

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THAINÁ DA SILVA CABRAL

**INFLUÊNCIA DA RELAÇÃO MATERNO INFANTIL NO  
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA**

Maceió - AL  
2020

THAINÁ DA SILVA CABRAL

**INFLUÊNCIA DA RELAÇÃO MATERNO INFANTIL NO CRESCIMENTO E  
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Carolina Santana Vieira

Maceió - AL  
2020

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

- C177i Cabral, Thainá da Silva.  
Influência da relação materno-infantil no crescimento e desenvolvimento da criança / Thainá da Silva Cabral. – 2020.  
71 f.
- Orientadora: Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira.  
Co-orientadora: Ana Carolina Santana Vieira.  
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –  
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2020.
- Bibliografia: f. 55-60.  
Apêndices: f. 61-71.
1. Crescimento e desenvolvimento. 2. Comportamento materno. 3. Relações mãe-filho. 4. Saúde da criança. I. Título.

CDU: 616-083:613.95

## Folha de Aprovação

**AUTORA: THAINÁ DA SILVA CABRAL**

### **INFLUÊNCIA DA RELAÇÃO MATERNO INFANTIL NO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao corpo docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Campus A.C. Simões, e aprovada em 27 de outubro de 2020.

*Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira*

Keila Cristina Pereira do N. Oliveira  
SIAPE 2533720  
Profª EENF / UFAL

---

Profª. Drª. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira, Escola de Enfermagem (EENF), Universidade Federal de Alagoas  
(Orientadora)

#### **Banca Examinadora**

*Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira*

Keila Cristina Pereira do N. Oliveira  
SIAPE 2533720  
Profª EENF / UFAL

---

Profª. Drª. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira, Escola de Enfermagem (EENF),  
Universidade Federal de Alagoas (Examinadora Interna)

*Lisa Carolina Santana Vieira*

---

Profª. Drª. Ana Carolina Santana Vieira, Escola de Enfermagem (EENF), Universidade  
Federal de Alagoas (Examinadora Interna)

*Fernanda Demutti Pimpão Martins*

---

Profª. Drª. Fernanda Demutti Pimpão Martins, Universidade Federal do Rio Grande (FURG)  
(Examinadora Externa)

*A Deus, e a todos que direta e indiretamente contribuíram para  
a realização deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, por guiar meus passos e me acompanhar ao longo do caminho. Por me dar forças para persistir e lutar para alcançar meus objetivos.*

*Aos meus pais, Elizabete Belchior e José Batista, pelo amor imensurável e pela permissividade para sonhar e ser livre. Por terem aberto as portas da vida, me ensinando o caminho para viver.*

*Aos meus irmãos, Isaque Batista e Thiago Albino, pelo amor incondicional, pela proteção e cuidado.*

*Ao meu noivo e melhor amigo, Rafael Bezerra, pelo seu amor, cuidado e compreensão. Por sempre estar ao meu lado, principalmente nos momentos mais difíceis, sendo um grande incentivador, apoiador e fiel companheiro. Por ter me ajudado em todos os aspectos nesse momento decisivo e em todos os outros.*

*Às minhas mestras e orientadoras Keila Cristina e Ana Carolina, na excelência do exercício das suas profissões, demonstrando suas essências, em que se dedicam de modo espetacular ao que executam.*

*Às minhas amigas, Vanessa Vieira, Marcela Cristina, Daniella Marques, Helen Juliana, dádivas da minha jornada acadêmica que irão perpetuar pela minha vida.*

*Às mães que, com seus bebês, foram essenciais para a realização desta pesquisa. Me permitindo saber parte das suas histórias sem ao menos me conhecer.*

*Aos Agentes Comunitários de Saúde e a enfermeira Salete, da Unidade de Saúde da Família Robson Cavalcanti, pela disponibilidade e paciência em me acompanhar nas visitas domiciliares.*

CABRAL, T. S. **Influência da relação materno infantil no crescimento e desenvolvimento da criança.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas: UFAL, Alagoas, 2020.

