores da escala, conforme recomendações (Gioia et al., 2023; Lima et al., 2022; Rosa et al., 2021; Sacchi et al., 2022). O valor  $\alpha$  de Cronbach encontrado na amostra foi de 0,724

### **Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker et al., 1979; Teodoro et al., 2010) (Anexo 3)**

O instrumento busca investigar a qualidade do vínculo entre pais e filhos na infância e adolescência. O PBI baseia-se na Teoria do Apego e parte do pressuposto de que as interações primárias com os cuidadores impactam ao longo do ciclo do desenvolvimento do indivíduo. No Brasil, Hauck et al. (2006) realizaram a equivalência conceitual, semântica, funcional e operacional do instrumento, enquanto Teodoro et al. (2010) investigaram a validade fatorial e a consistência interna deste.

O instrumento possui dois fatores, a saber: Cuidado (que varia entre carinho e rejeição) e Superproteção/Controle (que varia entre vigilância intensa e autonomia). O instrumento é composto por 25 itens, sendo 12 relacionados ao Cuidado e 13 à Superproteção/Controle. As respostas são baseadas no modelo Likert (0 até 3 pontos) e são separados entre na versão paterna e materna, sendo a pontuação máxima de 36 pontos para a escala de Cuidado e 39 para a de Superproteção/Controle.

Em se tratando da consistência interna, os alphas de Cronbach encontrados foram de 0,91 para Cuidado e 0,87 para Superproteção/Controle na relação materna e de 0,91 e 0,85 na relação paterna, respectivamente. Os resultados das análises fatoriais indicam a estrutura bi-fatorial do instrumento com relação ao pai e à mãe, sustentando os dois componentes presentes no instrumento original, isto é, Cuidado e Superproteção/Controle.

### **Questionário Sociodemográfico para caracterização da amostra (Apêndice B)**

Instrumento composto por perguntas fechadas e abertas, a fim de obter informações como idade, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos, ocupação, dados gestacionais e psicossociais.

#### **4.6 Procedimentos de Coleta de Dados**

O procedimento de coleta de dados foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Bahia (IMS-CAT). Todas as grávidas foram convidadas a participar da pesquisa na sala de espera do ambulatório, até fechar o tamanho amostral, enquanto aguardavam atendimento médico. Tendo aceitado o convite, na sala de espera, os pesquisadores em campo procederam com a aplicação do

Questionário Sociodemográfico para Gestantes com objetivo de coletar dados sociais, gestacionais e psicossociais das participantes e se atendiam aos critérios de inclusão propostos. Os instrumentos foram respondidos pelas participantes de forma oral e as respostas assinaladas no formulário criado no Excel.

Após o aceite, com o objetivo de coletar as informações para as análises quantitativas, as participantes responderam aos seguintes instrumentos: Questionário de Esquemas de Young (YSQ – S3) itens do primeiro domínio, Parental Bonding Instrument (PBI) (instrumento de vínculo parental), Escala de Vínculo Materno-Fetal (MFA-Br). A aplicação dos questionários aconteceu na sala de espera do ambulatório, respeitando a agenda de exames e consultas da participante no hospital e teve duração média de 40 minutos. Todos os dados coletados na pesquisa foram armazenados em formato digital, em um repositório de armazenamento em nuvem Google Drive, na conta de uma das pesquisadoras.

Para a coleta de dados, estudantes da graduação em Psicologia foram selecionados e previamente treinados para conduzir *rapport* padronizado, para a aplicação dos instrumentos. Os critérios para a seleção dos estudantes voluntários foram: ter cursado o componente Psicologia do Desenvolvimento da Criança ou ter vivência de estágio em psicologia clínica e hospitalar, com a abordagem da Terapia do Esquema. Todos receberam treinamento teórico e prático específicos para esta coleta de dados.

#### **4.7 Procedimentos de Análise dos Dados**

Os dados coletados foram analisados por meio do programa JASP versão 18.1. Primeiramente, estatística descritiva foi utilizada a partir das medidas de frequência, média (M) e desvio-padrão (DP). Em seguida, foi utilizada análise de regressão por meio de modelagem de equações estruturais (MEE) para verificar o poder explicativo dos EIDs (variáveis independentes) na intensidade do AMF (variável dependente). Foram avaliadas as adequações das dimensões dos instrumentos utilizados a partir do índice de confiabilidade alfa de Cronbach e análise fatorial confirmatória (AFC). Itens com carga fatorial abaixo de 0,3 foram excluídos (Franco & Iwama, 2021). Para verificar a aceitabilidade do modelo, foram analisados os seguintes índices de ajuste: qui-quadrado/graus de liberdade ( $\chi^2/df < 3$ ), Confirmatory Fit Index (CFI > 0,95), Tucker-Lewis Index (TLI > 0,95) e Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA < 0,06). Por fim,



os índices de modificação foram avaliados teoricamente antes de serem acatados e utilizou-se como estimador o Diagonally Weighted Least Squares (DWLS; Filho et al., 2021).

## 5. Aspectos Éticos

Os requisitos da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, foram considerados para a construção do projeto de pesquisa. Tais requisitos referem-se à regulamentação ética da pesquisa com seres humanos e todas as etapas da investigação foram planejadas com base nos pilares da bioética e com o intuito de fortalecer linhas de cuidado que garantam autonomia às usuárias dos serviços ofertados no Hospital Municipal Esaú Matos.

As participantes foram esclarecidas acerca dos objetivos e métodos da pesquisa para que pudessem tomar uma decisão consciente e livre. Em todas as situações de recusa, a vontade da paciente foi prontamente atendida. Uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que formaliza à participante o direito de interromper ou abandonar a pesquisa a qualquer momento, inclusive se houver algum desconforto, foi assinada pelo pesquisador e entregue para a gestante. Ademais, cabe salientar que o anonimato e a confidencialidade dos dados foram garantidos durante toda a pesquisa.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Bahia - IMS-CAT (parecer nº5.732.443) e pela Comissão de Ensino, Pesquisa e Extensão da Fundação de Saúde de Vitória da Conquista - Hospital Esaú Matos.

## 6. RESULTADOS

**Observação:** os estudos abaixo seguiram as regras de formatação de cada revista em que foram submetidas sua publicação.

### 6.1 ARTIGO 01

doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.41.115.A014>

**Apego materno-fetal em gestantes de alto risco: uma revisão integrativa**

*Maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women: an integrative review*

*Vínculo materno-fetal em embarazadas de alto riesgo: una revisión integradora*

---

Sabrina Aguiar Cerqueira  
Universidade Federal da  
Bahia  
<https://orcid.org/0009-0004-4362-7396>  
sabrincerqueira@hotmail.com

Henrique Lima  
Reis Universidade  
Federal da Bahia  
<https://orcid.org/0000-0001-7591-2010>

Ketylen Cardoso Nogueira  
Universidade Federal da  
Bahia  
<https://orcid.org/0009-0003-8980-0564>

Tamiris de Jesus  
Coelho  
Universidade  
Federal da Bahia  
<https://orcid.org/0009-0002-6315-0674>

Edi Cristina  
Manfroi  
Universidade  
Federal da Bahia  
<https://orcid.org/0000-0003-2375-1205>

## Resumo

Alguns fatores podem interferir no processo gravídico aumentando as chances de um diagnóstico de alto risco gestacional. Investigações acerca do apego ampliaram o campo de estudos para a relação de vínculo que a mãe estabelece com o filho ainda na gestação, utilizando-se do conceito de apego materno-fetal (AMF). O estudo teve como objetivo analisar o perfil de estudos nacionais e internacionais acerca do AMF no contexto da gestação de alto risco por meio de uma revisão integrativa seguindo as diretrizes PRISMA. Utilizou-se as bases Web of Science, PsycINFO, Scielo e PubMed, sendo selecionados 13 artigos produzidos no período de 2018 até 2023. Foram identificadas quatro categorias temáticas relacionadas ao fenômeno: propostas de intervenção, fatores explicativos do AMF, comparação entre gestantes de alto e baixo risco e fatores correlacionados ao AMF. Todos os estudos avaliados possuem delineamento quantitativo, com amostras variando entre 25 e 479 gestantes. A maior parte dos estudos foi realizada na Turquia e apenas um em território nacional. Os achados indicaram não haver correlação significativa entre o AMF e gestação de alto risco e sustentam o caráter multideterminado do AMF, com destaque para a importância do suporte social e familiar no período gravídico. As pesquisas experimentais apresentam fragilidades metodológicas e não impactaram significativamente na intensidade do AMF.

**Palavras-chave:** *relações materno-fetais; gravidez de alto risco; desenvolvimento humano.*

## Abstract

Some factors can interfere with the pregnancy process, increasing the chances of a high-risk gestational diagnosis. Investigations into attachment have expanded the field of study to explore the bonding relationship that the mother establishes with the child even during pregnancy, using the concept of maternal-fetal attachment (MFA). The study aimed to analyze the profile of national and international studies on MFA in the context of high-risk pregnancy through an integrative review following the PRISMA guideline. The Web of Science, PsycINFO, Scielo, and PubMed databases were used, selecting 13 articles produced between 2018 and 2023. Four thematic categories related to the phenomenon were identified: intervention proposals, explanatory factors of MFA, comparison between high and low-risk pregnant women, and factors correlated with MFA. All evaluated studies have a quantitative design, with sample sizes ranging from 25 to 479 pregnant women. The majority of the studies were conducted in Turkey and only one on a national level. The findings indicated that there is no significant correlation between MFA and high-risk pregnancy, supporting the multidetermined nature of MFA, with an emphasis on the importance of social and familial support during the pregnancy period. Experimental research has methodological weaknesses and did not have a significant impact on the intensity of MFA.

**Keywords:** *maternal-fetal relations; high-risk pregnancy; human development.*

## Resumen

Algunos factores pueden interferir en el proceso de embarazo aumentando las posibilidades de un diagnóstico de alto riesgo gestacional. Las investigaciones sobre el apego han ampliado el

campo de estudio hacia la relación de vínculo que la madre establece con el hijo aún durante el embarazo, utilizando el concepto de apego materno-fetal (AMF). El objetivo del estudio fue analizar el perfil de estudios nacionales e internacionales sobre el AMF en el contexto del embarazo de alto riesgo a través de una revisión integrativa siguiendo las pautas PRISMA. Se utilizaron las bases de datos Web of Science, PsycINFO, Scielo y PubMed, seleccionando 13 artículos producidos entre 2018 y 2023. Se identificaron cuatro categorías temáticas relacionadas con el fenómeno: propuestas de intervención, factores explicativos del AMF comparación entre embarazadas de alto y bajo riesgo, y factores correlacionados con el AMF. Todos los estudios evaluados tienen un diseño cuantitativo, con muestras que varían entre 25 y 479 embarazadas. La mayoría de los estudios se realizó en Turquía y solo uno a nivel nacional. Los hallazgos indicaron que no existe una correlación significativa entre el AMF y el embarazo de alto riesgo, respaldando la naturaleza multideterminada del AMF, resaltando la importancia del apoyo social y familiar durante el período de embarazo. Las investigaciones experimentales presentan debilidades metodológicas y no tuvieron un impacto significativo en la intensidad del AMF.

**Palabras clave:** relaciones materno-fetales; embarazo de alto riesgo; desarrollo humano.

---

## Introdução

Como um evento do desenvolvimento humano, a gestação é um processo comum no ciclo vital da mulher que exige significativos reajustes em seus papéis até então desempenhados, promovendo uma reestruturação de identidade e adaptação às novas funções parentais (Papalia & Martorell, 2022). Dessa maneira, o período gestacional é caracterizado por mudanças de natureza fisiológica (e.g. alterações corporais e hormonais), socioeconômica (e.g. maiores custos financeiros), familiar (e.g. alterações na dinâmica conjugal e nas relações parentais) e psicológica (e.g. ansiedade e estresse) (Gadelha et al., 2020). Apesar da tendência de que sua evolução ocorra sem intercorrências, cerca de 20% das mulheres desenvolvem gestação de alto risco, situação em que a vida ou a saúde da mãe e do bebê têm uma maior chance de serem atingidas do que uma parcela maior da população (Alves et al., 2021).

Fatores como características individuais, história reprodutiva anterior e doenças obstétricas na gravidez podem interferir no processo gravídico aumentando as chances de um diagnóstico de alto risco gestacional, com evolução e desfecho desfavorável tanto para a mãe como para o feto (Rodrigues et al., 2017). Depreende-se, assim, que o estresse psicossocial e as dificuldades de adaptação emocional estão potencialmente aumentadas nas mulheres que vivenciam gestação de alto risco e que esta condição pode vir a deflagrar respostas cognitivo-comportamentais que poderão afetar a construção do vínculo com o bebê em gestação (Antoniazzi et al, 2019; Bezerra, 2017).

Investigações acerca do apego ampliaram o campo de estudos para a relação de vínculo que a mãe estabelece com o filho ainda na gestação, utilizando-se do conceito de apego materno-fetal (AMF) proposto por Cranley (1981). Este pode ser definido como a qualidade da relação da gestante com o feto e o nível de engajamento materno-fetal a partir dos comportamentos indicadores de afiliação e interação com o bebê. Assim, consideram-se três componentes do apego materno-fetal (Castaño et al., 2019). O primeiro deles é o aspecto cognitivo e diz respeito às representações mentais e fantasias da mãe sobre características do filho, como o aspecto do corpo e personalidade. O segundo, âmbito altruístico, relaciona-se aos comportamentos de proteção e cuidado da mãe para o nascimento do filho, envolvendo o desenvolvimento de hábitos saudáveis e mobilização da rede familiar, por exemplo. Por último, tem-se o aspecto afetivo, que se associa aos sentimentos de prazer e entusiasmo com a futura chegada do bebê, sendo perceptível através de comportamentos como acariciar a barriga e conversar com o filho.

Ademais, em se tratando da díade mãe-bebê, pesquisas empíricas sustentam que a vinculação emocional da mãe com o filho inicia-se ainda na gestação, sendo que o período de transição para a maternidade impacta nos comportamentos importantes para o desenvolvimento de práticas parentais positivas no pós-natal (Ponti et al., 2021; Trombetta et al., 2021). O AMF está relacionado com práticas e hábitos saudáveis durante a gestação, desenvolvimento de apego seguro com o bebê após o nascimento, maior percepção de competência em relação aos cuidados parentais, maior sensibilidade da mãe para identificar as necessidades do recém-nascido, melhor saúde mental dos pais no período perinatal e um desenvolvimento emocional, comportamental, cognitivo e social saudável da criança na primeira infância, reforçando a importância do estudo do fenômeno (Göbel, 2019; Rollè et al., 2020; Trombetta et al., 2021).

Em vista da problemática discutida, destaca-se a relevância social e científica de analisar criticamente e organizar pesquisas científicas que explorem o processo de vinculação no contexto específico na gravidez de alto-risco, uma vez que há uma lacuna em se tratando de estudos que foquem em tais variáveis. Assim, o objetivo do presente artigo é analisar o perfil de estudos nacionais e internacionais acerca do apego materno-fetal no contexto de gestação de alto-risco por meio de uma revisão integrativa. Isto

posto, foi utilizada a seguinte pergunta norteadora: como a produção científica investiga o apego materno-fetal no contexto da gestação de alto-risco?

### **Objetivos**

Analisar o perfil de estudos nacionais e internacionais acerca do apego materno-fetal no contexto de gestação de alto-risco por meio de uma revisão integrativa.

### **Método**

O presente estudo se configura como uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de investigar o apego materno-fetal no contexto da gestação de alto risco. Esse tipo de revisão busca analisar criticamente e sintetizar o conhecimento científico acerca de determinada temática, auxiliando na compreensão mais ampla do fenômeno (Souza et al., 2010). Isto posto, as seguintes etapas foram seguidas: 1) definição dos descritores e bases de dados, 2) levantamento da produção científica, 3) leitura dos títulos e resumos que se enquadram nos objetivos do estudo, 4) seleção e leitura na íntegra dos estudos incluídos, 5) categorização com base em análise crítica. Na presente revisão, foram seguidas as diretrizes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

### **Coleta de Dados**

A busca ocorreu nas bases de dados Web of Science, PsycINFO, Scielo e PubMed em 28 de Maio de 2023, no período de 2018 até 2023 utilizando-se as palavras-chave (“apego materno-fetal/maternal-fetal attachment/ prenatal attachment”) AND (“gravidez de alto-risco/high-risk pregnancy”) OR (“gestação de alto-risco/high-risk gestation”). Optou-se por também utilizar o termo “prenatal attachment” nas buscas em inglês, pois este é frequentemente usado como sinônimo de “maternal-fetal attachment” em pesquisas científicas da área. Como critérios de inclusão foram considerados 1) artigos publicados em periódicos que investigassem o apego materno-fetal no contexto da gestação de alto-risco, 2) artigos indexados com 3) acesso aberto e livre e 4) escritos em inglês, português ou espanhol. A partir dos critérios de exclusão,

foram retiradas 1) investigações de gravidez na adolescência, 2) estudos psicométricos sobre escalas e instrumentos de mensuração e, por fim, 3) estudos de revisão. Artigos duplicados foram retirados por meio do gerenciador de referências Zotero. A Figura 1 apresenta o processo de busca e seleção de estudos.