## RESUMO

O crescimento e o desenvolvimento são indicadores de saúde da criança indispensáveis para o acompanhamento integral durante a infância, proporcionando o rastreamento dos riscos ao pleno desenvolvimento infantil. As relações afetivas interferem diretamente nesse processo, e o vínculo materno infantil é fundamental na dimensão cognitiva, emocional, social e fisiológica do bebê. O profissional de enfermagem da atenção primária à saúde tem um papel essencial na detecção precoce dos fatores de risco que podem comprometer a construção do vínculo que liga a criança à mãe e a sua rede de apoio familiar. Além disso, todos os achados oriundos da avaliação realizada na puericultura devem ser devidamente registrados na caderneta de saúde da criança para documentar e viabilizar a comunicação entre os setores e os profissionais. Logo, objetivou-se analisar o vínculo materno infantil de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, transversal, exploratório, com abordagem quantiquantitativa, sustentada pelo referencial teórico de Ramona Mercer pautada na teoria da consecução do papel materno. Realizado com 20 mães de crianças até 1 ano de idade da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Robson Cavalcante, localizada em Maceió/AL. A pesquisa foi realizada através da realização de uma entrevista semiestruturada e da aplicação de dois questionários que se subdividiram em dados sociodemográficos e sobre o laço mãe e bebê, além da avaliação do preenchimento das variáveis peso, estatura, imunização na Caderneta de Saúde da Criança. Foram entrevistadas 20 mães de bebês com até 1 ano e idade, em que a idade materna variou entre 14 e 35 anos, sendo 6 adolescentes. A respeito da escolaridade 11 mães possuíam o ensino fundamental incompleto. Dentro da amostra, 14 mães não planejaram a gravidez e 15 não acham importante ter com quem dividir os cuidados do filho. Quanto à amamentação, 18 participantes afirmaram ter passado pelo aleitamento materno exclusivo, porém 6 delas interromperam antes dos 6 meses completos do bebê. O preenchimento da antropometria e da imunização estava completo em 16 cadernetas de saúde da criança. As falas das mães em relação às mudanças através da gestação envolveram, predominantemente, o âmbito pessoal quanto ao amadurecimento materno. De modo geral, sobre a importância do vínculo, as mães acham importante a relação com o bebê para a construção da personalidade da criança e para o reconhecimento quando atingiram a fase adulta. Portanto, percebe-se que os estímulos que influenciam no crescimento e no desenvolvimento da criança são multifatoriais, destacando-se as condições socioeconômicas, o planejamento da gestação, o estado emocional e psicológico materno, o nível de escolaridade, a sensibilidade da mãe, a sobrecarga materna entre outros. Além disso, uma assistência à saúde qualificada contribui para a detecção dos riscos à criança e a promoção das intervenções precoces.

**Descritores:** Crescimento e desenvolvimento; Comportamento materno; Relações mãe-filho; Saúde da criança.

## ABSTRACT

Growth and development are indispensable indicators of child health for comprehensive follow-up during childhood, providing the tracking of risks to full child development. Affective relationships directly interfere in this process, and maternal child bonding is fundamental in the cognitive dimension, emotional, social and physiological of the baby. Primary health care nursing professionals play an essential role in early detection risk factors that may compromise the construction of the bond that connects the child to the mother and her family support network. In addition, all findings from the assessment carried out in childcare must be duly registered in the child's health booklet to document and enable communication between sectors and professionals. Therefore, the objective was to analyze the maternal and child bond of women cared for in a Basic Health Unit. This is a descriptive, cross-sectional, exploratory study with a quantitative-qualitative approach, based on the theory of achieving the maternal role. Held with 20 mothers of children up to 1 year the area covered by the Robson Cavalcante Family Health Unit, located in Maceio/AL. The research was carried out by conducting of a semi-structured interview and the application of two questionnaires that were subdivided into sociodemographic data and on the mother and baby bond, in addition to the evaluation of the completion of the variables weight, height, immunization in the Child Health Booklet. Twenty mothers of babies were interviewed with up to 1 year and age, in which the maternal age varied between 14 and 35 years, being 6 adolescents. Regarding schooling, 11 mothers had the education incomplete fundamental. Within the sample, 14 mothers did not plan the pregnancy and 15 do not think it was important to have with whom to share the care of their child. Regarding breastfeeding, 18 participants reported having undergone exclusive breastfeeding, but 6 of them discontinued before 6 full months of the baby. The completion of anthropometry and immunization was complete in 16 child health booklets. Mothers' statements regarding changes pregnancy involved, predominantly, the personal scope regarding maternal maturation. In general, on the importance of bonding, mothers they find important the relationship with the baby for the construction of the child's personality and for recognition when they reached adulthood. Therefore, it is perceived that the stimuli that influence the child's growth and development are multifactorial, highlighting socioeconomic conditions, planning of pregnancy, maternal emotional and psychological status, level of education, sensitivity of the mother, maternal overload and others. In addition, health care contributes to the detection of risks to the child and the promotion of early interventions.

**Descriptors:** Growth and development; Behavior maternal; Mother-child relationships; Child health.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Estatística descritiva da idade materna e do número de filhos por mãe da USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.....	31
<b>Tabela 2</b> - Estado civil, idade e nível de escolaridade das mães da USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020. ....	32
<b>Tabela 3</b> - Informações das mães sobre a infância, o ciclo gravídico e a importância de ter com quem dividir os cuidados do bebê, USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.....	32
<b>Tabela 4</b> - Informações gerais dos bebês da USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020....	33
<b>Tabela 5</b> - Relação entre o nível de escolaridade materna e o número de filhos da USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.....	34
<b>Tabela 6</b> - Relação entre o número de filhos e a percepção materna sobre a importância de dividir os cuidados da criança da USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020. ....	35
<b>Tabela 7</b> - Relação entre a infância da mãe e a sua percepção sobre a importância de dividir os cuidados da criança da USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.....	36

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Variáveis sobre a mãe e bebê da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Robson Cavalcante, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.....	30
--	----

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AB	Atenção Básica
APS	Atividades Práticas Supervisionadas
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
CC	Cartão da Criança
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde
CD	Crescimento e o Desenvolvimento
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EP	Estimulação Precoce
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
IMC	Índice de Massa Corporal
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
2 OBJETIVOS .....	16
2.1 Geral: .....	16
2.2 Específicos: .....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	17
3.2 A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ .....	21
4 METODOLOGIA .....	27
4.1 Tipo de estudo.....	27
4.2 Local da pesquisa .....	27
4.3 Amostra e Amostragem .....	27
4.4 Critérios de inclusão.....	28
4.5 Critérios de exclusão .....	28
4.6 Recrutamento das Participantes do Estudo.....	28
4.7 Coleta de dados .....	28
4.8 Análise dos dados.....	30
4.9 Aspectos éticos e legais .....	31
5 RESULTADOS .....	31
5.1 Caracterização sociodemográfica e elo vital na relação materno infantil .....	31
5.2 Análise Qualitativa.....	36
5.2.1 A reação materna após a descoberta da gravidez e o acompanhamento nas consultas de pré-natal .....	36
5.2.2 As mudanças e as expectativas em relação ao bebê durante o ciclo gravídico.....	38
5.2.3 Sobrecarrega materna nas atribuições diárias .....	39
5.2.4 A importância da construção do vínculo .....	40

5.2.5 Processo de identificação das necessidades do bebê e a linguagem não verbal .....	41
5.2.6 Amamentação.....	42
6 DISCUSSÃO .....	43
7 CONCLUSÃO .....	53
REFERÊNCIAS .....	55
APÊNDICE 1 .....	61

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo expõe como objeto a relação mãe-bebê e o impacto no crescimento e desenvolvimento da criança. Nesse contexto, a motivação pela escolha do assunto pesquisado se deu pelo interesse em aprofundar o conhecimento científico acerca dos fatores que contribuem de forma positiva e negativa para a construção do elo entre a mãe e o bebê.

O crescimento da criança está agregado aos fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), sendo estes os cuidados necessários à criança, o ambiente em que a mesma está inserida, a promoção da saúde e condições de higiene, podendo colaborar ou prejudicar o crescimento saudável. Já o seu desenvolvimento é um processo dinâmico que abrange a maturação do sistema nervoso, o crescimento infantil, os aspectos psicossociais e a construção do vínculo (ALMEIDA *et al.*, 2017; BRASIL, 2012).

O crescimento e o desenvolvimento (CD) consistem em Indicadores de Saúde da Criança essenciais para o acompanhamento e rastreamento de riscos à saúde infantil, bem como o acompanhamento da evolução saudável e da aquisição de novas habilidades, promovendo intervenções precoces e prevenindo danos futuros. Ambos indicadores se associam aos fatores ambientais, socioeconômicos e culturais (GAÍVA *et al.*, 2018).