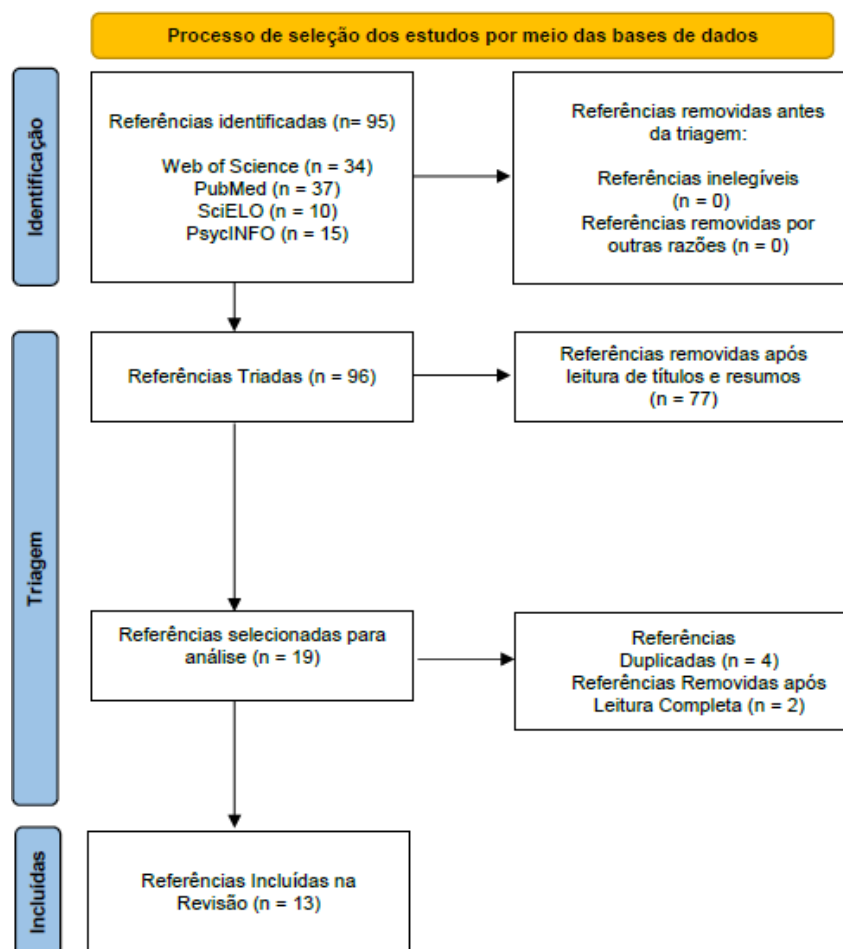


Figura 1. Fluxograma do Processo de Busca e Seleção dos Estudos

## Análise de Dados

O processo de seleção e análise dos estudos para compor a revisão contou com a avaliação independente de quatro pesquisadores que precisavam estar em consenso acerca da inclusão ou exclusão da pesquisa por meio da leitura dos resumos. Após este processo, para garantir equivalência e padronização no processo de análise dos estudos, foi criado um quadro informativo na plataforma drive/excel com características dos estudos incluídos na revisão: autores, ano, país, delineamento, amostra, objetivos, variáveis estudadas, instrumentos de avaliação e resultados. Após inserção dos artigos

na planilha, cada autor, independentemente, avaliou a pertinência da inclusão dos estudos e apenas foram incluídos aqueles que, após análise crítica e concordância de mínima de 80% entre os juízes (4 dos 5 autores da presente revisão), enquadraram-se no escopo da revisão.

Com o objetivo de avaliar riscos de viés em algum estudo selecionado, foi verificado se as pesquisas receberam algum tipo de financiamento e, em caso positivo, pesquisou-se sobre a instituição de fomento e se houve possível conflito de interesses. Possíveis vieses relacionadas ao método de análise de dados foram avaliados e apontados ao longo da discussão, considerando-se o tamanho amostral, análises estatísticas utilizadas, valor de significância e tamanho de efeito.

## Resultados

Foram encontrados estudos dos seguintes países Turquia (n=4), Coréia do Sul (n=2), Finlândia (n=1), Chile (n=1), Estados Unidos (n=1), Inglaterra (n=1), Polônia (n=1) e Brasil (n=1), evidenciando escassez de pesquisas no território nacional. Diferentes instrumentos foram utilizados para mensuração do AMF, sendo eles: Escala de Apego Materno-Fetal (MFAS; n=5), *Prenatal Attachment Inventory* (PAI; n=3), *Maternal Antenatal Attachment Scale* (MAAS; n=3), *Prenatal Attachment Scale* (PAS; n=1) e *Prenatal Bonding Inventory* (PBI; n=1). Nota-se prevalência de publicações na área da saúde mental (psicologia e psiquiatria), com periódicos de Psicologia abarcando três artigos, dois da psiquiatria e um da saúde mental. O tamanho amostral dos estudos apresenta grande amplitude, com amostras variando entre 25 e 479 participantes. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos estudos com base nos autores, ano e país de publicação, instrumentos utilizados e tamanhos amostrais.

Tabela 1

*Caracterização dos Artigos com Base nos Autores e Ano do Estudo, País de Publicação, Instrumento e Tamanho Amostral*

<b>Autores (Ano)</b>	<b>País</b>	<b>Área de Publicação</b>	<b>Instrumento de mensuração do</b>	<b>N</b>
----------------------	-------------	---------------------------	-------------------------------------	----------



			<b>AMF</b>	
1. Mackie et al. (2020)	Inglaterra	Medicina	Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)	25
2. Moore et al. (2019)	Estados Unidos	Enfermagem	Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)	25
3. Kim & Chun (2020)	Coréia do Sul	Enfermagem	Escala de Apego Materno-Fetal (MFAS)	59
4. Baltacı & Başer (2022)	Turquia	Medicina	Prenatal Attachment Inventory (PAI)	60
5. Daglar et al. (2022)	Turquia	Psicologia	Prenatal Attachment Inventory (PAI)	76
6. Souza et al. (2022)	Brasil	Psiquiatria	Escala de Apego Materno-Fetal (MFAS)	77
7. Jussila et al. (2021)	Finlândia	Saúde Mental	Escala de Apego Materno-Fetal (MFAS)	90
8. Yoon & Sung (2021)	Coréia do Sul	Enfermagem	Escala de Apego Materno-Fetal (MFAS)	123
9. Yesilcinar et al. (2023)	Turquia	Medicina	Prenatal Attachment Scale (PAS)	150
10. Palma et al. (2020)	Chile	Psicologia	Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)	168
11. Kucharska (2020)	Polônia	Psicologia	Escala de Apego Materno-Fetal (MFAS)	195
12. Topan et al. (2022)	Turquia	Ciências da Saúde	Prenatal Bonding Inventory (PBI)	351
13. Çelik & Güneri (2020)	Turquia	Psiquiatria	Prenatal Attachment Inventory (PAI)	479

Com relação às variáveis de estudo, a maior parte das pesquisas (n=8) buscou verificar relações entre o AMF, ansiedade, depressão e apoio social recebido pela gestante. Ademais, cinco estudos buscaram correlacionar ou descrever variáveis (Çelik & Güneri, 2020; Mackie et al., 2020; Moore et al., 2019; Souza et al., 2022; Topan et al., 2022), dois tiveram como objetivo verificar a capacidade preditiva de determinados fatores na intensidade do AMF (Kucharska, 2020; Yoon & Sung, 2021), três compararam grupos de gestantes de alto e baixo risco (Dagla et al., 2022; Palma et al., 2020; Yesilcinar et al., 2023) e, por fim, três avaliaram a eficácia de intervenções na promoção do AMF (Baltacı & Başer, 2022; Jussila et al., 2021; Kim & Chun, 2020). Todos os artigos encontrados possuem delineamento quantitativo. A Tabela 2 apresenta os objetivos e principais resultados das pesquisas incluídas na revisão.

Tabela 2

<i>Descrição dos Objetivos e Principais Resultados dos Artigos Incluídos na Revisão</i>		
<b>Artigo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Principais resultados</b>
1	Avaliar o apego parental pré e pós-natal e depressão parental em gestações complicadas por transfusão feto-fetal.	Não houve diferença significativa no apego parental quando as mães foram comparadas aos pais em cada momento do estudo, mas o apego aumentou ao longo do tempo nas mães ( $p = 0,004$ ), o que não foi observado nos pais. As mães apresentaram mais sintomas depressivos no período pré-natal quando comparadas com os pais ( $p < 0,02$ ), mas não houve diferença no período pós-natal. Os sintomas depressivos maternos diminuíram ( $p = 0,006$ ) com o passar do tempo, enquanto os sintomas depressivos paternos permaneceram os mesmos.
2	Identificar as relações entre as citocinas/quimiocinas circulantes e apego materno-fetal, estresse específico na gravidez, pesquisa de experiência de vida, inteligência socioemocional e dados sociodemográficos.	O estudo apontou que a interleucina-17 (IL-17A) esteve associada significativamente com sofrimento pré-natal, menores índices de inteligência emocional e menor apego materno-fetal ( $p < 0,05$ ).

---

3	Avaliar a eficácia de um programa interventivo baseado em psicoeducação na ansiedade e AMF.	Apesar da ansiedade ter sido menor após intervenção no Grupo Experimental (GE; $p < 0,05$ ), não houve diferença estatisticamente significativa no AMF entre o GE e o Grupo Controle (GC; $F = 0,90$ ; $p = 0,39$ ).
4	Avaliar os efeitos de intervenção baseada em canções de ninar na	Os níveis de ansiedade do GE foram menores do que no grupo controle (GC; ansiedade e no AMF. $p < 0,01$ ). Em relação ao apego materno-fetal, o GE também apresentou menores taxas do que o GC ( $p < 0,01$ ), enquanto na comparação intra-grupo, apenas o GE apresentou diferença estatisticamente significativa após a intervenção ( $p < 0,01$ ), indicando potencialidades no procedimento. Não são apresentados tamanhos de efeito.
5	Verificar e comparar relações entre AMF e estratégias de enfrentamento ao estresse em gestantes de alto risco e saudáveis.	As gestantes de alto risco apresentaram maiores níveis de AMF ( $t = -2,785$ ; $p < 0,01$ ). Na comparação entre grupos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as estratégias de enfrentamento ao estresse ( $p > 0,05$ ). Em ambos os grupos, as estratégias mais usadas foram: busca por apoio social e incentivos à autoconfiança.
6	Identificar quais são os fatores relativos aos sintomas de ansiedade, depressão e apego materno-fetal em gestantes com diagnóstico de malformação congênita e a prevalência dos mesmos fatores nessa amostra.	Os resultados apontaram que 46,8% apresentaram sintomas de ansiedade e 39%, sintomas depressivos. O apego materno-fetal foi identificado como médio em 54,5% e alto em 45,5%. Não foi apontada correlação entre apego materno-fetal e ansiedade ou depressão. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de AMF na comparação entre o GC ( $n = 44$ ) e GE ( $n = 46$ ) por meio de análise de covariância ( $F(1, 65) = 2,9$ ; $p = 0,09$ ) após a intervenção. Por outro lado, o fator "atribuir características ao

---

7	Avaliar os efeitos de intervenção baseada em visualizações 4D de imagens de ultrassom no AMF e na saúde mental materna.	feto” foi maior no GC após intervenção ( $p < 0,05$ , $d = -0,44$ ).
8	Investigar o papel mediador do suporte familiar na relação entre ansiedade e depressão com o AMF.	A ansiedade e o suporte familiar explicaram 41,9% da variância do AMF, com o suporte familiar (SF) mediando a relação entre ansiedade e AMF ( $z = -2,87$ ; $p = 0,03$ ). Por outro lado, a depressão e o SF explicaram 41,9% da variância do AMF, com o SF mediando a relação entre depressão e AMF ( $z = -3,03$ ; $p = 0,002$ ).
9	Comparar os níveis de AMF e ansiedade relacionada à gravidez em gestantes de baixo risco e gestantes com pré-eclâmpsia ou diabetes gestacional.	O estudo não encontrou diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) entre os níveis de AMF e ansiedade relacionada à gravidez em gestantes de baixo e alto risco. Nas gestantes de alto risco, mulheres que estavam na primeira gravidez apresentaram apego mais alto do que as multíparas ( $p = 0,031$ ), enquanto, no grupo de baixo risco, aquelas que estavam trabalhando tiveram apego mais alto do que as que não estavam ( $p = 0,029$ ). Por fim, no grupo de alto risco, o medo do parto associou-se de forma positiva e fraca ao AMF ( $r = 0,339$ , $p < 0,05$ ).
10	Comparar o AMF em gestantes de alto risco hospitalizadas e não hospitalizadas, bem como avaliar as relações entre suporte social e condições da gravidez no AMF, ansiedade e depressão.	Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de AMF entre os grupos ( $p > 0,05$ ). No grupo de alto risco, o AMF apenas apresenta correlação fraca o suporte social recebido ( $r = 0,25$ ) com o teste exato de Fisher indicando que este valor é maior nas gestantes hospitalizadas (Fisher $z = -1,83$ ; $p = 0,033$ ).
11	Comparar os níveis de AMF em gestantes de alto e baixo risco, bem como avaliar o poder explicativo das experiências de gestação, idade	Não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de AMF entre os grupos ( $F(2, 192) = 0,35$ ; $p > 0,05$ ). Por meio de modelagem por equações estruturais, indica-se que a idade gestacional, idade da mãe,

---

12	Estudo descritivo com o objetivo de investigar os níveis do vínculo materno-fetal e fatores associados.	autoestima, apego adulto inseguro e suporte do parceiro afetam as experiências de gravidez, que, por sua vez, explica 18% da variância do AMF no grupo de alto risco. Não houve relação significativa entre a quantidade de gestações e os escores de apego materno-fetal. Verificou-se que o apego materno-fetal em mulheres que ficaram felizes quando souberam que estavam grávidas foi estatisticamente maior. Foi averiguado que escores de apego materno-fetal em gestantes com gravidez planejada, sem intenção de interrompê-la, sentindo os movimentos do bebê e desejando consultar um médico, exceto para controles de rotina, foram significativamente altos.
13	Investigar a relação entre a adaptação à gravidez e o apego materno-fetal em gestantes de alto risco, bem como os parâmetros sociodemográficos e obstétricos que afetaram essa adaptação.	Verificou-se que a adaptação à gravidez foi média e o apego materno-fetal foi alto em gestantes de alto risco. Houve uma relação negativa significativa entre as escalas ( $r=-0,556$ , $p<0,01$ ). Essa relação mostrou que, à medida que a adaptação à gravidez aumentava, o apego materno-fetal também aumentava. Constatou-se que as diferenças no AMF estiveram relacionadas à idade, escolaridade, nível socioeconômico, planejamento da gestação, gravidez anterior, interrupções - da gestação e idade gestacional.

---

## Discussão

### Fatores Explicativos do Apego Materno-Fetal

Os dois estudos que compõem esta categoria tiveram como objetivo avaliar o poder preditivo de determinadas variáveis na intensidade do AMF. A pesquisa de Kucharska (2020) se destaca pela utilização de modelagem por equações estruturais

(MEE), garantindo maior confiabilidade dos achados por considerar os erros de medida nas análises. A autora investigou em que medida a idade, idade gestacional, experiências de gestação, autoestima, apego adulto, ansiedade, apoio social e dependência do parceiro explicavam os diferentes níveis de AMF em gestantes com alterações congênitas ( $n=65$ ), gestantes de alto risco por conta de outros fatores ( $n=65$ ) e saudáveis ( $n=65$ ). Inicialmente, a análise de variância (ANOVA) não evidenciou diferenças significativas nos níveis destas variáveis entre os grupos ( $F(2, 192)=0,35$ ;  $p>0,05$ ).

Nesse sentido, apesar dos grupos serem equivalentes com relação aos níveis de AMF, apresentam variáveis explicativas específicas a depender da condição de gestação: no grupo de gestantes de alto risco foi encontrado apenas um preditor estatisticamente significativo, as experiências de gravidez ( $R^2=0,18$ ), enquanto no grupo de gestantes saudáveis a dependência do parceiro, idade gestacional, experiências de gravidez e idade da mãe foram preditores significativos ( $R^2=0,24$ ). Dessa maneira, nota-se particularidades nos determinantes do AMF a depender da condição gestacional, com estudos apontando que a gestação de alto risco pode contribuir para um maior sofrimento psíquico nas mulheres, com níveis elevados de ansiedade e estresse (Topan et al., 2022). Tais intercorrências alteram a vivência da gestante na transição para maternidade, exigindo maiores adaptações ao processo gravídico, bem como um maior suporte do parceiro. Assim, estas variáveis podem contribuir para uma alteração dos fatores determinantes da vinculação com o bebê quando comparados com gestações de baixo risco (Kucharska, 2020).

Em complemento a estes achados, o estudo de Yoon e Sung (2021)

buscou avaliar, em uma amostra de 123 gestantes de alto risco, o papel mediador do suporte familiar na relação entre ansiedade, depressão e AMF. No primeiro modelo, a ansiedade ( $\beta = -0,42$ ;  $p < 0,01$ ) e o suporte familiar ( $\beta = 0,25$ ;  $p < 0,01$ ) foram preditores estatisticamente significativos do AMF, com o segundo configurando-se como mediador parcial dessa relação ( $z = -2,87$ ;  $p < 0,05$ ). Da mesma forma, no segundo modelo testado, a depressão ( $\beta = -0,44$ ,  $p < 0,01$ ) e suporte familiar ( $\beta = 0,26$ ;  $p < 0,01$ ) também foram fatores explicativos do AMF, com mediação parcial do suporte familiar ( $z = -3,03$ ;  $p < 0,01$ ). Portanto, destaca-se este último como um importante fator protetivo, uma vez que pode reduzir os impactos negativos dos altos níveis de ansiedade e depressão experienciados por gestantes de alto risco, sendo reforçado por ambos os estudos.

Kucharska (2020) também aponta o suporte do parceiro como preditor de experiências positivas na gravidez que, conseqüentemente, afetam os níveis de AMF, indicando a importância desta variável durante a gestação. Portanto, a incerteza diante das condições de saúde e os maiores níveis de estresse e ansiedade na gestação de alto risco tornam o suporte social um aspecto importante no processo de vinculação entre mãe e bebê (Topan et al., 2022; Trombetta et al., 2021). É possível perceber que o AMF se configura como um construto multideterminado, sofrendo influências de características individuais das mães, suporte social, adaptação à gestação, apoio do parceiro, qualidade do relacionamento conjugal, entre outros, convergindo achados empíricos da literatura (Sacchi et al., 2021; Topan et al., 2022) e estudos de revisão (Trombetta et al., 2021; Yarcheski et al., 2009).

### **Apego Materno-Fetal em Gestações de Alto Risco e Saudáveis**

Três pesquisas analisadas tiveram como objetivo comparar os níveis de apego materno-fetal em gestantes de alto risco e gestantes saudáveis/baixo risco. Dentre elas, apenas o estudo de Daglar et al. (2022) encontrou diferença significativa no vínculo mãe-bebê entre os dois grupos. Tais autores investigaram os níveis de AMF e sua relação com estratégias de enfrentamento ao estresse em 286 mulheres no terceiro trimestre de gravidez. Destas, 210 eram gestantes

saudáveis e 76 estavam em gestação de alto risco. Na comparação entre os grupos, as gestantes de alto risco apresentaram AMF mais alto do que as gestantes saudáveis ( $t=-2,785$ ;  $p<0,01$ ), porém, não são apresentados os tamanhos de efeito dessa diferença. Por outro lado, não foi verificada diferença significativa entre os grupos ( $p>0,05$ ) no que se refere às estratégias de enfrentamento ao estresse, sendo que ambos utilizaram como principais estratégias a busca por apoio social e o incentivo à autoconfiança. Ademais, nos dois grupos, as estratégias de autoconfiança e otimismo mostraram-se relacionadas de forma positiva e fraca ( $0,215 < r < 0,282$ ;  $p<0,05$ ) ao AMF, enquanto, apenas nas gestantes de alto risco, encontrou-se uma correlação negativa e fraca entre o estilo de enfrentamento submisso e o vínculo mãe-bebê ( $r=-0,240$ ;  $p=0,037$ ).

Divergindo do estudo anterior, Palma et al. (2021) não encontraram diferenças significativas ( $p>0,05$ ) no apego materno-fetal em mulheres hospitalizadas devido à gestação de alto risco e gestantes não hospitalizadas. Os autores abordaram 168 grávidas em idade gestacional de 26 a 34 semanas, das quais 80 compuseram o primeiro grupo e 88 formaram o segundo. Além de comparar os níveis de apego, a pesquisa buscou analisar o efeito da ansiedade, da depressão e do suporte social no AMF dos dois grupos e o efeito de variáveis sociodemográficas e condições da gravidez no vínculo mãe-bebê.

Com relação às variáveis de saúde mental, o grupo de alto risco apresentou níveis mais altos de sintomas depressivos do que as gestantes não hospitalizadas ( $p=0,002$ ), bem como maior ansiedade enquanto estado ( $p<0,001$ ), indicando que o episódio de hospitalização pode aumentar a percepção da ansiedade no presente, a despeito da presença de traços pessoais ansiosos anteriores ao evento. Considerando ambos os grupos, foram encontradas correlações negativas entre o apego materno-fetal total e depressão ( $r=-0,24$ ,  $p<0,01$ ), ansiedade enquanto estado ( $r=-0,22$ ,  $p<0,01$ ) e ansiedade enquanto traço ( $r=-0,23$ ,  $p<0,01$ ). Por sua vez, o suporte social mostrou-se relacionado positivamente ao vínculo ( $r=0,20$ ,  $p<0,01$ ). Na comparação entre os grupos, apenas a correlação entre suporte social e qualidade do AMF foi estatisticamente diferente, sendo que esta relação é maior



para gestantes hospitalizadas (Fisher  $z=-1,83$ ;  $p=0,033$ ). Assim, depreende-se que, apesar de um maior sofrimento psíquico, o vínculo materno-fetal nas gestantes de alto risco não é afetado, indicando que outros fatores podem ser protetivos, como o apoio e suporte social, assim como apontado em outros estudos (Kucharska, 2020; Trombetta et al., 2021; Yarcheski et al., 2009)

Por fim, o estudo de Yesilcinar et al. (2023) também não verificou diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ) entre os níveis de apego materno-fetal em gestantes de baixo e de alto risco. Os autores buscaram avaliar o AMF e a ansiedade relacionada à gravidez em 95 gestantes saudáveis e 55 gestantes com diabetes gestacional ou pré-eclâmpsia, as quais formaram o grupo de alto risco, totalizando 150 mulheres com idade gestacional entre 20 e 40 semanas. Ao comparar os grupos, também não foram encontradas diferenças nos níveis de ansiedade relacionada à gravidez e suas dimensões ( $p<0,05$ ). No que se refere às características sociodemográficas e obstétricas, gestantes de alto risco que estavam na primeira gravidez apresentaram vínculo com o bebê mais alto do que as multíparas ( $p=0,031$ ), enquanto, no grupo de baixo risco, aquelas que estavam empregadas tiveram apego mais alto do que as que estavam desempregadas ( $p=0,029$ ). Finalmente, nas análises de correlação das gestantes com pré-eclâmpsia/diabetes gestacional, o medo do parto associou-se de forma positiva e fraca ao apego materno-fetal ( $r=0,339$ ,  $p<0,05$ ).

É possível notar que os três trabalhos considerados neste item analisaram amostras semelhantes em termos de idade gestacional, predominando a participação de mulheres a partir da segunda metade da gestação. Essa escolha amostral converge com os apontamentos da literatura de que o vínculo materno-fetal se torna mais latente com o avanço da gestação, que é acompanhado de mais movimentos intrauterinos e conseqüente aumento da percepção do bebê como ser real (Lima et al., 2022; Rosa et al., 2021). Apesar dessa similaridade, os estudos encontraram resultados divergentes no que diz respeito à diferença entre os níveis de apego em gestantes de alto risco e gestantes saudáveis, com apenas um deles reportando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Daglar et al., 2022).

Além disso, duas pesquisas investigaram a ansiedade como variável de

estudo, apesar de esta ser abordada em tipos diversos. Enquanto Palma et al. (2021) sinalizaram maiores níveis de ansiedade como estado nas gestantes de alto risco, a análise de Yesilcinar et al. (2023) não verificou diferenças nos níveis de ansiedade relacionada à gravidez entre os grupos. Quanto à relação entre ansiedade e apego materno-fetal, os estudos também encontraram resultados divergentes. O primeiro trabalho reportou relações negativas entre ansiedade e vínculo e o segundo, por sua vez, indicou uma associação positiva entre o apego e o medo do parto, uma das dimensões da ansiedade relacionada à gravidez. Assim como aponta a literatura da área (Yarcheski et al., 2009), o suporte social apareceu com um papel importante nos estudos considerados neste tópico, visto que se relacionou positivamente ao vínculo mãe-bebê na pesquisa de Palma et al. (2021) e como uma das principais estratégias de enfrentamento ao estresse na análise de Daglar et al. (2022).

### **Fatores Correlacionados ao Apego Materno-Fetal e Variáveis Descritivas**

Neste eixo de análise, cinco estudos correlacionam o apego materno-fetal a variáveis como depressão, ansiedade, estresse, dados sociodemográficos e experiências vividas ao longo do período gestacional e puerperal. O estudo piloto de Moore et al. (2019) com 16 gestantes de alto risco e nove de baixo risco, com idade gestacional entre 24 e 28 semanas, teve como objetivo identificar as correlações entre os níveis de citocinas e quimiocinas, isto é, biomarcadores utilizados para quantificar o estresse psicossocial crônico, circulantes no organismo e quatro indicadores de estresse com o apego materno-fetal, sofrimento/estresse pré-natal, eventos/experiência de vida, inteligência socioemocional, raça, idade gestacional ao nascer e peso ao nascer.

As grávidas com altos níveis de IL-17A estavam mais propensas a terem menores escores de inteligência emocional total (EQi;  $p=0,007$ ), menores pontuações na escala de apego materno-fetal (MAAS;  $p= 0,036$ ), maiores escores na escala de sofrimento/estresse pré-natal (PDQ;  $p= 0,012$ ), mais experiências de vida marcantes no último ano (LES;  $p= 0,032$ ). Vale mencionar que tais achados devem ser interpretados com cautela, visto o tamanho amostral de 25

participantes selecionadas por conveniência e serem realizadas apenas análises de correlação, não indicando causalidade entre os níveis de IL-17A e o AMF. Isto posto, apesar de valores estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ), erros do tipo I (rejeitar a hipótese nula quando esta é verdadeira) podem ter ocorrido. Ademais, sendo um estudo piloto, recomenda-se uma amostra mínima de 30 participantes (Herzog, 2008), aspecto também não considerado na pesquisa, limitando a força e poder de generalização dos achados, sendo necessárias outras investigações acerca das relações entre estas variáveis.

O estudo de Souza et al. (2022) realizado com 77 gestantes com malformações congênitas foi o único realizado no Brasil incluído nesta revisão. Teve por objetivo estabelecer a prevalência e os fatores associados aos sintomas de ansiedade e depressão e ao apego materno-fetal. O AMF, por sua vez, não foi correlacionado à ansiedade e depressão ( $p > 0,05$ ). Depreende-se destes dados que o diagnóstico de malformação fetal impacta negativamente ( $p > 0,05$ ) nos níveis de ansiedade e depressão materna, mas não o apego. Quanto aos demais fatores como residir longe da unidade de atendimento multiprofissional, ter escolaridade entre 1-11 anos, ter menores condições socioeconômicas e estar em um contexto profissional instável contribuem para a dificuldade de adaptação materna e familiar à gestação.

Os autores destacam, portanto, a capacidade de adaptação da gestante ao contexto em que está inserida e possível desenvolvimento de habilidades para melhor cuidar do bebê. Estes achados convergem com outros estudos que reforçam o caráter multideterminado do AMF, com destaque para variáveis sociais como fatores protetivos (Sacchi et al., 2021; Topan et al., 2022; Trombetta et al., 2021; Yarcheski et al., 2009).

Dessa maneira, considerando o aspecto relacional do AMF e do processo gravídico, bem como a relevância das variáveis socioculturais na adaptação à gravidez e aos novos papéis parentais (Papalia & Martorell, 2022), a realização do estudo de Souza et al. (2022) no contexto brasileiro torna-se relevante e reforça a necessidade de futuras investigações que também considerem ao contexto no qual as participantes estão inseridas.

O estudo de Mackie et al. (2019) foi realizado com 25 casais grávidos com gestações gemelares e síndrome de transfusão feto-fetal (STFF) e teve como objetivo investigar a vinculação fetal materna e paterna, a vinculação materna e paterna pós-parto e depressão parental. Por se tratar de um estudo coorte, os instrumentos para mensuração das variáveis foram aplicados antes e após tratamento padrão-ouro para a STFF conhecido como ablação fetoscópica a laser (FLA). Os resultados não apontaram diferença significativa no apego genitor-feto quando as mães foram comparadas aos pais nos diferentes momentos do estudo, sendo que o apego genitor-feto aumentou ao longo do tempo nas mães ( $p = 0,004$ ), mas não nos pais. Vale pontuar que a comparação dos escores foi realizada com apenas cinco casais por meio de ANOVA, limitando a força dos achados, uma vez que erros do tipo II (acatar a hipótese nula quando ela é falsa) podem ocorrer, não sendo possível sustentar de maneira robusta os achados do estudo.

Por outro lado, estudo de Topan et al. (2022) com 351 gestantes de alto risco teve como objetivo determinar os níveis de vinculação materno-fetal e fatores relacionados, como o número de gestações anteriores, desejo de engravidar, planejamento da gravidez, a ocorrência de pensamentos relativos à interrupção da gravidez, sensação do movimento do bebê e o desejo de realizar consultas médicas para além dos de rotina. Por meio de ANOVA e Teste de *Kruskal-Wallis*, os resultados indicam que não houve diferença significativa na pontuação média do apego materno-fetal com base no tipo de família, nível de escolaridade, situação profissional, renda e número de gestações ( $p > 0,05$ ).

No entanto, verificou-se que as mulheres que ficaram felizes ao descobrir a gravidez e aquelas que engravidaram voluntariamente tiveram pontuações significativamente mais altas ( $p = 0,001$ ). Ademais, as gestantes que planejaram a gravidez e as que não tinham a intenção de interrompê-la, apresentaram escores médios mais elevados no apego materno-fetal ( $p = 0,002$ ). As mulheres que sentiam os movimentos do bebê ( $p = 0,005$ ) e aquelas que desejavam consultar um médico, além dos controles de rotina ( $p = 0,002$ ), também apresentaram pontuações estatisticamente mais altas de apego materno-fetal. Apesar dos resultados e do tamanho amostral, os autores não

indicam tamanhos de efeito nas análises, uma vez que valores de  $p$  apenas sinalizam as diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mas não a magnitude destas, impossibilitando uma interpretação fiel dos achados e se tais diferenças são pequenas ou não.

A pesquisa de Çelik & Güneri (2020) teve como objetivo determinar a relação entre a adaptação à gravidez e o AMF em mulheres com gravidez de alto risco ( $n=479$ ) e como os parâmetros sociodemográficos e obstétricos afetaram essa adaptação. Os resultados das análises de correlação indicam uma relação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre a adaptação à gestação AMF ( $r=-0,556$ ;  $-p<0,05$ ), ou seja, as gestantes com boa adaptação à gravidez também apresentaram uma vinculação materno-fetal positiva. Vale pontuar que a adaptação à gravidez foi maior em gestantes casadas, com plano de saúde, gestação planejada, primíparas e família nuclear intacta. Apesar do estudo não ter indicado direções nas relações entre as variáveis, uma vez que apenas análise de correlação foram feitas, é possível que tais variáveis também influenciem na intensidade do AMF, como apontado em pesquisas anteriores e considerando a dimensão multidimensional do AMF (Kucharska, 2020; Yarcheski et al., 2009; Yoon & Sung, 2021).

Os estudos aqui detalhados buscaram investigar fatores relacionados ao apego materno-fetal. No entanto, destaca-se que alguns aspectos estudados (e.g. idade, estilo de vida, rede de apoio social e comunitária, acesso à serviços de saúde, habitação) constituem fator de risco ou proteção à saúde física e mental da gestante de alto risco e fazem parte do que a Organização Mundial da Saúde conceitua como determinantes sociais de saúde (Gadelha et.al, 2020). Apesar das limitações metodológicas mencionadas, sustenta-se que não existe uma correlação direta e significativa entre apego materno-fetal e as variáveis estudadas (depressão, ansiedade, estresse e aspectos sociodemográficos) e que as dificuldades encontradas pelas gestantes de alto risco não determinam o AMF, apesar de influenciarem na saúde mental e bem-estar da mulher.

Os estudos de Moore et al. (2019) e Mackie et al. (2019) apresentam fragilidades metodológicas e seus resultados devem ser interpretados com

cautela. Nesta categoria, o estudo de Çelik & Güneri (2020) possui o maior tamanho amostral e foi o único a apresentar o tamanho de efeito das análises estatísticas. Vale pontuar que, apesar das limitações citadas anteriormente, todos os estudos reforçam a importância da qualidade de apoio social, familiar e conjugal no processo de vinculação mãe-bebê, convergindo com estudos de revisão na área (Trombetta et al., 2021; Yarcheski et al., 2009). Esses achados reforçam que, para além dos aspectos individuais da mulher, o processo de vinculação mãe-bebê envolve também o contexto social no qual esta se insere, podendo ser um fator de risco ou proteção para o AMF. Ademais, é evidente a escassez de estudos em cenário brasileiro, sendo possível que isso se deva à novidade temática, dada a recente concepção do termo (Cranley, 1981). No entanto, apesar da teoria do apego ser uma das temáticas mais estudada na área da Psicologia, estudos de revisão também apontam para uma baixa produção científica com este enfoque no Brasil, sustentando uma maior investigação que considere as particularidades do território (Becker et al., 2019; Becker & Crepaldi, 2019).

### **Apego Materno-Fetal e Propostas de Intervenção**

Três estudos experimentais buscaram avaliar a eficácia de intervenções voltadas para promover maior intensidade do AMF, apresentando pouco efeito ou fragilidades metodológicas que dificultam a avaliação dos procedimentos. Baltaci e Başerb (2021) realizaram um estudo experimental com grupo controle randomizado com o objetivo de avaliar intervenção baseada em canções de ninar para reduzir a ansiedade e fortalecer o AMF em 60 gestantes de alto risco. As participantes do grupo experimental (GE; n=38) ouviram 20 minutos de canções de ninar, tradicionais da cultura e possuíam ritmo lento que se assemelhavam com a batida normal do coração, por dois dias consecutivos. Enquanto ouviam, as gestantes eram instruídas a pensar no bebê e senti-los por meio de toques na barriga. Em relação aos níveis de AMF, na comparação entre os grupos, o GE apresentou maiores taxas do que o GC ( $p < 0.01$ ), enquanto na comparação intra-grupo, apenas o GE apresentou diferença estatisticamente significativa após a

intervenção ( $p < 0,01$ ), indicando potencialidades no procedimento. Porém, os autores não apresentam os tamanhos de efeito da mudança, o que impossibilita afirmar se as alterações são mínimas, moderadas ou elevadas e, conseqüentemente, avaliar a real eficácia da intervenção.

Kim e Chun (2020), por sua vez, realizaram intervenção com 59 gestantes de alto risco focada em estratégias de psicoeducação acerca da gravidez, aspectos nutricionais importantes para uma gestação saudável, elaboração e contato com emoções relacionadas ao bebê e incentivo a comportamentos que favorecessem a proximidade com o feto. A partir de análises de covariância (ANCOVA) comparando-se o GE e GC em três momentos diferentes, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre os grupos com relação à intensidade do AMF. No entanto, os níveis de ansiedade das gestantes foram menores ( $p < 0,05$ ) no GE. O estudo de Jussila et al. (2020) realizou intervenção que consistiu em três sessões individuais e interativas de ultrassom 4D na qual a gestante era estimulada a imaginar o bebê, bem como suas relatar suas emoções e sentimentos para com este. Em complemento, às gestantes recebiam um diário com atualizações acerca da saúde do bebê e tinham consultas com um profissional de saúde mental que incentivava atitudes de proximidade para com o feto. Como resultados, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de AMF na comparação entre o GC ( $n=44$ ) e GE ( $n=46$ ) por meio de análise de covariância ( $F(1, 65)=2,9; p = 0,09$ ) após a intervenção.