O olhar holístico para esses indicadores propicia uma avaliação integralizada e consistente para frear os riscos de doenças, possíveis agravos e atrasos à saúde infantil. No entanto, a avaliação do estado de saúde infantil deve ser registrada pelo profissional da saúde na Caderneta de Saúde da Criança para que haja um acompanhamento contínuo dos índices de CD e a comunicação intersetorial e interprofissional. Considerando que o protagonismo nestas ações é assumido pelos profissionais de saúde, da educação e do vínculo familiar, o crescimento e o desenvolvimento são partes integrantes da construção do vínculo infantil nas suas redes de apoio familiar e social (ABUD; GAÍVA, 2015; ALMEIDA, 2016; AMORIM, *et al.*, 2018a; LIMA *et al.*, 2016).

O investimento nas relações afetivas voltadas ao bebê proporciona a base para o seu desenvolvimento, considerando que ao nascer o neonato é totalmente dependente de alguém que seja capaz de suprir as suas demandas à medida em que o mesmo se desenvolve e torna-se capaz de se autorregular. Para um desenvolvimento satisfatório são necessários investimentos através dos estímulos que são emitidos na criança. Aspectos ambientais, econômicos, sociais e biológicos influenciam no crescimento e o desenvolvimento infantil de modo positivo ou

negativo, tais como as condições de vulnerabilidades sociais. Além disso, os laços iniciais do bebê, especialmente com a mãe, fundamentam a maturação psíquica, afetiva, comportamental, cognitiva e física, podendo representar um fator de risco quando não é estabelecido entre a mãe e o bebê (BRASIL, 2018; LIMA *et al.*, 2016; MARCIANO; AMARAL, 2015; NEVES *et al.*, 2016).

O vínculo materno infantil é construído gradualmente e se estabelece diante da necessidade da aquisição de determinadas habilidades por parte do infante, sendo que este se comporta sob total dependência da mãe e também reage aos estímulos emitidos por ela. O progresso do vínculo exige envolvimento e investimento da díade mãe-bebê, configurando-se um processo bidirecional (SILVA; BRAGA, 2019).

A participação paterna contribui significativamente no desenvolvimento da criança. Quanto melhor a interação entre o pai e o filho melhores são as habilidades adquiridas pela criança e os efeitos socioemocionais promovidos pelo envolvimento paterno nos cuidados ao bebê, assim como os índices de hiperatividade diminuem. Além disso, o papel do pai também auxilia nas dimensões cognitivas e comportamentais do infante, que apresentam um maior desempenho em meninos e as chances de problemas psicológicos em meninas diminuem (BUENO, VIEIRA, 2014).

Este estudo assume relevância para os estudantes e profissionais da saúde, e para a população, a partir da sua abrangência sobre os fatores influentes no crescimento e desenvolvimento infantil e na construção do vínculo entre a mãe e o bebê que são essenciais para a formação de indivíduos saudáveis fisicamente e psicologicamente. Os estudantes da saúde precisam desenvolver a habilidade de avaliar o indivíduo integralmente e o meio em que está inserido desde o seu processo de formação acadêmica. Os profissionais assumem o importante papel de promover, proteger e recuperar a saúde, além de detectar precocemente os fatores de risco no território para planejar e intervir através das ações em saúde. A população sendo protagonista e participante em todo o processo direcionado à saúde.

Diante do exposto, a relevância do presente estudo está embasada na importância em aguçar o olhar dos profissionais, em especial a enfermagem por estar sempre junto ao paciente, quanto ao apoio e orientações para a promoção e estabelecimento do vínculo entre o binômio mãe-bebê e entre a família, visto que a qualidade desta relação promoverá um desenvolvimento saudável. Por outro lado, o olhar minucioso abre espaço para a detecção precoce de riscos ao desenvolvimento, tais como a ausência dos estímulos na criança, as relações afetivas pouco ou não consolidadas, os fatores ambientais, econômicos e sociais que circundam a criança como a



rede de apoio, a baixa renda e a escolaridade materna e as condições de higiene e habitação, permitindo a intervenção desde o nível de atenção primária, promovendo a saúde e interrompendo riscos a longo prazo.

Em concordância com esses princípios surge um questionamento: *Qual a influência da relação materno infantil no crescimento e desenvolvimento da criança atendida em uma Unidade Básica de Saúde?*

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

Analisar o vínculo materno infantil de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde.