Percebe-se que apenas um estudo mostrou-se eficaz na promoção do AMF, apesar de não serem apresentados tamanhos de efeito. É possível que a dificuldade em serem apresentados resultados positivos deva-se ao fato do AMF ser um construto multideterminado, o que exigiria, portanto, uma abordagem multiprofissional no seu manejo (Trombetta et al., 2021). Outro fator a ser considerado diz respeito ao apoio social (familiar e do pai do bebê) recebido pela gestante, uma vez que, apesar deste ser compreendido como um dos principais determinantes dos níveis de AMF (Yarcheski et al., 2009), não foi considerado em nenhum dos estudos interventivos.

### **Considerações finais**

A história de vinculação mãe e filho tem início no período pré-natal, momento em que é possível observar e intervir na construção do vínculo materno-fetal por meio das expectativas que a mãe apresenta sobre o feto e da interação que estabelece com ele.

Com base no exposto, nota-se que estudos acerca do AMF em gestantes de alto risco são escassos no cenário internacional e brasileiro e os resultados obtidos indicaram não haver correlação significativa entre AMF e a condição de alto risco, sustentando que outros fatores contribuem para uma vinculação positiva entre mãe e filho. Assim, destaca-se seu caráter multideterminado, com destaque para o papel do suporte social, familiar e do pai do bebê na saúde mental das gestantes e na sua relação com o feto.

Para melhor compreensão do processo de vinculação, sugere-se a realização de estudos que busquem estabelecer correlações entre o apego materno-fetal e outros tipos de apego tais como o apego primário materno (referente ao apego que a gestante construiu com cuidadores no período da infância e adolescência), a qualidade do relacionamento com o pai do bebê, bem como a vinculação deste com o feto e seu engajamento no processo gestacional da parceira. Recomenda-se também a produção de novos estudos experimentais que considerem características sociais e relacionais das gestantes, como sua rede de apoio, promovendo a participação ativa do pai e outras pessoas significativas no processo gravídico, uma vez que podem favorecer a sensação de autoeficácia, reduzir a ansiedade e, com isso, promover uma vinculação positiva com o filho.

Ademais, novas revisões bibliográficas referentes ao fenômeno devem ser realizadas, uma vez que o presente estudo apresenta limitações, a saber: restrição de bases de dados, descritores estabelecidos e idioma das publicações. Desse modo, é possível que sejam encontrados novos resultados, a partir do emprego de diferentes estratégias de busca e da inclusão de outras bases de dados. Além disso, sugerem-se revisões que possam ampliar os idiomas definidos e o intervalo de tempo para os últimos 10 anos, haja vista a especificidade do tema. Salienta-se que a inclusão de outros tipos de obra, como



teses e dissertações, monografias, livros e capítulos de livro, também poderia agregar informações e achados importantes sobre a temática, o que não foi contemplado nesta revisão.

### Referências

- Alves, T. O., Nunes, R. L. N., Sena, L. H. A. de, Alves, F. G., Souza, A. G. S. de, Salviano, A. M., Oliveira, B. R. D., Silva, D. I. de S., Lopes, L. M., Silva, V. D., Almeida, L. P. de, Oliveira, R. D., Jesus, E. C. P. de, Ruas, S. J. S., Santos, M. A., Pereira, Z. A. S., & Dias, J. L. C. (2021). Gestação de alto risco: Epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 14860–14872. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-040>
- Antoniuzzi, M. P., Siqueira, A. C., & Farias, C. P.. (2019). Aspectos psicológicos de uma gestação de alto risco em primigestas antes e depois do parto. *Pensando famílias*, 23(2), 191-207. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2019000200015&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200015&lng=pt&tlng=pt)
- Baltacı, N., & Başer, M. (2022). The Effect of Lullaby Intervention on Anxiety and Prenatal Attachment in Women with High-Risk Pregnancy: A Randomized Controlled Study. *Complementary medicine research*, 29(2), 127–135. <https://doi.org/10.1159/000520139>
- Becker, A. P. S., & Crepaldi, M. A. (2019). O apego desenvolvido na infância e o relacionamento conjugal e parental: Uma revisão da literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.12957/epp.2019.43016>
- Becker, A. P., Vieira, M. L., & Crepaldi, M. A. (2019). Attachment behavioral and parenting definitions, based on a cross-cultural approach: a review of the literature: Apego e parentalidade sob o enfoque transcultural: uma revisão da literatura. *Psicogente*, 22(42), 1–25. <https://doi.org/10.17081/psico.22.42.3507>

- Bezerra, J. C. (2017). *Modos de enfrentamento e apego materno-fetal em gestantes de alto risco: um estudo comparativo*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós- Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Castaño, J.H.O., Gloria, C. C. G., Rodríguez, M.A.G. (2019). Apego materno-fetal: un análisis de concepto. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(6), 969-982. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2019000600969&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000600969&lng=es&tlng=es).
- Çelik, F. P., & Güneri, S. E. (2020). The Relationship between Adaptation to Pregnancy and Prenatal Attachment in High-Risk Pregnancies. *Psiquiatria Danubina*, 32(4), 568–575. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33212465/>
- Daglar, G., Bilgic, D., & Cakir, D. (2022). The correlation between levels of prenatal attachment and styles coping with stress in pregnant women. *Journal of reproductive and infant psychology*, 40(3), 254–265. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.2001795>
- Gadelha, I. P., Aquino, P. de S., Balsells, M. M. D., Diniz, F. F., Pinheiro, A. K. B., Ribeiro, S. G., & Castro, R. C. M. B. (2020). Qualidade de vida de mulheres com gravidez de alto risco durante o cuidado pré-natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0595>
- Göbel, A., Barkmann, C., Arck, P., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., Diemert, A., & Mudra, S. (2019). Couples' prenatal bonding to the fetus and the association with one's own and partner's emotional well-being and adult romantic attachment style. *Midwifery*, 79, 102549. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102549>
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health*, 31, 180–191. <https://doi.org/10.1002/nur.20247>
- Jussila, H., Ekholm, E., & Pajulo, M. (2021). A new parental mentalization focused

- ultrasound intervention for substance using pregnant women. Effect on self-reported prenatal mental health, attachment and mentalization in a randomized and controlled trial. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(4), 947–970. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00205-y>
- Kim, H. J., & Chun, N. (2020). Effects of a supportive program on uncertainty, anxiety, and maternal-fetal attachment in women with high-risk pregnancy. *Korean journal of women health nursing*, 26(2), 180–190. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2020.06.17>
- Kucharska, M. (2021). Selected predictors of maternal-fetal attachment in pregnancies with congenital disorders, other complications, and in healthy pregnancies. *Health Psychology Report*, 9(3), 193-206. <https://doi.org/10.5114/hpr.2020.97295>
- Mackie, F. L., Pattison, H., Jankovic, J., Morris, R. K., & Kilby, M. D. (2020). Parental attachment and depressive symptoms in pregnancies complicated by twin-twin transfusion syndrome: a cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(4). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2679-7>
- Moore, T. A., Case, A. J., Mathews, T. L., Epstein, C. M., Kaiser, K. L., Zimmerman, M. C. (2019). Interleukin-17A and Chronic Stress in Pregnant Women at 24-28 Weeks Gestation. *Nursing Research*, 68(2), 167–173. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000334>.
- Palma, E., Armijo, I., Cifuentes, J., Ambiado, S., Rochet, P., Díaz, B., Gutierrez, J., & Mena, C. (2021). Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: Is prenatal attachment affected? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 30–42. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.174066>
- 1 Papalia, D. E., & Martorell, G. (2022). *Desenvolvimento humano* (14. ed.).

## AMGH

- Ponti, L., Smorti, M., Ghinassi, S., & Tani, F. (2021). The relationship between romantic and prenatal maternal attachment: The moderating role of social support. *International journal of psychology: Journal international de psychologie*, 56(1), 143–150. <https://doi.org/10.1002/ijop.12676>
- Rodrigues, A. R. M., Dantas, S. L. da C., Pereira, A. M. M., Silveira, & M. A. M. Rodrigues, P. (2017). Gravidez de alto risco: Análise de determinantes de saúde. *SANARE - Revista De Políticas Públicas*, 16. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135>
- Rollè, L. et al. Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 8, p. 2644, abr. 2020.
- Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2644. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082644>
- Souza, G. F. de A., Souza, A. S. R., Praciano, G. de A. F., França, E. S. L. de ., Carvalho, C. F., Paiva Júnior, S. de S. L., Souza, M. B. R. de ., & Asano, N. M. J.. (2022). Apego materno-fetal e transtornos psiquiátricos em gestantes com fetos malformados. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, 71(1), 40–49. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000339>
- Souza, M. T. , Silva, M. D. , & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Topan, A. , Kuzlu Ayyıldız, T. , Sahin, D. , Kilci Erciyas, Ş. & Gultekin, F. (2022). Evaluation of Mother-Infant Bonding Status of High-Risk Pregnant Women and Related Factors. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 12(1), 26-31. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.766888>
- Trombetta, T., Giordano, M., Santoniccolo, F., Vismara, L., Della Vedova, A. M., & Rollè, L. (2021). Pre-natal Attachment and Parent-To-Infant Attachment: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 12, 620942.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.620942>

Yeşilçınar, İ., Kıncı, M. F., Ünver, H. C., & Sivaslıoğlu, A. A. (2023). Pregnancy-Related Anxiety and Prenatal Attachment in Pregnant Women with Preeclampsia and/or Gestational Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 33(1), 27-35. <https://doi.org/10.5336/jcog.2022-93264>

Yoon, S. H., & Sung, M. H. (2021). Does family support mediate the effect of anxiety and depression on maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women admitted to the maternal-fetal intensive care unit?. *Korean journal of women health nursing*, 27(2), 104–112. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.05.14>

## **6.2 ARTIGO 02 (Submetido para publicação na Interação em Psicologia em 29 de novembro de 2023).**

**Esquemas iniciais desadaptativos como preditores do apego materno-fetal em gestantes de alto risco**

**Early maladaptive schemas as predictors of maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women**

**Esquemas desadaptativos e apego materno-fetal**

## Relato de Pesquisa

### Resumo

O apego materno-fetal (AMF) é um construto multideterminado caracterizado pela qualidade da relação da gestante com o feto que possui influência no processo de adaptação à maternidade, saúde mental e desenvolvimento saudável da mãe e do bebê. Características individuais da gestante como personalidade e crenças podem impactar na intensidade da vinculação. Considerando o crescimento dos estudos em Terapia do Esquema, o presente estudo teve como objetivo verificar a capacidade preditiva de esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) na intensidade do AMF em gestantes de alto risco, não sendo encontrados pesquisas nacionais que abordassem esta associação. Participaram 152 gestantes que responderam ao Questionário Sociodemográfico, Escala de Apego Materno-Fetal - Versão Breve (MFAS) e o Questionário de Esquemas de Young - Versão Breve (YSQ-S3). Por meio da modelagem de equações estruturais não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre as variáveis. No entanto, o esquema de Desconfiança/Abuso apresentou valor-*p* limítrofe, indicando uma possível capacidade de predição positiva. Os resultados destacam possíveis mediadores e outros fatores que podem afetar a formação do AMF e a relação com os EIDs, bem como limitações do estudo.

Palavras-chave: comportamento de apego; gravidez de alto-risco; terapia cognitiva.

### **Maladaptive early schemas as predictors of maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women.**

### *Abstract*

*Maternal-fetal attachment (MFA) is a multidetermined construct characterized by the quality of the pregnant woman's relationship with the fetus, which influences the adaptation to*

*motherhood, mental health, and healthy development of both the mother and the baby. Individual characteristics of the pregnant woman, such as personality and beliefs, can impact the intensity of the attachment. Considering the growing studies in Schema Therapy, the present study aimed to assess the predictive capacity of early maladaptive schemas (EMS) on the intensity of MFA in high-risk pregnant women, with no national research found addressing this association. A total of 152 pregnant women participated, responding to the Sociodemographic Questionnaire, Maternal-Fetal Attachment Scale - Brief Version (MFAS), and Young Schema Questionnaire - Brief Version (YSQ-S3). Through structural equation modeling, no statistically significant relationships were found between the variables. However, the Mistrust/Abuse schema showed a borderline p-value, indicating a potential positive predictive capacity. The results highlight possible mediators and other factors that may affect the formation of MFA and the relationship with EMS, as well as study limitations.*

*Keywords: attachment behavior; high-risk pregnancy; cognitive therapy.*

O período gestacional é caracterizado por mudanças significativas de natureza fisiológica, socioeconômica, familiar e psicológica. Apesar da tendência em uma evolução sem intercorrências, cerca de 20% das mulheres desenvolvem uma gestação de alto risco, situação em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do bebê estão em maior risco (Alves, 2021). Vale pontuar que alguns fatores podem interferir no processo gravídico, aumentando as chances de tal diagnóstico, como características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doenças obstétricas na gravidez atual e intercorrências clínicas (Gadelha et al., 2020).

Vale pontuar que a transição para a maternidade pode ser vivida como uma experiência de amadurecimento e crescimento, mas também pode ser marcada por uma intensificação de

tendências patológicas que influenciarão o vínculo com o bebê, podendo estar acompanhados por manifestações de ambivalência afetiva, que compreende a coexistência de sentimentos de aceitação e rejeição (Antoniazzi et al., 2019). Desta maneira, se a gravidez provoca mudanças na vida da mulher e também da sua família, uma gestação de alto risco se mostra ainda mais impactante, na medida em que situações adversas como adoecimentos específicos da gestação e malformação fetal podem contribuir para uma experiência gravídica negativa (Topan et al., 2022).

Em se tratando da díade mãe-bebê, pesquisas apontam que a vinculação emocional da mãe com o filho se inicia ainda na gestação e a qualidade desta relação repercute no processo de transição para a maternidade e nos comportamentos de cuidado parental após o nascimento (Ponti et al., 2021; Trombetta et al., 2021). Isto posto, Cranley (1981) inaugura o conceito de “apego materno-fetal” (AMF), definindo-o como a qualidade da relação da gestante com o feto e o nível de engajamento materno-fetal a partir dos comportamentos indicadores de afiliação e interação com o bebê. O AMF relaciona-se com uma maior autoeficácia parental, menores taxas de sofrimento psicológico por parte da mãe, desenvolvimento de um apego seguro na primeira infância, maior responsividade materna e hábitos mais saudáveis durante o período gestacional (Göbel, 2019; Rollè et al., 2020; Trombetta et al., 2021).

Ademais, o AMF se configura como um fenômeno multifatorial, ou seja, diversas variáveis contribuem para seu desenvolvimento e manutenção. Em estudo de revisão que buscou avaliar o AMF no contexto da gestação de alto risco, Cerqueira et al. (no prelo), indicam que as características individuais das mães, adaptação à gestação, apoio do parceiro e a qualidade do relacionamento conjugal são alguns fatores que determinam a intensidade da vinculação (Cheraghi & Jamshidimanesh 2022; Sacchi et al., 2021; Topan et al., 2022). Em se tratando das características individuais da mãe, a literatura reforça a importância de se



aprofundar nas relações iniciais desta com seus cuidadores e, com isso, no seu próprio sistema de crenças, cognições e modos de funcionamento (Gioia et al., 2023; Rosa et al., 2021).

Com isso, fundamentados na Terapia do Esquema (TE; Young et al., 2008) e na Teoria do Apego, o conceito de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) pode auxiliar na compreensão de como fatores individuais da gestante repercutem no AMF. Os EIDs são padrões emocionais e cognitivos, responsáveis por processos de funcionamento da personalidade, com origem em necessidades emocionais não atendidas na infância e adolescência, bem como nos fatores como temperamento e eventos adversos experienciados (Wainer, 2016). Assim, os EIDs contribuem para interpretações distorcidas sobre maternidade/paternidade e podem interferir nas habilidades parentais na estimulação dos filhos e no processo de vinculação saudável com estes (Squefi & Andretta, 2016).

Especialmente os EIDs do primeiro domínio, Desconexão e Rejeição (a saber: Abandono, Isolamento Social, Defectividade, Desconfiança/Abuso e Privação Emocional), tendem a impactar mais fortemente nas relações interpessoais e nos processos de vinculação (Young et al., 2008). Por conta destas características e pelo AMF ser um processo relacional e vinculativo perpassado pelas crenças e traços de personalidade dos pais, espera-se que os esquemas também influenciem no processo de vinculação entre mãe-bebê (Janovsky et al., 2020). Vale pontuar que é possível que pais e mães vivenciem situações de ativação esquemática na interação com os filhos e, em estudo de revisão sistemática com metanálise, Sójta e Strzelecki (2023) indicam uma lacuna de estudos em se tratando da investigação dos efeitos dos EIDs dos cuidadores em suas práticas, indicando que a ativação esquemática dos pais pode torná-los menos responsivos às necessidades emocionais básicas dos filhos.

Apesar da escassez de estudos em TE, a literatura acerca da Teoria do Apego e suas repercussões no cuidado parental é vasta. Assim, em estudo de revisão com 60 trabalhos empíricos com este referencial teórico, Jones et al. (2015) apontam que pais que tiveram um

apego seguro com seus cuidadores na infância possuem práticas parentais mais responsivas e com maior suporte emocional, enquanto a percepção de apego inseguro relaciona-se com práticas negligentes e hostis. O estabelecimento de vínculo seguro diz respeito a uma das necessidades básicas preconizadas pela TE, que, quando não atendida, pode gerar esquemas do domínio de Desconexão/Rejeição, com estudos sustentando uma forte associação dos EIDs deste domínio entre pais e filhos (Mallmann et al., 2019; Sójta & Strzelecki, 2023).

Em um levantamento bibliográfico realizado pelos autores nos últimos 10 anos, foi encontrado apenas um estudo que relacionasse os EIDs com o processo de vinculação materno-fetal foi encontrado, com os resultados indicando o domínio de desconexão e rejeição como maior preditor do AMF ( $\beta=-0,36$ ; Nordahl et al., 2019). No entanto, os autores não indicam quais EIDs estão envolvidos nesta relação e não envolvem participantes em gestação de alto risco, indicando limitações e sugestão de estudos futuros. Isto posto, este é o primeiro estudo que buscou examinar o poder explicativo dos EIDs do primeiro domínio esquemático (Abandono, Isolamento Social, Defectividade, Desconfiança/Abuso e Privação Emocional) na intensidade do apego materno-fetal (AMF) em gestantes de alto risco.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram do estudo 152 gestantes de alto risco com idades entre 18 e 45 anos ( $M=29,85$ ;  $DP=6,66$ ) e idade gestacional entre 27 e 40 semanas ( $M=32,32$ ;  $DP=5,15$ ). Como critérios de inclusão, as mulheres deveriam ter acima de 18 anos e 27 semanas ou mais de gestação, sendo este o período no qual é possível mensurar o AMF (Lima et al., 2022). A caracterização das participantes quanto à escolaridade, estado civil, planejamento da gravidez, primiparidade e suporte familiar e do pai do bebê podem ser vistos na Tabela 1.

--	--

**Tabela 1***Características sociodemográficas das participantes*

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>		
Solteira	49	32,2
Casada	74	48,7
Divorciada	1	0,7
União Estável	26	17,1
Namorando	2	1,3
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental Incompleto	40	25,3
Fundamental Completo	9	5,9
Médio Incompleto	29	19,0
Médio Completo	55	36,2
Superior Incompleto	7	4,6
Superior Completo	12	7,9
<b>Gravidez planejada</b>		
Não	84	55,3
Sim	67	44,7
<b>Primiparidade</b>		
Não	99	65,1
Sim	53	34,9
<b>Suporte familiar</b>		
Nenhum suporte	14	9,2

Pouco suporte	12	7,9
Razoável suporte	32	21,1
Muito suporte	94	61,8
<b>Suporte do pai do bebê</b>		
Nenhum suporte	10	6,6
Pouco suporte	4	2,6
Razoável suporte	14	9,2
Muito suporte	124	81,6

## **Instrumentos**

### ***Questionário Sociodemográfico***

O questionário foi elaborado pelos autores e buscou avaliar condições gestacionais e caracterizar a amostra a partir da idade, idade gestacional, suporte familiar e do pai do bebê, planejamento da gestação e primiparidade.

### **Questionário de Esquemas de Young - Versão Breve (YSQ-S3; Souza et al., 2020).**

O instrumento avalia os 18 esquemas iniciais desadaptativos (EID), divididos em cinco domínios esquemáticos (DE), a partir de escala tipo Likert de seis pontos, variando entre 1 (“completamente falso sobre mim”) até 6 (“me descreve perfeitamente”). A versão breve da escala possui 90 itens, sendo cinco para cada um dos 18 EID. No presente estudo foram utilizados apenas os itens referentes aos EID do primeiro domínio (Desconexão e Rejeição), ou seja, Privação Emocional, Abandono, Isolamento Social, Desconfiança/Abuso e Defectividade. O coeficiente alpha de Cronbach na amostra da pesquisa foi de 0,919.

### **Escala de Apego Materno-Fetal - Versão Breve (MFAS- Versão Breve; Lima et al., 2022)**

A escala investiga o vínculo da gestante com o feto e sua versão breve foi adaptada e validada para o Brasil por Lima et al. (2022) em estudo envolvendo 937 gestantes no segundo e terceiro trimestre de gestação, com valor alpha de Cronbach = 0,878. O instrumento é

formado por 15 itens que são respondidos por meio de uma escala Likert variando entre 1 (“Discordo Completamente”) e 5 (“Concordo Plenamente”), sendo dividida em três fatores: “Experienciando expectativas”, “Interações com o feto” e “Imaginação e cuidado para com o bebê”. O escore total varia entre 15 e 75, com valores maiores indicando maior intensidade de vinculação. No presente estudo, optou-se por utilizar o escore total ao invés dos três fatores da escala, conforme recomendações (Gioia et al., 2023; Lima et al., 2022; Rosa et al., 2021; Sacchi et al., 2022). O valor  $\alpha$  de Cronbach encontrado na amostra foi de 0,724

## **Procedimentos**

### **Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu de maneira presencial entre os meses de maio e agosto de 2023 em um hospital materno-infantil de uma cidade do interior da Bahia. Os pesquisadores eram compostos de bolsistas e voluntários vinculados ao [informação suprimida para não identificar os autores] da [informação suprimida para não identificar os autores] e foram previamente orientados por uma profissional da Psicologia do hospital. Todas as gestantes do estudo aguardavam atendimento de pré-natal de alto risco e foram convidadas a participar do estudo na sala de espera do hospital. Todas as participantes foram orientadas de que sua participação era voluntária e a recusa no preenchimento dos instrumentos não acarretaria em nenhum tipo de prejuízo ao atendimento hospitalar. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido antes da aplicação dos instrumentos.

### **Análise de Dados**

Os dados coletados foram analisados por meio do programa *JASP* versão 18.1. Primeiramente, estatística descritiva foi utilizada a partir das medidas de frequência, média (M) e desvio-padrão (DP). Em seguida, foi utilizada análise de regressão por meio de modelagem

de equações estruturais (MEE) para verificar o poder explicativo dos EIDs (variáveis independentes) na intensidade do AMF (variável dependente). Foram avaliadas as adequações das dimensões dos instrumentos utilizados a partir do índice de confiabilidade alfa de Cronbach e análise fatorial confirmatória (AFC). Itens com carga fatorial abaixo de 0,3 foram excluídos (Franco & Iwama, 2021). Para verificar a aceitabilidade do modelo, foram analisados os seguintes índices de ajuste: qui-quadrado/graus de liberdade ( $X^2/df < 3$ ), *Confirmatory Fit Index* (CFI > 0,95), *Tucker-Lewis Index* (TLI > 0,95) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA < 0,06). Por fim, os índices de modificação foram avaliados teoricamente antes de serem acatados e utilizou-se como estimador o *Diagonally Weighted Least Squares* (DWLS; Filho et al., 2021).

### **Considerações Éticas**

A pesquisa obteve parecer favorável no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da [informação suprimida para não identificar os autores] por meio do Parecer Consubstanciado [informação suprimida para não identificar os autores]. Todas as informações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram lidas para as participantes antes da aplicação dos questionários e somente fizeram parte da pesquisa as gestantes que concordaram e assinaram o referido termo voluntariamente.

### **Resultados**

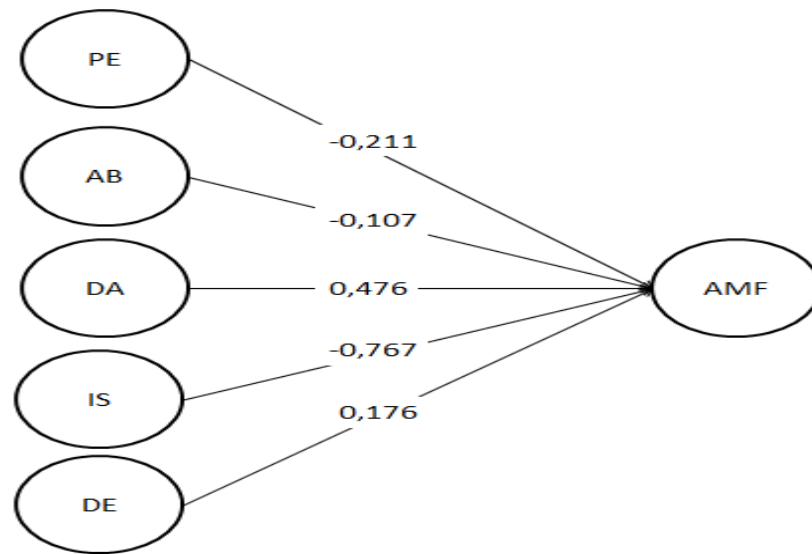
Inicialmente, foram analisadas as estatísticas descritivas referentes às variáveis de apego materno-fetal (AMF; MFAS-Versão Breve) e esquemas iniciais desadaptativos (EIDs; YSQ-S3). Foram considerados EIDs ativados nas participantes aqueles com escores acima de cinco pontos (Wainer, 2016). Os valores podem ser vistos na Tabela 2.

Tabela 2 <i>Estatísticas descritivas do MFAS – Versão Breve e do YSQ-S3</i>			
<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>EIDs Ativados (%)</b>
<b>MFAS-Versão Breve</b>	66,13	7,01	-
<b>YSQ-S3</b>			
Privação Emocional	2,03	1,30	5,9
Abandono	3,03	1,53	15,8
Isolamento Social	2,57	1,30	7,2
Desconfiança/Abuso	3,40	1,29	15,8
Defectividade	1,85	1,11	3,3

A análise fatorial confirmatória buscou avaliar se as estruturas fatoriais indicadas na literatura se mantinham nesta amostra. Com relação ao YSQ-S3, a estrutura de cinco fatores considerando apenas o primeiro domínio esquemático foi sustentada, com cargas fatoriais de 0,4 a 0,9 e a variância residual com valores entre 0,17 e 0,84. A escala MFAS - Versão Breve foi avaliada como unifatorial e as cargas fatoriais variaram entre 0,34 e 0,78 com apenas o item 12 sendo excluído por conta da carga fatorial menor que 0,3. A variância residual variou entre 0,40 e 0,89. Os índices de ajuste do modelo foram adequados com ( $\chi^2/df = 1,26$ ; CFI=0,985; TLI=0,984; RMSEA=0,042). A Figura 1 apresenta as regressões por meio de modelagem por equações estruturais com o objetivo de avaliar a capacidade preditiva dos EIDs do primeiro domínio na intensidade do AMF.

Figura 1

Modelo testado considerando os EIDs como variáveis predictoras e o AMF como variável de desfecho.



*Nota:* PE (Privação Emocional), AB (Abandono), DA (Desconfiança/Abuso), IS (Isolamento Social), DE (Defectividade) e AMF (Apego Materno-Fetal). Por motivos de parcimônia, os itens e cargas fatoriais não foram incluídos na figura.

A análise de regressão por meio de modelagem de equações estruturais não indicou relações estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). Porém, o esquema de Desconfiança/Abuso apresentou valor de  $p$  marginal ( $p = 0,051$ ), sendo possível que este achado se configure como um erro do tipo II em virtude do tamanho amostral. Nesse sentido, sugere-se que quanto maiores os níveis do EID de Desconfiança/Abuso, maior a intensidade do AMF.

## Discussão

A hipótese testada neste estudo de que esquemas do domínio Desconexão e Rejeição ativados em gestantes de alto risco impactam negativamente na vinculação materno-fetal não foi confirmada. Embora as gestantes estivessem vivenciando um processo gravídico de alto risco, considerado na literatura como estressante (Moore et al., 2019) e possivelmente ativador de esquemas, esse processo não foi capaz de interferir no AMF, sendo possível que, devido à



natureza multifatorial do constructo, outras variáveis tenham contribuído para mediar e moderar nas relações entre seus determinantes.

Inicialmente, vale pontuar que poucas participantes do estudo apresentaram ativação dos esquemas do primeiro domínio. O esquema de abandono é compreendido a partir da sensação de que pessoas íntimas não seriam capazes de continuar proporcionando conexão e apoio emocional, força ou proteção na vida diária, pois pensariam que seriam abandonados por outro melhor (Young et al., 2008). Por sua vez, no esquema de desconfiança e abuso a pessoa tende a perceber as relações como perigosas, com a constante sensação de que será enganada, traída ou machucada pelo outro. Ainda que 15,8% das participantes tenham apresentado ativação destes esquemas, a análise dos dados sociodemográficos revelou que 61,8% das participantes consideraram receber muito suporte da rede social e muito suporte do pai do bebê (81,6%).

O apoio do pai, compreendido como um tipo de suporte social, pode explicar a hipoativação dos dois principais esquemas apresentados, se configurando como fator protetivo para o AMF e convergindo com outros achados da literatura. De acordo com o estudo de Cuijilits et al. (2019) com 739 gestantes, o apoio do parceiro foi apontado como principal fator de proteção durante a gestação e no pós-parto. Em outros estudos, Sacchi et al. (2022) e McNamara et al. (2019) indicaram que a qualidade da relação conjugal estava associada positivamente a um maior AMF.

Em estudo de revisão com metanálise, Yarcheski et al. (2009) sustenta que o apoio do parceiro como principal variável que contribui para a vinculação mãe-bebê. Em se tratando especificamente do contexto de alto risco, este apoio torna-se ainda mais relevante uma vez que o contexto de incertezas e estresse também ensejam da gestante um maior suporte e, conseqüentemente, maior impacto deste no processo de adaptação à gestação e no AMF (Topan et al., 2022; Yarcheski et al., 2009). Com isso, a literatura aponta a importância do

envolvimento paterno em um maior senso de autoeficácia materno e menores índices de sofrimento psíquico que poderiam impactar negativamente no AMF, uma vez que o parceiro pode facilitar a criação de um ambiente seguro para que a gestante experiencie a gravidez de forma mais saudável (Papalia & Martorell, 2022).

Complementando tais achados, o estudo de Yoon e Sung (2021) buscou avaliar, em uma amostra de 123 gestantes de alto risco, o papel mediador do suporte familiar na relação entre ansiedade, depressão e AMF. Os autores destacaram o papel do suporte familiar como fator protetivo durante a gestação, uma vez que pode reduzir os impactos negativos dos altos níveis de ansiedade e depressão experienciados por gestantes de alto risco. Kucharska (2020) também apontou o suporte do parceiro como preditor de experiências positivas na gravidez que, conseqüentemente, afetam os níveis de AMF, indicando a importância desta variável durante a gestação. Nas pesquisas de Palma et al. (2021) e de Daglar et al. (2022), o suporte social apareceu com um papel importante, visto que se relacionou positivamente ao vínculo mãe-bebê e como uma das principais estratégias de enfrentamento ao estresse durante a gestação.

Ademais, Irurita-Ballesteros et al. (2019) indicaram que a presença de redes de apoio contribui para um exercício mais saudável da maternidade. Nesse sentido, outros microsistemas como ambiente de trabalho e relação conjugal podem auxiliar para uma maior percepção de suporte e, com isso, reduzindo o impacto negativo dos EIDs maternos na vinculação com o bebê (Lorenzo & Olza, 2020). Reitera-se, portanto, a importância de variáveis contextuais e relacionais em se tratando do processo gestacional.

Por fim, o presente estudo também apontou para uma possível relação de predição entre o esquema de desconfiança e o AMF, no entanto, por conta do tamanho amostral, a ocorrência do erro do tipo II é provável, visto o valor- $p$  limítrofe ( $p=0,051$ ). Feitas tais considerações, a compreensão desta relação pode ser encontrada no modelo teórico da TE. De acordo com Young et al. (2008), alguns indivíduos podem hipercompensar o esquema de desconfiança,

buscando superproteger outras pessoas a fim de que não sofram. Assim, ao longo da gestação, a mulher precisa abandonar a construção idealizada da criança, dando lugar para um bebê real, frágil e vulnerável que necessita de cuidado e proteção (Rocha et al., 2022).

Portanto, com a ativação deste esquema, a gestante poderia se vincular mais fortemente ao bebê a partir da concepção de que o mundo é perigoso e ameaçador. Vale pontuar que os resultados do estudo não convergem com os achados de Nordahl et al. (2019), sendo a única pesquisa realizada até o momento que também investigou tais relações. Apesar dos autores indicarem associações do primeiro domínio com o AMF, não foram testados EIDs específicos nesta predição. Além disso, as análises de regressão utilizadas pelos autores não são capazes de controlar erros de medida inerentes aos instrumentos psicométricos. Assim, diferentemente do estudo de Nordahl et al. (2019), utilizamos o procedimento de modelagem por equações estruturais, nos quais erros de medida das escalas são considerados nas análises, o que pode ter contribuído para resultados divergentes, sendo necessárias mais pesquisas que se aprofundem no fenômeno.

Diante do exposto, a presente pesquisa apresenta contribuições importantes para a área. Primeiramente, apesar das variáveis individuais, cognições e fatores de personalidade materna serem consideradas determinantes do AMF, os resultados não indicaram relações significativas entre os EIDs e o vínculo mãe-bebê, com exceção do esquema de desconfiança. Com base no caráter multideterminado deste fenômeno, sugere-se que outros fatores como apoio do parceiro (envolvimento paterno), suporte social e qualidade do relacionamento conjugal possuam um maior poder preditivo no AMF, sendo mais significativos para a gestante durante este período.

Ademais, este foi o único estudo encontrado em território nacional que buscou relacionar os pressupostos da Terapia do Esquema, mais especificamente os EIDs, com a vinculação materno-fetal. Assim, apesar das limitações metodológicas, o resultado da pesquisa fornece as primeiras evidências acerca desta associação e pode contribuir para o fomento de

novos estudos na temática. Isto posto, o estudo reforça que, apesar das características individuais da mãe serem relevantes, o apoio social e familiar recebido pela mulher durante a gestação são fatores protetivos do vínculo e precisam ser considerados no cenário obstétrico para o planejamento de intervenções específicas nas unidades de saúde, em todos os níveis de complexidade da assistência.

É importante a realização de novas pesquisas que investiguem as relações entre os EIDs e o AMF no contexto de baixo e alto risco gestacional, uma vez que a utilização de dois grupos pode auxiliar a verificação se a relação entre tais variáveis se mantém. Além disso, recomenda-se que novos estudos considerem os demais domínios esquemáticos e variáveis possíveis variáveis mediadoras e moderadoras, como a qualidade da relação conjugal, variáveis sociodemográficas e traços de personalidade, por exemplo. Por fim, recomenda-se a inclusão do pai do bebê nos estudos, investigando quais variáveis podem contribuir para um maior ou menor envolvimento no processo gestacional, considerando, portanto, seus próprios EIDs.

## Referências

- Alves, T. O., Nunes, R. L. N., de Sena, L. H. A., Alves, F. G., de Souza, A. G. S., Salviano, A. M., Oliveira, B. R. D., Silva, D. I. de S., Lopes, L. M., Silva, V. D., de Almeida, L. P., Oliveira, R. D., de Jesus, E. C. P., Ruas, S. J. S., Santos, M. A., Pereira, Z. A. S., & Dias, J. L. C. (2021). Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 14860–14872. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-040>
- Antoniazzi, M. P., Siqueira, A. C., & Farias, C. P. (2019). Aspectos psicológicos de uma gestação de alto risco em primigestas antes e depois do parto. *Pensando famílias*, 23(2), 191-207. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2019000200015&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200015&lng=pt&tlng=pt).