### **2.2 Específicos:**

- ❖ Verificar o índice de preenchimento dos dados antropométricos e de imunizações da Caderneta de Saúde da Criança;
- ❖ Evidenciar aspectos relevantes para a construção do vínculo satisfatório e insatisfatório na relação mãe-bebê;
- ❖ Analisar a influência da maternidade para o cotidiano da mulher atendida em uma Unidade Básica de Saúde;
- ❖ Analisar a associação entre o perfil sociodemográfico e a formação do vínculo mãe-bebê.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo de Revisão de Literatura traz um aporte teórico sobre o problema de pesquisa, buscando o seu aprofundamento e levando em consideração o *Estado da Arte* das inferências apresentadas sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e a construção do vínculo na relação mãe-bebê.

#### 3.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O processo de crescimento e desenvolvimento é multifatorial e tem relação direta com os aspectos sociais, ambientais, econômicos e biológicos. Existem fatores potenciais para provocar atrasos no desenvolvimento infantil relacionados às suas condições de vida e saúde, como as dificuldades de acesso aos serviços de assistência à saúde, precariedade dos estímulos psicossociais e cognitivos, histórico perinatal desfavorável, níveis de escolaridade dos pais, condições psicológicas familiar, depressão materna, maus tratos, baixa renda, desnutrição, retardo do crescimento, deficiências de ferro e iodo, condições de saneamento básico, higiene e habitação, moradia em bairros em situação de violência, entre outros aspectos que constroem um cenário comprometedor à saúde da criança (BRASIL, 2018; LIMA *et al.*, 2016; NEVES *et al.*, 2016).

Para que a criança atinja as melhores condições de seu desempenho, é necessário que o ambiente em que está inserida seja saudável e estimulante. Ou seja, inserida em uma família estruturada, em que haja respeito e desejo pelo infante, com condições adequadas de moradia e acesso aos cuidados básicos de saúde para que possa crescer e se desenvolver. A ausência de alguma destas condições pode comprometer o bom desenvolvimento infantil (NCPI, 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança define o crescimento e o desenvolvimento e menciona as dimensões participantes nesse processo, conforme o texto que segue:

O crescimento é resultante da integração de fatores genéticos, biológicos, psíquicos e sociais, com as características intrínsecas (biológicas) e extrínsecas (ambientais). O conceito de desenvolvimento integral é, portanto, amplo e refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais. O desenvolvimento humano abrange o desenvolvimento físico (crescimento), cognitivo (intelectual), neuropsicomotor (sensorial e motor) e emocional (afetivo e interações com ambiente), aspectos interligados que se vinculam mutuamente durante toda a existência humana (BRASIL, 2018, p. 61).

O enfermeiro assume o papel imprescindível na consulta de puericultura objetivando a vigilância e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com base nas ações de prevenção, proteção, promoção e recuperação à saúde infantil. A atenção integral à criança permite a detecção precoce dos riscos de doenças e outros agravos, favorecendo o planejamento e a implementação das intervenções impedindo futuros prejuízos ao pleno desenvolvimento infantil. Além disso, esse acompanhamento permite ao profissional o olhar aguçado para o contexto de vida e saúde em que a criança está inserida, visualizando todos os fatores que envolvem a criança no meio familiar e social.

Realizar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil não deve limitar-se à mensuração dos dados antropométricos e à avaliação dos marcos do desenvolvimento. Para além disso, deve-se considerar a atenção integral à criança e à rede familiar, considerando as ações educativas que possuem potencial de inclusão dos pais nos cuidados inerentes à criança e como observadores ativos que também podem identificar e sinalizar alterações ou desvios no CD. Deste modo, estas intervenções colaboram na prevenção de doenças na infância, inibição dos futuros danos e redução dos índices de morbimortalidade infantil (GAÍVA *et al.*, 2018).

A avaliação e monitorização do crescimento inclui o acompanhamento do estado nutricional da criança, excepcionalmente nas consultas de puericultura realizadas pelos serviços de Atenção Básica (AB), com ênfase nos parâmetros do peso, comprimento/estatura, índice de massa corporal (IMC), perímetro cefálico, torácico, abdominal e circunferências das panturrilhas. A avaliação antropométrica permite a interpretação destes dados através das curvas de crescimento infantil, podendo sinalizar casos de subnutrição ou sobrepeso e os riscos de morbimortalidade (BRASIL, 2012).