Cerqueira, S. A., Reis, H. L., Nogueira, K. C., Coelho, T. J., & Manfroi, E. C. (no prelo). Apego materno-fetal em gestantes de alto risco: uma revisão integrativa. *Psicologia Argumento*.

Cheraghi, P., & Jamshidimanesh, M. (2022). Relationship Between Maternal-Fetal Attachment With Anxiety and Demographic Factors in High-Risk Pregnancy Primipara Women. *Iran Journal of Nursing*, 34(134), 46–59. <https://doi.org/10.32598/ijn.34.6.4>

Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281–84. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>

Cuijlits, I., van de Wetering, A. P., Endendijk, J. J., van Baar, A. L., Potharst, E. S., & Pop, V. J. M. (2019). Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. *Infant mental health journal*, 40(6), 768–785. <https://doi.org/10.1002/imhj.21811>

Daglar, G., Bilgic, D., & Cakir, D. (2022). The correlation between levels of prenatal attachment and styles coping with stress in pregnant women. *Journal of reproductive and infant psychology*, 40(3), 254–265. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.2001795>

Filho, N. H., Costa-Lima, A. R., & Cortez, P. A. (2021). Uma introdução à modelagem de equações estruturais. In Faiad, C., Baptista, M. N., & Primi, R. (Org.), *Tutoriais em análises de dados aplicados à psicometria* (pp. 380-399). Vozes.

Franco, V. R., & Iwama, G. Y. (2021). Análise fatorial confirmatória com o R. In Faiad, C., Baptista, M. N., & Primi, R. (Org.), *Tutoriais em análises de dados aplicados à psicometria* (pp. 321-341). Vozes.

Gadelha, I. P., Aquino, P. de S., Balsells, M. M. D., Diniz, F. F., Pinheiro, A. K. B., Ribeiro, S. G., & Castro, R. C. M. B.. (2020). Quality of life of high risk pregnant women during prenatal care. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73, e20190595. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0595>

Gioia, M. C., Cerasa, A., Muggeo, V. M. R., Tonin, P., Cajiao, J., Aloia, A., Martino, I., Tenuta, F., Costabile, A., & Craig, F. (2023). The relationship between maternal-fetus attachment and perceived parental bonds in pregnant women: Considering a possible mediating role of psychological distress. *Frontiers in psychology*, 13, 1095030. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1095030>

Göbel, A., Barkmann, C., Arck, P., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., Diemert, A., & Mudra, S. (2019). Couples' prenatal bonding to the fetus and the association with one's own and partner's emotional well-being and adult romantic attachment style. *Midwifery*, 79, 102549. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102549>

Irurita-Ballesteros, C., Falcão, D. V. da S., Rocinholi, L. de F., & Landeira-Fernandez, J. (2019). Saúde mental e apoio social materno: Influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos. *Contextos Clínicos*, 12(2), 451–475. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.122.04>

Janovsky, T., Rock, A. J., Thorsteinsson, E. B., Clark, G. I., & Murray, C. V. (2020). The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(3), 407-447. <https://doi.org/10.1002/cpp.2439>

Jones, J. D., Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2015). Parents' self-reported attachment styles: a review of links with parenting behaviors, emotions, and cognitions. *Personality and social psychology review*, 19(1), 44–76. <https://doi.org/10.1177/1088868314541858>

- Kucharska, M. (2021). Selected predictors of maternal-fetal attachment in pregnancies with congenital disorders, other complications, and in healthy pregnancies. *Health Psychology Report*, 9(3), 193-206. <https://doi.org/10.5114/hpr.2020.97295>
- Lima, C. de A., Brito, M. F. S. F., Pinho, L. de., Leão, G. M. M. S., Ruas, S. J. S., & Silveira, M. F.. (2022). Abbreviated Version of the Maternal-Fetal Attachment Scale: Evidence of Validity and Reliability. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 32, e3233. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3233>
- Lorenzo, P. F.& Olza, I. (2020) *Psicología del embarazo*. Síntesis.
- Mallmann, C. L., Bortolini, M., & Squefi, M. (2019). De casal a pais: contribuições da terapia do esquema na transição para a parentalidade. In: Paim, K., Cardoso, B. L. A. (org.), *Terapia do esquema para casais*. Artmed.
- McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PloS one*, 14(7), e0220032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220032>
- Moore, T. A., Case, A. J., Mathews, T. L., Epstein, C. M., Kaiser, K. L., & Zimmerman, M. C. (2019). Interleukin-17A and Chronic Stress in Pregnant Women at 24-28 Weeks Gestation. *Nursing Research*, 68(2), 167–173. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000334>.
- Nordahl, D., Høifødt, R. S., Bohne, A., Landsem, I. P., Wang, C. E. A., & Thimm, J. C. (2019). Early maladaptive schemas as predictors of maternal bonding to the unborn child. *BMC psychology*, 7(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0297-9>

Palma, E., Armijo, I., Cifuentes, J., Ambiado, S., Rochet, P., Díaz, B., Gutierrez, J., & Mena, C. (2021). Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: Is prenatal attachment affected?. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 30–42. <https://doi-org.ez10.periodicos.capes.gov.br/10.1080/02646838.2020.1740661>

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2022). *Desenvolvimento humano* (14. ed.). AMGH

Ponti, L., Smorti, M., Ghinassi, S., & Tani, F. (2021). The relationship between romantic and prenatal maternal attachment: The moderating role of social support. *International journal of psychology*, 56(1), 143–150. <https://doi.org/10.1002/ijop.12676>

Rocha, A. C., Reis, H. L., Sampaio, M. L., & Manfroi, E. C. (2022). O estar em UTI neonatal: percepções dos pais sobre a vivência da hospitalização e a assistência psicológica recebida na unidade. *Contextos Clínicos*, 15(3), 786-808. <https://doi.org/10.4013/ctc.2022.153.05>

Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2644. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082644>

Rosa, K. M., Scholl, C. C., Ferreira, L. A., Trettim, J. P., da Cunha, G. K., Rubin, B. B., Martins, R. D. L., Motta, J. V. D. S., Fogaça, T. B., Ghisleni, G., Pinheiro, K. A. T., Pinheiro, R. T., Quevedo, L. A., & de Matos, M. B. (2021). Maternal-fetal attachment and perceived parental bonds of pregnant women. *Early human development*, 154, 105310. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2021.105310>

Sacchi, C., Miscioscia, M., Visentin, S., & Simonelli, A. (2021). Maternal–fetal attachment in pregnant Italian women: Multidimensional influences and the



association with maternal caregiving in the infant's first year of life. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 488. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03964-6>

Sójta, K., & Strzelecki, D. (2023). Early Maladaptive Schemas and Their Impact on Parenting: Do Dysfunctional Schemas Pass Generationally?-A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 12(4), 1263. <https://doi.org/10.3390/jcm12041263>

Souza, L. H., Damasceno, E. S., Ferronato, F. G., & Oliveira, M. S. (2020). Adaptação Brasileira do Questionário de Esquemas de Young - Versão Breve (YSQ-S3). *Avaliação Psicológica*, 19(4), 451-460. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1904.17377.11>

Squefi, M. & Andretta, I. (2016). Esquemas iniciais desadaptativos e habilidades sociais educativas: pais e mães. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(2), 83-90. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20160014>

Topan, A. , Kuzlu Ayyıldız, T. , Sahin, D. , Kilci Erciyas, Ş. & Gultekin, F. (2022). Evaluation of Mother-Infant Bonding Status of High-Risk Pregnant Women and Related Factors. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 12(1), 26-31. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.766888>

Trombetta, T., Giordano, M., Santoniccolo, F., Vismara, L., Della Vedova, A. M., & Rollè, L. (2021). Prenatal Attachment and Parent-To-Infant Attachment: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 12, 620942. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.620942>

Wainer, R. (2016). O desenvolvimento da personalidade e suas tarefas evolutivas. In: Wainer, R. et al. (org.). *Terapia cognitiva focada em esquemas* (pp. 15-26). Artmed.

- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International journal of nursing studies*, 46(5), 708–715. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013>
- Yoon, S. H., & Sung, M. H. (2021). Does family support mediate the effect of anxiety and depression on maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women admitted to the maternal-fetal intensive care unit? *Korean journal of women health nursing*, 27(2), 104–112. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.05.14>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Artmed.



### 6.3 Produto Técnico Tecnológico - Minicurso on-line “Vem Neném com Apego!”

O minicurso on-line “Vem Neném com Apego” (<https://youtu.be/DZRmrmrtX48?si=pKQQuMq5BoqiFf6v>) é uma ferramenta psicoeducativa muito importante para a preparação emocional das famílias no processo gravídico-puerperal, chamando a atenção para a importância do apego saudável nas relações humanas. O roteiro é exclusivo e inovador, com linguagem acessível e leve, buscando estabelecer uma conexão entre a psicóloga e quem assiste ao conteúdo. Como parte importante dos resultados desta pesquisa, o vídeo traz dados relevantes e específicos para a população do hospital materno-infantil, a quem o produto se destina.

Por seu formato audiovisual, pode ser facilmente veiculado nas recentes mídias sociais, em suas diversas plataformas, bem como em todos os canais que o governo municipal julgar

adequado. Pode também compor a grade dos demais cursos de curta duração já ofertados pelo hospital na modalidade presencial como o curso de preparação para o parto chamado “Vem Neném!” e o curso de preparação para o puerpério e cuidados com o neonato, chamado “O neném chegou: e agora?!”, ambos bastante conhecidos e divulgados na região do sudoeste da Bahia. O produto audiovisual tem duração média de 2 horas, dividido em 7 blocos de conteúdo.

O roteiro do vídeo foi estruturado de modo a esclarecer os tópicos mais relevantes da pesquisa empreendida tais como 1) Apresentação da pesquisa e aproximação da pesquisadora com o tema; 2) Aspectos psicológicos na gestação de alto risco; 3) O que é transição para a parentalidade?; 4) Teoria do apego e apego primário; 5) Apego materno - fetal; 6) Esquemas desadaptativos e AMF: O que é o Esquema e como ele faz você pensar, sentir e se comportar? Como prevenir o esquema na relação com o bebê? Como lidar com meu esquema? Esquemas de Abandono, Privação emocional, defectividade, isolamento social e desconfiança/abuso; 7) Achados da pesquisa: importância do suporte familiar e do parceiro na formação do AMF e o apego em múltiparas; 8) Orientações finais: onde encontrar serviço especializado em saúde mental para gestantes; 9) Agradecimentos; 10) Música: Te desejo vida, Flavia Wenceslau.

O produto apresentado mostra-se coerente com a linha de pesquisa do programa e responde a uma lacuna nos serviços de caráter psicoeducativo ofertados no hospital materno-infantil, além de ser facilmente acessado pelo público-alvo. Por se tratar de uma modalidade de curso on-line, o material poderá ser facilmente acessado e assistido conforme o ritmo de vida das famílias interessadas.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura nacional e internacional aponta que a história de vinculação mãe e filho tem início no período pré-natal, sendo importante o desenvolvimento de trabalhos que integrem as áreas do conhecimento tais como Psicologia da Saúde, a Terapia do Esquema e a Obstetrícia (Irurita-Ballesteros, 2019; Alves et al. 2021; Kucharska, 2021; Cerqueira et al., 2023). Com o objetivo de propor avanços nos cuidados psicológicos oferecidos à gestante de alto risco e na tentativa de ampliar o diálogo entre as disciplinas citadas, os estudos apresentados nesta dissertação foram norteados pelos seguintes objetivos específicos: a) caracterizar os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID) das gestantes de alto risco; b) categorizar a qualidade da vinculação primária da gestante de alto risco; c) descrever o modelo de apego materno-fetal em gestantes de alto risco; d) verificar a relação entre Esquemas Iniciais Desadaptativos, qualidade da vinculação primária e o apego materno-fetal em gestantes de alto risco; e) desenvolver um minicurso on-line, com orientações para a construção de um apego positivo entre as gestantes e seus bebês.

Os dados coletados e analisados permitiram cumprir com um dos primeiros objetivos, a saber, a caracterização dos EID, e revelaram que poucas gestantes apresentaram esquemas ativados durante a realização da pesquisa, sendo os esquemas de abandono e desconfiança/abuso os mais encontrados (15,8% cada). Quanto ao terceiro objetivo de investigar os fatores que interferem no apego materno-fetal, os achados corroboram com o que já está posto na literatura e indicaram não haver correlação significativa entre o AMF e gestação de alto risco (Daglar et al. 2022; Palma et al. 2021; Yesilcinar et al. 2023; Moore et al. 2019; Souza et al. 2022; Mackie et al. 2019; Topan et al. 2022; Çelik & Güneri 2020; Baltaci & Başer 2021; Kim & Chun, 2020; Jussila et al. 2020). A presente pesquisa buscou ainda responder ao quarto objetivo que foi verificar o poder explicativo dos EIDs (variáveis

independentes) na intensidade do AMF (variável dependente) na amostra estudada e teve a hipótese nula ( $H_0$ ) confirmada, o que equivale a dizer que não existe relação significativa entre EID e a construção do AMF.

No entanto, estes achados devem ser interpretados com cautela, pois os resultados destacam e apontam para outros possíveis mediadores e fatores que podem afetar a formação do AMF e a hipoativação de EID. O apoio e presença do parceiro na vida da gestante aparece nos resultados com força positiva e sustenta o caráter multideterminado do AMF, com destaque para a importância do suporte social e familiar no período gravídico. Por fim, o objetivo de desenvolver um produto psicoeducativo em formato audiovisual para a construção de um apego positivo e prevenção de EID entre as gestantes e seus bebês deu lugar a um produto audiovisual.

O estudo aqui descrito apresenta limitações metodológicas como o tamanho da amostra relativamente pequeno, local não confortável para realização da coleta de dados e perda inicial de quase 70 participantes em decorrência da interrupção do acompanhamento no hospital por diversas razões (incluindo perda gestacional). Apesar de todas as dificuldades encontradas, foi possível atingir quase em sua totalidade os objetivos propostos. Quanto ao objetivo de categorização da qualidade da vinculação primária em gestantes de alto risco, este poderá ainda ser alcançado, uma vez que os dados seguem armazenados e sob responsabilidade da pesquisadora vinculada ao Núcleo Especializado de Estudos em Desenvolvimento Humano (NEEDH - UFBA-IMS-CAT). Para futuros estudos, sugere-se que parceiro/parceira/pai do bebê sejam incluídos nos estudos, investigando seus próprios EID.

Entre as potencialidades desta pesquisa, além da produção de conhecimento, pode-se destacar o produto técnico tecnológico (PTT) de caráter inovador, com linguagem acessível, leve e divertida para todos os públicos e que poderá ser utilizado de forma ampla, didática e irrestrita pelo hospital, tanto nas redes sociais, alcançando milhares de pessoas, quanto no contexto do trabalho, contribuindo para a formação dos trabalhadores da saúde que ali atuam.

À guisa de conclusão, espera-se que esta pesquisa tenha lançado luz à reflexão sobre a importância de um cuidado psicológico especializado no contexto da perinatalidade, sobre os diversos fatores que integram e fortalecem a vinculação e o apego, e que os estudos apresentados tenham aberto potentes caminhos para aprimoramento em futuros estudos.

## REFERÊNCIAS

- Ainsworth, M. (1978). (1978) Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale: Erlbaum.
- American Psychological Association. (2005). Evidence-Based Practice in Psychology. Acesso em 15 de agosto de 2022, disponível em American Psychological Association: <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-statement.pdf>.
- Alvarenga P., Dazzani M. V. M, Alfaya C. A. S., Lordelo E. R. & Piccinini C. A. (2012). Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno- -fetal. Estudos de Psicologia, 17(3), 477-484.
- Alves, R.; Santos G.; Ferreira, P.; Costa, A.; Costa E. (2017). Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade brasileira. Psicologia, Saúde & Doenças, 18(2), 545-555. ISSN - 2182-8407. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Alves, R. F. (2008). Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal (Tese de Doutoramento). Universidad de Granada, Granada, España. Editorial de la Universidad de Granada. D. L: GR.1983-2008. Retirado ISBN.
- Antoniazzi, Marina Peripolli, Siqueira, Aline Cardoso, & Farias, Camila Peixoto. (2019). Aspectos psicológicos de uma gestação de alto risco em primigestas antes e depois do parto. Pensando famílias, 23(2), 191-207. Recuperado em 10 de junho de 2022.
- Barroso, R.G.; Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. Psychologica, 52 – Vol. 1.
- Bowlby, J. (1954). Los cuidados maternos y la salud mental. Estados Unidos de América: OPS. (Publicaciones científicas, 14).
- Bowlby, J. (1990). Apego. Ed. Martins Fontes: São Paulo.
- Brannon, L.; Feist, J. (2001). Psicología de la Salud Madrid: Thomson Learning.

- Bronfenbrenner, U. (1996). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, Washington, DC: American Psychological Association, n.32, p. 513-531.
- Bronfenbrenner, U.; Morris, P. A. (1988). The ecology of developmental processes. In: Damon, W.; Lerner, R. M. (Orgs.). *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development*. New York: John Wiley, p. 993-1028.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Carrobes, J. A. (1993). Prólogo. In: M. A. Simón. *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención* (pp.15-18). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cassidy, J. (1999) The nature of child's ties. In: CASSIDY, J. & SHAVER, P. (Orgs.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press. pp. 3-20.
- Cazassa, M. J. (2007). Mapeamento de esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do young schema questionnaire – short form. PUCRGS.
- Cerqueira-Silva, S; Dessen, M.A.; Júnior, A. L. C. (2011). As contribuições da ciência do desenvolvimento para a psicologia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (Supl. 1):1599-1609.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). Resolução CFP N.º 010/2005. Código de Ética Profissional. Agosto.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Dalbem, J.X. (2005). *Características da representação do apego em adolescentes institucionalizados e processos de resiliência na construção de novas relações afetivas*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Acessado em 24 de outubro de 2022 in <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6369/000529019.pdf?sequence=>
- Dalbem, J. X.; Dell’Aglío, D. D. (2005). Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 57, n. 1, p. 12-24.