O crescimento é avaliado seguindo os parâmetros presentes nos gráficos da Caderneta de Saúde da Criança, considerando o perímetro cefálico que deve ser medido até os 2 anos, e a relação entre o peso para a idade, comprimento/estatura para a idade e o IMC para a idade que apresentam-se divididos nas faixas etárias de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos. Através dos registros a avaliação segue os pontos de corte das curvas de acordo com os escores que vão contribuir para o diagnóstico nutricional. No recém-nascido a termo o perímetro craniano varia de 33 a 37 centímetros e os perímetros torácico e abdominal são cerca de 2 centímetros e 2 a 3 centímetros menores que o cefálico, respectivamente (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014; BRASIL, 2020a).

Para a interpretação dos gráficos deve-se considerar as linhas coloridas que indicam a linha de crescimento infantil através da união entre os pontos das medidas verificadas. O crescimento adequado é sinalizado por um traçado paralelo à linha verde, acima ou abaixo dela entre as linhas laranjas ou entre as vermelhas. Um desvio na curva ou um traçado horizontal exige uma investigação (BRASIL, 2020a).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a criança depende do meio social em que vive para o seu pleno desenvolvimento infantil. E entre os atores envolvidos nesse processo estão a família, profissionais da saúde e da educação, conforme retratado em texto abaixo:

Na estrutura fisiológica humana, o que é inato não é suficiente para produzir um indivíduo sem a participação do meio ambiente. Tudo em um ser humano (suas características, seus modos de agir, pensar, sentir, seus valores, etc.) depende da sua interação com o meio social em que vive. Portanto, o desenvolvimento da criança será sempre mediado por outras pessoas, pelas famílias, pelos profissionais de saúde, da educação, entre outros, que delimitam e atribuem significados à sua realidade (BRASIL, 2012, p. 121).

Como parte integrante do acompanhamento do crescimento infantil, pais, familiares, profissionais de saúde e educação devem estar preparados/qualificados para o acompanhamento integral à saúde da criança, visando a detecção precoce de possíveis danos à integridade física e seu pleno desenvolvimento, principalmente durante a primeira infância, período de zero aos seis anos de idade, o momento crucial para implementar as intervenções na criança objetivando evitar ou minimizar prejuízos futuros ao desenvolvimento (YAKUWA; NEIL; MELLO, 2018).

A primeira infância é considerada o momento ideal para a estimulação precoce (EP) devido à maturação do Sistema Nervoso Central (SNC), em que as habilidades da criança estão em desenvolvimento. Arelado a isto, há a presença da neuroplasticidade que torna o cérebro mais suscetível à aquisição dos estímulos, sejam positivos ou negativos. Considerando ser o período mais crítico do desenvolvimento, a estimulação precoce trabalha as habilidades da criança, potencializando-as, nas dimensões motoras, cognitivas e sensoriais, baseadas nos marcos do desenvolvimento, visando a redução dos danos ao processo do crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2016).

As Diretrizes de Estimulação Precoce (BRASIL, 2016) enfatizam que o desenvolvimento infantil é desencadeado por uma série de fatores que repercutem ao longo da vida da criança, resultando no alcance de um desenvolvimento pleno e satisfatório, de acordo com o seguinte texto:

Há consenso na literatura especializada de que o desenvolvimento da criança não depende apenas da maturação do sistema nervoso central (SNC), mas também de vários outros fatores: biológicos, relacionais, afetivos, simbólicos, contextuais e ambientais. Essa pluralidade de fatores e dimensões envolvidas com o

desenvolvimento infantil se expressa nas vivências e nos comportamentos dos bebês e das crianças, nos modos como agem, reagem e interagem com objetos, pessoas, situações e ambientes. Pode-se dizer que a aquisição de marcos de desenvolvimento pelas crianças depende do funcionamento do SNC e de outras dimensões do funcionamento orgânico, bem como da carga e da qualidade dos estímulos e das relações que a criança vivencia (BRASIL, 2016, p. 21).

Ao longo do desenvolvimento a criança adquire novas habilidades que são esperadas conforme o passar dos meses. Diante disso, os marcos do desenvolvimento estabelecidos pelo Ministério da Saúde são fundamentais para a avaliação desse processo que corresponde do período entre os primeiros dias de vida até os dez anos de idade.

No primeiro mês de vida espera-se no bebê a manutenção dos reflexos primitivos, as pernas e os braços fletidos e a cabeça lateralizada, que o mesmo observe um rosto, reaja ao som e eleve a cabeça. Entre um e dois meses o bebê sorri quando estimulado, abre as mãos, emite sons e movimentam os membros. Entre dois e quatro meses ele responde ativamente ao contato social, segura objetos, ri alto, levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços. Entre quatro e seis meses o bebê busca ativamente objetos e leva-os a boca, localiza o som e muda de posição. No período de seis a nove meses espera-se que o bebê brinque de esconde-achou, transfira objetos de uma mão para outra, duplique sílabas e sente-se sem apoio. Entre nove e doze meses o bebê imita gestos, faz pinça, produz “jargão” e anda sem apoio (BRASIL, 2020a).

A Caderneta de Saúde da Criança é uma importante ferramenta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil que é realizado pela Atenção Básica, considerando o seu estreito contato com a população tanto dentro da Unidade Básica de Saúde quanto no território através das visitas domiciliares. A vigilância do CD visa a redução dos riscos de morbimortalidade e agravos prevalentes na infância, a atenção direcionada aos índices do crescimento e aos marcos do desenvolvimento, além do início precoce das intervenções a partir dos achados que apresentam potencial de risco à integridade da saúde infantil. As CSC são distribuídas pelo Ministério da Saúde para as secretarias municipais, que repassam para as maternidades públicas e privadas e são entregues às famílias do recém-nascido (ALMEIDA, 2016).

Entre os anos 1974 e 1975 foi criado o Cartão da Criança (CC), centrado na avaliação nutricional, no calendário vacinal e na aproximação da família junto à atenção primária. Em 2005 o Ministério da Saúde aprovou a Resolução do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) que substituiu o cartão da criança pela Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que acompanha a criança de zero aos 10 anos de idade, exibindo uma nova configuração e inserção de dados

pertinentes ao histórico da criança, em que a atenção à saúde perpassa uma avaliação limitada e passa a ser integral e alcançar todas as dimensões da infância (AMORIM, *et al.*, 2018a; LIMA, *et al.*, 2016).

Segundo Andrade, Rezende e Madeira (2014, p. 858) “em 2007 o instrumento foi reformulado para incluir as novas curvas de crescimento desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde, as curvas de acompanhamento do crescimento do peso e altura até os dez anos de idade e curva do perímetro cefálico até os dois anos”.

Deste modo, para o preenchimento dos dados incluídos na reformulação da CSC a incumbência recai sobre a família, os profissionais de saúde da maternidade e as unidades de saúde que realizam o acompanhamento da criança (AMORIM, *et al.*, 2018b).

A CSC é um instrumento de vigilância que evidencia possíveis dificuldades entre os serviços de saúde acerca dos registros resultantes da assistência, inviabilizando a comunicação multiprofissional e setorial que compromete a integralidade da atenção. Estudos demonstram que a deficiência na valorização do instrumento advém do processo de formação dos profissionais e das dificuldades presentes nas famílias sobre o direito de obter a CSC, bem como o devido preenchimento por parte dos serviços (AMORIM, *et al.*, 2018a).

### **3.2 A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ**

O contexto histórico revela que na Antiguidade e na Idade Média as relações entre pais e filhos eram predominantemente patriarcais. Consequentemente, não havia o estabelecimento do vínculo entre a mãe e o filho, uma vez que ocorria um afastamento entre ambos e até mesmo a recusa para amamentar, iniciando a cultura em que os bebês possuíam uma ama-de-leite. Não somente isso, havia a prática de abandonar o bebê enquanto recém-nascido e as mães apresentavam uma frieza emocional em que eram incapazes de se vincular aos seus filhos e sofrer pela perda dos mesmos (GUTIERREZ; CASTRO; PONTES, 2011).

Ao longo dos séculos os hábitos culturais característicos de cada época sofreram interferências do meio social e as relações familiares acompanharam tais progressos. Desta forma, o afeto passou a ser expressado mais livremente no contexto familiar e a criança adquiriu mais valorização e cuidados. A exemplo disso, as mães passaram a amamentar seus filhos e prestar os cuidados de higiene e relacionados à integridade física. Além disso, não apenas a

figura paterna, a figura materna passa a incidir influências no desenvolvimento psíquico infantil (GUTIERREZ; CASTRO; PONTES, 2011).