- Damásio, Bruno Figueiredo. (2013). Contribuições da Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG) na avaliação de invariância de instrumentos psicométricos. *Psico-USF* [online]. 2013, v. 18, n. 2 [Acessado 7 junho 2022], pp. 211-220. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200005>>. Epub 10 Set 2013. ISSN 2175-3563. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200005>.
- Vínculo (2022). In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/vinculo/>. Acesso em: 24/10/2022.
- Fiuza, W.M., & de Godoy, R. F. (2021). Esquemas iniciais desadaptativos em adultos brasileiros: revisão narrativa da literatura. *PSI UNISC*, 5(2), 59-77. doi: 10.17058/psiunisc.v5i2.16416.
- Garcia, M. C. (2021). *Versão brasileira da escala de apego materno-fetal (MFAS)*. [Trabalho de conclusão de curso]. Unisul.
- Guimarães, M. S. de F., Santos, I. M. M. dos, Silva, L. J. da; Christoffel, M. M., & Silva, L. R. da. (2019). Parentalidade de pais de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita à luz da teoria das transições. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001190017>
- Haddad, L. (1977). A ecologia do atendimento infantil: construindo um modelo de sistema unificado de cuidado e educação. 327 f. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação, USP, São Paulo.
- Halperin, Carolina Fischmann; CARNEIRO, Júlio César Rodrigues. (2016). A teoria do apego e as bases familiares da terapia do esquema. In: WAINER, Ricardo et al. (Org.). *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: Integração em Psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed, p. 33-40.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). Rio de Janeiro: IBGE/MMA. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 24 out. 2022.
- Irurita-Ballesteros, C., Falcão, D. V. da S., Rocinholi, L. de F., & Landeira-Fernandez, J. (2019). Saúde mental e apoio social materno: Influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos. *Contextos Clínicos*, 12(2), 451-475. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.122.04>
- Kruel, C. S., & Lopes, R. de C. S. (2012). Transição para a parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, 35-43. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000100005>
- Kurtinaitis, L. C. L. (2011). Pensamentos obsessivos relacionados ao bebê e esquemas iniciais desadaptativos na depressão pós-parto. Dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-

graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

- Leahy, R. L. (2021). *Terapia do esquema emocional*. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora,
- Lorenzo, P. F.; Olza, I. (2020) *Psicología del embarazo*. Madrid, Ed. Síntesis.
- Maffei, Bruna et al. REDES SOCIAIS SIGNIFICATIVAS DE GESTANTES DE ALTO RISCO: UM ESTUDO QUALITATIVO. *Psicologia em Estudo* [online]. 2022, v. 27 [Acessado 20 outubro 2022], e48904. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.48904>>. Epub 11 Abr 2022. ISSN 1807-0329. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.48904>.
- Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor*. São Paulo: Ideias & Letras.
- Martins, E.; Szymanski, H. (2004). A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias in *Estudos e pesquisas em psicologia*, UERJ, RJ, ano 4 n. 1, 1º semestre.
- Minayo, M. C. de S.; Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ.*, 9 (3), 239-262.
- Ministério da Educação (MEC). (2019). Documento Orientador de APCN. Área 46. Ensino. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Diretoria de Avaliação (DAV).
- MS. Secretaria de Políticas de Saúde. (2002). Área Técnica Saúde da Mulher Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Rev. bras. saúde matern. infant.*, Recife, 2 (1): p. 69-71.
- Moura, M.M.D.; Carneiro, S.M., Monteiro, A.C. (2002). Psicologia médica em maternidade pública de alto risco. *Femina*, 30(04), 210-223.
- Nordahl, D.; Høifødt, R. S.; Bohne A., Landsem, I. P.; Wang, C. E. A.; Jens C. Thimm, J. C.. (2019). Early maladaptive schemas as predictors of maternal bonding to the unborn child. In *BMC Psychology* 7:23. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0297-9>
- Padua, F. A., & Junqueira-Marinho, M. de F. (2021). Mães de Recém-Nascidos com Malformação Congênita Externa: Impacto Emocional. *Revista Psicologia e Saúde*, 161–172. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i3.1067>
- Perrelli, J.G.A.; Zambaldi, C.F.; Cantilino, A.; Sougey, E. B. (2014). Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. *Rev Paul Pediatr.* 2014;32(3) <479'4870.
- Piccinini, C.A.; Gomes, A. G.; Nardi, T.; Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72.

- Racine, N., Plamondon, A., Madigan, S., McDonald, S., & Tough, S. (2018). Maternal Adverse Childhood Experiences and Infant Development. *Pediatrics*, *141*(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2495>
- Rangé, B. P. (Org.) (1995). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Editorial Psy.
- Rida Fatima & Alishba Hania: predisposition of early maladaptive schemas and postpartum depression during covid-19 crisis: mediation of mindfulness *Psichiatria Danubina*, 2022; Vol. 34, No. 1, pp 148-156
- Rocha, G.M.A, Peixoto, E.M., Primi, T, N.; Wiethaeper, D. & Motta, I.F. (2017). Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS): constructo validity and reliability evidences. *PsicoUSF*, jan. (no prelo).
- Ruiperez, M. A. (1997). Políticas de salud. In: M. L. P. Y. Orts & R. B. Arnal (Dirs.). *La práctica de la Psicología de la Salud*. Programas de intervención (pp. 315-330). Valencia: Promolibro.
- Remor, E. (1999). Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Revista Psico*, Porto Alegre, v. 30, n.1, p. 205-217.
- Ribeiro, Karla Carolina Silveira, & Cruz, Raiff Laurentino da. (2019). Inventário de estilos parentais de Young: validação em crianças paraibanas. *Mudanças*, *27*(2), 53-62. Recuperado em 20 de junho de 2022.
- Rocha, G. M. A. e col. (2017). The Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS): validity evidence and reliability. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 121-132, jan./abr.
- Rodrigues, A. R. M., Dantas, S. L. da C., Pereira, A. M. M., Silveira, & M. A. M. Rodrigues, P. (2017). Gravidez de alto risco: Análise de determinantes de saúde. *Sanare*, Sobral, *16*(Supl.01), 23-28.
- Santos, C. F.; Vivian, A. G. (2018). Apego materno-fetal no contexto da gestação de alto: risco: contribuições de um grupo interdisciplinar *Diaphora*: Porto Alegre, v. 7 (2), jul/dez.
- Schiavo, R. A. (2019) A expansão da psicologia perinatal no Brasil. Encontrado em <https://www.sbponline.org.br/2019/05/>. Bauru, SP.
- Scribel, M. C.; Sana, M. R.; Benedetto, A. M. (2007). Os esquemas na estruturação do vínculo conjugal. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Volume 3, Número 3.
- Silveira R. A. M., Milani R.G., Velho A. P. M. & Marques A. G. (2016). Percepção de gestantes sobre o autocuidado e o cuidado materno. *Rene*, *17*(6), 758-65

- Solla, J.J.S.P. (2012). Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia). São Paulo: Hucitec.
- Souza et al. (2020). Avaliação Psicológica. 19(4). Encontrado em <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1904.17377.1>.
- Squefi, M.; Andretta, I. (2016). Esquemas iniciais desadaptativos e habilidades sociais educativas: pais e mães. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas 12(2), pp.83-90.
- Teodoro, M.L.M; Benetti, S.P.C; Schwartz, C.B.; Mônico, B.G. (2010). Propriedades psicométricas do Parental Bonding Instrument. In Avaliação Psicológica, 9(2), pp. 243-251.
- Valentini, F. (2009). Estudos das propriedades psicométricas do Inventário de Estilos Parentais de Young no Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Wainer, R. (2016). Terapia Cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia. Porto Alegre: Artmed.
- Weber, L. N. D.; Selig, G. A.; Bernardi, M. G.; Salvador, A. P. V. (2006). Continuidade dos estilos parentais através das gerações: transmissão intergeracional de estilos parentais. Pesquisas Empíricas - Paidéia (Ribeirão Preto) 16 (35) - dez.
- Worden, W. J. (1998). Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Young, J. E. (2008) Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada, como voluntária, a participar da pesquisa “*RELAÇÃO ENTRE ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS, QUALIDADE DO VÍNCULO PRIMÁRIO E VINCULAÇÃO MATERNO-FETAL EM GESTANTES DE ALTO RISCO*”, coordenada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edi Cristina Manfroi, do Instituto Multidisciplinar em Saúde – UFBA (IMS/CAT) UFBA e pela mestranda Sabrina Aguiar Cerqueira do mesmo Instituto.

Queremos te ajudar nesta jornada que é ser mãe!

Nesta pesquisa, temos como objetivo investigar a relação entre a qualidade do vínculo que você manteve ou mantém com seus cuidadores primários e a vinculação com seu bebê ainda na gravidez. A partir desses dados, pretendemos construir uma cartilha psicoeducativa com informações que favoreçam o desenvolvimento saudável do seu vínculo afetivo com o seu filho. Esperamos também que os resultados possam gerar melhorias nos serviços de assistência à saúde mental da mãe e do bebê e possam ajudar você e outras mães a fortalecerem o laço afetivo com os(as) filhos (as).

Todos os nossos encontros irão acontecer no Hospital Municipal Esaú Matos, no ambulatório do pré-natal de alto risco. Para obter os dados necessários à esta pesquisa, vamos realizar duas entrevistas individuais para aplicação de quatro instrumentos.

Na primeira etapa da pesquisa, a Sra. responderá ao Questionário Sociodemográfico para Gestantes, que explora dados como local de residência, renda da família, nível de escolaridade, estado civil, dados gestacionais e de saúde mental. O preenchimento deste questionário durará 10 minutos.

Na segunda etapa da pesquisa duas entrevistas individuais serão agendadas conforme a sua disponibilidade e frequência de atendimento no hospital. A primeira entrevista terá duração de uma hora e dez minutos, com o objetivo de aplicar o Questionário de Esquemas de Young (YSQ – S3). A segunda acontecerá no mesmo intervalo de tempo (uma hora e dez minutos), e aplicaremos o Parental Bonding Instrument (PBI) (instrumento de vínculo parental) e a Escala de Vínculo Materno-Fetal (MFA-Br).

Os três instrumentos citados têm por objetivo descrever melhor como a Sra. compreende as relações vividas, como se sente perante as pessoas que ama e como se comporta com elas. Também compreenderemos qual é o seu estilo de ser mãe e como está o vínculo de apego com seu bebê. Os pesquisadores em campo utilizarão um aplicativo para registro das informações. Todos os dados coletados na pesquisa serão armazenados em formato digital, em um dispositivo chamado Google Drive.

Assim que a cartilha estiver pronta, entraremos em contato para apresentá-la a você! Inicialmente pretendemos agendar uma Roda de Conversa conforme a disponibilidade das participantes do estudo. O evento terá duração máxima de uma hora e dez minutos. Nesse encontro, entregaremos uma cópia impressa da cartilha!

Caso tenha qualquer dúvida sobre o estudo, a Sra. será esclarecida a qualquer momento e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Os riscos de sua participação estão relacionados a possíveis desconfortos que algumas perguntas poderão lhe causar. Para diminuir o risco, buscamos nos preparar antes da entrada no local do estudo para realizar essa entrevista da maneira que seja mais confortável para a senhora.

Caso aconteçam situações emocionalmente mobilizadoras, a psicóloga responsável pela pesquisa, bem como os demais pesquisadores estarão aptos a realizar um cuidado específico através de técnicas psicológicas para acolhimento das suas emoções. Se a demanda emocional não estiver em conformidade com o serviço psicológico que é ofertado pelo hospital, será disponibilizado para a Sra. uma lista de serviços psicológicos gratuitos ou públicos que possam atender a demanda apresentada.

Além disso, a Sra. poderá recusar-se a responder alguma pergunta, ou ainda interromper essa entrevista e retirar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Além disso, não haverá nenhum custo ou qualquer vantagem financeira com a participação. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não gerará nenhuma penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Salientamos que os dados encontrados a partir da aplicação dos instrumentos serão importantíssimos para que você compreenda melhor qual estilo de parentalidade você poderá adotar ou talvez já venha adotando, caso tenha outros filhos. Os dados também sinalizam possíveis estratégias para o fortalecimento do laço afetivo entre você e o seu bebê.

Quanto aos dados e instrumentos utilizados na pesquisa, estes ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos. Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será compartilhada com outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores.

Destaco que as informações somente serão utilizadas para os fins acadêmicos e científicos. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal da Bahia e a outra será fornecida à Sra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos.

Por fim, caso a Sra. tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento, por favor, entre em contato com a pesquisadora abaixo a qualquer tempo: Sabrina Aguiar Cerqueira o telefone: (77) 98877-0857, e-mail [sabrinacerqueira28@gmail.com](mailto:sabrinacerqueira28@gmail.com), ou pelo endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, CEP: 45.029-094, Vitória da Conquista – BA, Brasil.

Também poderá entrar em contato com a Profa. Dra. Edi Cristina Manfroi no telefone (77) 3429-2700 e no endereço Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias. Instituto Multidisciplinar em Saúde – IMS-CAT, 3º andar – Sala 330, Vitória da Conquista - BA.

Ou ainda, se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos** da Universidade Federal

da Bahia (IMSCAT) no telefone (77) 3429-2720, na Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, CEP 45.029-094, Vitória da Conquista – BA, Brasil.

Sendo assim, caso a Sra. concorde em participar da pesquisa, por sua livre vontade, deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, juntamente com os pesquisadores. Uma cópia ficará com a Sra. e a outra com os pesquisadores.

**Vitória da Conquista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.**

\_\_\_\_\_  
**Nome Assinatura Participante**

\_\_\_\_\_  
**Nome Assinatura Pesquisador**

Autorização:

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informada dos objetivos e finalidades do estudo “*RELAÇÃO ENTRE ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS, QUALIDADE DO VÍNCULO PRIMÁRIO E VINCULAÇÃO MATERNO-FETAL EM GESTANTES DE ALTO RISCO*”.

Li e entendi as informações. Tive oportunidade de fazer perguntas e tirar minhas dúvidas.

Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim e concordo em participar do estudo até que eu decida o contrário, bem como autorizo a divulgação e publicação das informações que dei, exceto os meus dados pessoais, em eventos e publicações científicas.

Autorizo também a gravação das entrevistas e estou ciente de que meu consentimento para essas gravações pode ser retirado a qualquer momento, assim que eu o desejar.

Sendo assim, assino este documento, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob minha responsabilidade e a outra via com o pesquisador.

Vitória da Conquista - BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

_____ Assinatura do Participante da pesquisa	
---	--



## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA GESTANTES

1. Aplicador: \_\_\_\_\_
2. Data da aplicação do questionário: / /
3. Nome:
4. Data de nascimento: / /
5. Idade gestacional (em semanas):
6. Cidade de residência/UF:

### **Dados sociais:**

7. Estado civil: ( 1 ) solteira ( 2 ) casada ( 3 ) viúva ( 4 ) divorciada ( 5 ) união estável ( 6 ) Namorando (8) Em um relacionamento com outra parceria que não o pai do bebê
8. Situação profissional: ( 1 ) Empregada ( 2 ) Desempregada ( 3 ) Estudante ( 4 ) Outra:
9. Se empregada, especifique qual a sua profissão:
10. Qual a profissão do (a) parceiro/parceira:

### **11. Escolaridade:**

- ( 1 ) Não alfabetizada ( 2 ) Ensino Fundamental I completo (1a a 5a série) ( 3 ) Ensino Fundamental II completo (6a a 9a série) ( 4 ) Ensino Médio completo ( 5 ) Bacharelado/Licenciatura completo ( 6 ) Mestrado/Doutorado completo ( 7 ) Outro: \_\_\_\_\_

### **12. Escolaridade do parceiro (a):**

- ( 1 ) Não alfabetizada ( 2 ) Ensino Fundamental I completo (1a a 5a série) ( 3 ) Ensino Fundamental II completo (6a a 9a série) ( 4 ) Ensino Médio completo ( 5 ) Bacharelado/Licenciatura completo ( 6 ) Mestrado/Doutorado completo ( 7 ) Outro: \_\_\_\_\_

### **13. Raça/Cor**

- (1) Branca ( 2 ) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena

### **Dados Gestacionais:**

14. Por qual motivo sua gestação é considerada de alto risco?
  - (1) Hipertensão arterial na gravidez (2) Diabetes gestacional (3) Malformação fetal (4) Ansiedade (5) Depressão (6) Trombofilia (8) Hipertensão arterial antes da gravidez (9) Diabetes antes da gravidez (10) Outros:

### **15. A gravidez foi planejada?**

- ( 1 ) Não planejada, mas aceita por ambos
  - ( 2 ) Não planejada e Não aceita por ambos
  - ( 3 ) Não planejada e Não aceita por um dos envolvidos (especifique quem)
-

**16. Já sabe o sexo do bebê?**

- ( 1 ) sim  
 ( 2 ) não  
 ( 3 ) Optei por não saber.  
 Se sim: ( 4 ) menino ( 5 ) menina

**17. O sexo do bebê era o que você estava esperando?**

- ( 1 ) sim ( 2 ) não ( 3 ) Outro: \_\_\_\_\_

**18. Número de filhos vivos: \_\_\_\_\_****19. Número de gravidezes anteriores: \_\_\_\_\_****20. No caso de terem havido outras gravidezes anteriores, especifique se o parto foi:**

- ( 1 ) Normal/Vaginal ( 2 ) Cesariana ( 3 ) Fórceps ( 4 ) Outro: Qual?

**21. Nesta gestação você tem alguma preferência de parto?**

- ( 1 ) Normal/Vaginal ( 2 ) Cesária

**22. A gravidez atual foi antecedida de:**

- ( 1 ) Abortos espontâneos  
 ( 2 ) Recurso a tratamentos de infertilidade  
 ( 3 ) Dificuldades em engravidar (tempo \_\_\_\_)  
 ( 4 ) Óbito fetal  
 ( 5 ) Óbito Neonatal  
 ( 6 ) Gestação Saudável  
 ( 7 ) Outros \_\_\_\_\_

**23. Durante a gravidez está sendo acompanhada por:**

- ( 1 ) Médico da USF  
 ( 2 ) Obstetra do Hospital Esaú Matos  
 ( 3 ) Obstetra Particular  
 ( 4 ) Outro \_\_\_\_\_

**24. Já fez ou faz acompanhamento com médico psiquiatra?**

- ( 1 ) sim  
 ( 2 ) não  
 Se sim, por qual razão?  
 Quando?

**25. Está em uso de medicação prescrita por psiquiatra?**

- ( 1 ) sim  
 ( 2 ) não  
 Se sim, qual?

**26. Esteve em uso de medicação?****27. Ingere ou ingeriu alguma substância na gestação que você acredite que possa prejudicar o desenvolvimento do seu bebê agora ou no futuro?**

Com que frequência?

---

---

---

---

**Dados psicossociais****28. Durante a gravidez o apoio que você recebe é:**

(1) Nunca (2) Raramente (3) às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

28.1( ) Parceiro (a)

28.2( ) Mãe

28.3( ) Pai

28.4( ) Amigo/a

28.5( ) Equipe que acompanha a gravidez

28.6( ) Outro \_\_\_\_\_

**29. Durante a gravidez sente que tem o apoio do(a) parceiro(a):**

( 1 ) Todo o que esperava

( 2 ) Podia ter mais apoio

( 3 ) Nenhum apoio

**30. Quais aspectos referentes à gravidez lhe causam maior ansiedade:**

(1) Nunca (2) Raramente (3) às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

30.1( ) Parto

30.2( ) Saúde do Bebê

30.3( ) Falta de apoio após o parto

30.4( ) Aspecto físico atual

30.5( ) Aspecto físico após o parto

30.6( ) Não conseguir responder às necessidades do bebê

30.7( ) Outros: \_\_\_\_\_

**31. Durante a gravidez houve algum acontecimento de vida específico que possa ter feito a ansiedade e/ou tristeza aparecer ou aumentar:**

( 1 ) Nenhum

( 2 ) Divórcio/ Separação

( 3 ) Perda do emprego

( 4 ) Morte de familiares e/ou pessoas próximas

( 5 ) Mudança de emprego

( 6 ) Mudança de Residência

( 7 ) Adoecimento de pessoas importante:

( 8 ) Outro:

**32. Já fez ou faz acompanhamento psicológico?**

( 1 ) sim

( 2 ) não

Se sim, onde?

Quando?

## ANEXOS

### ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE ESQUEMAS DE YOUNG — YSQ – S3

Jeffrey Young, Ph.D. (Tradução e adaptação de J. Pinto Gouveia, D. Rijo e M. C. Salvador, 2005, revista)

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

**Instruções:** Abaixo estão listadas as afirmações que podem ser utilizadas quando queremos nos descrever. Por favor, leia cada afirmação e, em seguida, classifique-a com base em como você se encaixa durante este último ano. Quando você não tiver certeza, baseie sua resposta sobre o que você sente emocionalmente, e não sobre o que você pensa ser verdadeiro. Alguns dos itens se referem sobre sua relação com os seus pais ou parceiros românticos. Se alguma(s) desta(s) pessoa(s) faleceu, por favor, responda esses itens com base nas suas relações de quando estava(m) vivo(s). Se atualmente não tem um(a) parceiro(a) romântico(a), mas teve relacionamentos amorosos no passado, por favor, responda o item com base em seu relacionamento amoroso significativo mais recente. Escolha a melhor pontuação de 1 a 6 na escala de classificação abaixo que melhor descreve você, em seguida, escreva sua resposta na linha antes de cada declaração.

#### ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO

- 1 = Completamente falso sobre mim, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo.
- 2 = Falso na maioria das vezes sobre mim, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo.
- 3 = Um pouco mais verdadeiro do que falso sobre mim, isto é, tem um pouco a ver com o que acontece comigo.
- 4 = Moderadamente verdadeiro sobre mim, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo.
- 5 = Em grande parte verdadeiro sobre mim, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo.
- 6 = Me descreve perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo.

1. \_\_\_ Eu não tenho ninguém que cuide de mim, que compartilhe comigo a sua vida ou que se preocupe realmente com tudo o que acontece comigo.
2. \_\_\_ Costumo me apegar muito às pessoas que são mais próximas de mim porque tenho medo que elas me abandonem.
3. \_\_\_ Sinto que as pessoas irão aproveitar-se de mim.
4. \_\_\_ Sou um(a) desajustado(a).
5. \_\_\_ Nenhum homem/mulher de quem eu goste pode gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos ou fraquezas.
6. \_\_\_ Quase nada do que faço no trabalho (ou na escola) é tão bom como aquilo que os outros são capazes de fazer.
7. \_\_\_ Não me sinto capaz de me arranjar sozinho(a) no dia-a-dia.
8. \_\_\_ Não consigo deixar de sentir que alguma coisa de ruim está para acontecer.
9. \_\_\_ Não tenho sido capaz de me separar dos meus pais, assim como fazem as outras pessoas da minha idade.
10. \_\_\_ Sinto que, se fizer o que quero, só vou acabar tendo problemas.

11. \_\_\_ Sou sempre eu que acabo cuidando das pessoas que são mais próximas a mim.
12. \_\_\_ Sou muito controlado(a) para revelar os meus sentimentos positivos aos outros (por ex., afeto, mostrar que me preocupo).
13. \_\_\_ Tenho que ser o(a) melhor em quase tudo o que faço; não aceito ficar em segundo lugar.
14. \_\_\_ Tenho muita dificuldade em aceitar um "não" como resposta quando quero alguma coisa dos outros.
15. \_\_\_ Não consigo me disciplinar o suficiente para cumprir tarefas rotineiras ou chatas.
16. \_\_\_ Ter dinheiro e conhecer pessoas importantes faz eu me sentir uma pessoa com valor.
17. \_\_\_ Mesmo quando as coisas parecem estar correndo bem, sinto que isso é apenas temporário.
18. \_\_\_ Se cometer um erro, mereço ser punido.
19. \_\_\_ Não tenho pessoas que me dêem carinho, apoio e afeto.
20. \_\_\_ Preciso tanto dos outros que me preocupo com o fato de poder perdê-los.
21. \_\_\_ Sinto que tenho sempre que me defender na presença dos outros, senão eles irão machucar-me intencionalmente.
22. \_\_\_ Sou fundamentalmente diferente das outras pessoas.
23. \_\_\_ Ninguém que eu deseje gostaria de ficar comigo depois de conhecer-me como sou realmente.
24. \_\_\_ Sou incompetente quando se trata de atingir objetivos.
25. \_\_\_ Sinto-me uma pessoa dependente, no que se refere ao que tenho que fazer no dia-a-dia.
26. \_\_\_ Sinto que uma desgraça (natural, criminal, financeira ou médica) pode atingir-me a qualquer momento.
27. \_\_\_ Eu e os meus pais temos tendência a nos envolvermos excessivamente na vida e nos problemas uns dos outros.
28. \_\_\_ Sinto que não tenho escolha além de ceder à vontade dos outros, caso contrário, eles irão retaliar-me, ficar zangados ou rejeitar-me de alguma maneira.
29. \_\_\_ Sou uma boa pessoa porque penso mais nos outros do que em mim.
30. \_\_\_ Considero embaraçoso expressar os meus sentimentos aos outros.
31. \_\_\_ Esforço-me para fazer o melhor; não posso me contentar em ser 'bom o suficiente'.
32. \_\_\_ Sou especial e não devia ser obrigado(a) a aceitar muitas das restrições ou limitações que são impostas aos outros.
33. \_\_\_ Se não consigo atingir um objetivo, fico facilmente frustrado(a) e desisto.
34. \_\_\_ Aquilo que consigo alcançar tem mais valor para mim, se for algo que os outros reparem.
35. \_\_\_ Se algo de bom acontecer, preocupo-me com o fato de que algo ruim venha acontecer a seguir.
36. \_\_\_ Se não me esforçar ao máximo, é de se esperar que as coisas corram mal.
37. \_\_\_ Tenho sentido que não sou uma pessoa especial para ninguém.
38. \_\_\_ Preocupo-me que as pessoas a quem estou ligado(a) me deixem ou me abandonem.
39. \_\_\_ Mais cedo ou mais tarde, acabarei sendo traído(a) por alguém.
40. \_\_\_ Sinto que não pertencço a nenhum grupo; sou um solitário.
41. \_\_\_ Não tenho valor suficiente para merecer o amor, a atenção e o respeito dos outros.
42. \_\_\_ A maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu no que diz respeito a trabalho e objetivos.
43. \_\_\_ Tenho falta de bom senso.
44. \_\_\_ Preocupa-me poder ser fisicamente agredido por alguém.
45. \_\_\_ É muito difícil para mim e para os meus pais, termos segredos íntimos que não contamos uns aos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados por isso.

46. \_\_\_ Nas minhas relações com os outros, geralmente deixo que eles me dominem.
47. \_\_\_ Estou tão ocupado(a) em fazer coisas para as pessoas de quem gosto que tenho pouco tempo para mim.
48. \_\_\_ Para mim é difícil ser afetuoso e espontâneo(a) com os outros.
49. \_\_\_ Tenho que atender à altura todas as minhas responsabilidades e funções.
50. \_\_\_ Detesto ser reprimido(a) ou impedido(a) de fazer o que quero.
51. \_\_\_ Tenho muita dificuldade em abrir mão de uma recompensa ou prazer imediato, para alcançar um objetivo a longo prazo.
52. \_\_\_ Sinto-me pouco importante, a não ser que receba muita atenção dos outros.
53. \_\_\_ Todo o cuidado é pouco; quase sempre algo vai dar errado.
54. \_\_\_ Se não fizer bem o que me compete, mereço sofrer as consequências.
55. \_\_\_ Não tenho tido ninguém que me ouça atentamente, que me compreenda ou que perceba os meus verdadeiros sentimentos e necessidades.
56. \_\_\_ Quando sinto que alguém de quem eu gosto está afastando-se de mim, fico desesperado.
57. \_\_\_ Sou bastante desconfiado quanto às intenções das outras pessoas.
58. \_\_\_ Sinto-me afastado(a) ou desligado dos outros.
59. \_\_\_ Sinto que nunca poderei ser amado por alguém.
60. \_\_\_ Não sou tão talentoso(a) no trabalho como a maioria das pessoas.
61. \_\_\_ Meu julgamento não é confiável para situações do dia-a-dia.
62. \_\_\_ Preocupa-me poder perder todo o dinheiro que tenho e ficar muito pobre ou na miséria.
63. \_\_\_ Com frequência sinto que é como se os meus pais vivessem através de mim; não tenho uma vida própria.
64. \_\_\_ Sempre deixei que os outros escolhessem por mim, por isso, não sei realmente aquilo que quero para mim.
65. \_\_\_ Tenho sido sempre eu quem ouve os problemas dos outros.
66. \_\_\_ Controlo-me tanto que as pessoas pensam que não tenho sentimentos ou que sou insensível.
67. \_\_\_ Sinto sobre mim uma pressão constante para fazer coisas e atingir objetivos.
68. \_\_\_ Sinto que não devia ter que seguir as regras e convenções habituais que as outras pessoas têm que seguir.
69. \_\_\_ Não consigo obrigar-me a fazer coisas que não gosto, mesmo quando sei que é para o meu bem.
70. \_\_\_ Quando faço uma intervenção numa reunião ou quando sou apresentado a alguém num grupo, é importante para mim, obter reconhecimento e admiração.
71. \_\_\_ Por mais que trabalhe, preocupa-me poder ficar na miséria e perder quase tudo o que possuo.
72. \_\_\_ Não interessa porque é que cometi um erro; quando faço algo errado, tenho que sofrer as consequências.
73. \_\_\_ Não tenho tido uma pessoa forte ou sábia para me dar conselhos ou me dizer o que fazer quando não tenho a certeza de qual atitude tomar.
74. \_\_\_ Às vezes, a preocupação que tenho com o fato de as pessoas poderem me deixar é tão grande, que acabo por afastá-las.
75. \_\_\_ Estou geralmente à procura de segundas intenções ou de motivos ocultos por detrás do comportamento dos outros.
76. \_\_\_ Em grupos, sinto-me sempre fora deles.
77. \_\_\_ Sou completamente inaceitável para poder mostrar-me tal como sou às outras pessoas ou para deixar que me conheçam bem.
78. \_\_\_ No que diz respeito ao trabalho (ou à escola) não sou tão inteligente como a maior parte das pessoas.

79. \_\_\_ Não tenho confiança nas minhas capacidades para resolver problemas que surjam no dia-a-dia.
80. \_\_\_ Preocupo-me em poder desenvolver uma doença séria, ainda que não tenha sido diagnosticado nada de grave por um médico.
81. \_\_\_ Com frequência, sinto que não tenho uma identidade separada da dos meus pais ou companheiro(a).
82. \_\_\_ Tenho bastante dificuldade para conseguir que os meus sentimentos sejam levados em consideração e os meus direitos sejam respeitados.
83. \_\_\_ As outras pessoas consideram que faço muito pelos outros e não faço o suficiente por mim.
84. \_\_\_ As pessoas acham que tenho dificuldade em expressar o que sinto.
85. \_\_\_ Não posso descuidar, de forma leviana, das minhas obrigações e nem dar desculpas pelos meus erros.
86. \_\_\_ Sinto que o que tenho para oferecer tem mais valor do que aquilo que os outros têm para dar.
87. \_\_\_ Raramente tenho sido capaz de levar as minhas decisões até ao fim.
88. \_\_\_ Receber muitos elogios dos outros faz com que eu me sinta uma pessoa que têm valor.
89. \_\_\_ Preocupa-me que uma decisão errada possa provocar uma catástrofe.
90. \_\_\_ Sou uma pessoa má que merece ser punida.

© 2005 Jeffrey Young, Ph. D. Special thanks to Gary Brown, Ph.D., Scott Kellogg, Ph.D., Glenn Waller, Ph.D., and the many other therapists and researchers who contributed items and feedback in the development of the YSQ. Unauthorized reproduction without written consent of the author is prohibited. For more information, write: Schema Therapy Institute, 36 West 44th St., Ste. 1007, New York, NY10036.

## ANEXO 2 - ESCALA DE VÍNCULO MATERNO-FETAL (MFAS-Br)

Este questionário permite que a equipe de assistência à saúde possa avaliar informações sobre você e seu bebê. Por favor, leia cada frase com atenção e indique o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação, circulando o número apropriado. Não há respostas certas ou erradas. Geralmente a sua primeira impressão é a melhor representação dos seus sentimentos. Orientações: 1 (Discordo Completamente), 2 (Discordo Parcialmente), 3 (Não Concordo nem Discordo), 4 (Concordo Parcialmente), 5 (Concordo Completamente). (Marque apenas uma resposta para cada item)

<b>Penso ou faço o seguinte:</b>					
1. Eu converso com o bebê na minha barriga.	1	2	3	4	5
2. Sinto que todos os desconfortos associados à gravidez valem a pena.	1	2	3	4	5
3. Gosto de ver minha barriga se movimentar quando o bebê dá chutes lá dentro.	1	2	3	4	5
4. Eu me imagino amamentando meu bebê.	1	2	3	4	5
5. Estou muito ansiosa para ver como é meu bebê.	1	2	3	4	5
6. Eu me imagino cuidando do meu bebê.	1	2	3	4	5
7. Posso adivinhar como será a personalidade do meu bebê pelo jeito como que ele se move.	1	2	3	4	5
8. Faço coisas para tentar ficar saudável que eu não faria se não estivesse grávida.	1	2	3	4	5
9. Fico me perguntando se o bebê pode escutar dentro da minha barriga.	1	2	3	4	5
10. Fico pensando se o bebê pode pensar e sentir algo dentro da minha barriga.	1	2	3	4	5
11. Como carne e/ou vegetais para que meu bebê tenha uma boa alimentação.	1	2	3	4	5
12. Eu empurro meu bebê para que ele empurre de volta.	1	2	3	4	5
13. Mal posso esperar para segurar meu bebê no colo.	1	2	3	4	5
14. Acaricio minha barriga para acalmar meu bebê quando ele chuta muito.	1	2	3	4	5
15. Abro mão de fazer certas coisas porque quero ajudar meu bebê.	1	2	3	4	5

Adaptado do Maternal Fetal Attachment Scale (MFA). Referência da versão original: Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nurs Res. 1981 Sep-Oct;30(5):281-4.



### ANEXO 3 - PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente
Falava comigo com uma voz meiga e amigável	( )	( )	( )	( )
Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	( )	( )	( )	( )
Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	( )	( )	( )	( )
Parecia emocionalmente frio(a) comigo	( )	( )	( )	( )
Parecia compreender meus problemas e preocupações	( )	( )	( )	( )
Era carinhoso(a) comigo	( )	( )	( )	( )
Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	( )	( )	( )	( )
Não queria que eu crescesse	( )	( )	( )	( )
Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	( )	( )	( )	( )
Invadia minha privacidade	( )	( )	( )	( )
Gostava de conversar sobre as coisas comigo	( )	( )	( )	( )
Freqüentemente sorria para mim	( )	( )	( )	( )
Tendia a me tratar como bebê	( )	( )	( )	( )
Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	( )	( )	( )	( )
Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	( )	( )	( )	( )
Fazia com que eu sentisse que não era querido(a)	( )	( )	( )	( )
Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	( )	( )	( )	( )
Não conversava muito comigo	( )	( )	( )	( )
Tentava me fazer dependente dele(a)	( )	( )	( )	( )
Ele(a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele(a) estivesse por perto	( )	( )	( )	( )
Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	( )	( )	( )	( )
Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	( )	( )	( )	( )
Era superprotetor(a) comigo	( )	( )	( )	( )
Não me elogiava	( )	( )	( )	( )
Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	( )	( )	( )	( )