Considerando as mudanças ocorridas ao longo da história cabe ressaltar as transformações na composição familiar, em que o modelo tradicional de família se amplia e passa a contemplar o modelo contemporâneo com as famílias monoparentais, pluriparentais ou recompostas (resultado de divórcios e separações) e homoafetivas que formam famílias seja pela inserção de filhos oriundos de um relacionamento heterossexual anterior, através da reprodução assistida ou ainda pelo processo de adoção (RIBEIRO *et al.*, 2017; ROSA *et al.*, 2016). Rosa e seus colaboradores destacam alguns aspectos que são importantes na criação dos infantes, conforme a seguir:

Estudos indicam que não é possível comprovar alguma deficiência ou vantagem na criação de crianças por casais homoafetivos, pois seu desenvolvimento depende da inserção em um ambiente harmonioso e da disponibilidade dos pais em oferecerem os cuidados necessários em relação aos filhos. Sendo assim, acredita-se que é o vínculo estabelecido entre adotantes e adotados que determinará a qualidade de suas relações, independentemente da orientação sexual dos pais (ROSA *et al.*, p. 218, 2016).

O laço que une a mãe ao seu bebê não é predeterminado, instintivo e tampouco existente antes da real experiência da maternidade, por não ser transmitido geneticamente. Nesse viés, infere-se que tal elo é construído e exige investimento para que os envolvidos tornem o vínculo sadio e completo (OLIVEIRA, 2016).

Dentro da relação mãe e bebê não existe a complementaridade, visto que a mãe não conseguirá atender a todas as demandas sinalizadas pelo bebê. Em contrapartida, essa peculiaridade não assume um caráter inteiramente negativo, uma vez que ensina o bebê a se autorregular e lhe confere autonomia ao longo do seu desenvolvimento (OLIVEIRA, 2016).

O estado emocional materno é descrito por Winnicott como Preocupação Materna Primária, em que a mãe aprimora seus sentidos paulatinamente e atinge a sensibilidade mais aguçada e apta para discernir as necessidades expressadas pelo bebê, essa habilidade é adquirida no período correspondente ao final da gestação e nos primeiros dias de vida do recém-nascido (RODRIGUES; SCHAEFER, 2019).

O primeiro ano de vida é promissor para o desenvolvimento infantil na relação do binômio mãe-bebê. Em virtude da imaturidade do bebê em autorregular seu estado emocional e fisiológico, as mães assumem o importante papel de modular as respostas ao estresse

vivenciado pelo bebê, prontamente atendendo os sinais emitidos para alertar quaisquer desconfortos (BEHRENDT *et al.*, 2019).

A relação entre mãe e bebê gera impacto na saúde mental do binômio e afeta diretamente no desenvolvimento biopsicoafetivo infantil. Bowlby caracteriza a presença constante da mãe, ou figura que substitui tal papel, como Figura de Apego, considerando a incapacidade do bebê em suprir as próprias necessidades e se autorregular. Em consonância a esta teoria, Winnicott reafirma que a relação que gera segurança, fortalecimento e autonomia ao bebê é denominada como vínculo seguro ou vínculo afetivo satisfatório (ESPÍRITO SANTO; ARAÚJO, 2016).

A qualidade do apego influencia na solidificação dos futuros relacionamentos que serão gerenciados pelo infante, uma vez que a partir do primeiro ano de vida o estado socioemocional adquire mais estabilidade. Diante disso, é necessário conhecer os fatores que recaem sobre a figura materna e que vão impactar no desenvolvimento infantil, para então direcionar as intervenções que irão proporcionar a construção do vínculo de forma satisfatória e saudável ao binômio (BEHRENDT *et al.*, 2019).

O vínculo satisfatório corresponde a relação consolidada entre a mãe e o bebê produzindo na criança um fortalecimento e a maturação do seu estado emocional, cognitivo, comportamental, social e todas as dimensões envolvidas no desenvolvimento infantil, constitui um envolvimento saudável para a mãe e o bebê e que não acarreta prejuízos ao binômio. Em contrapartida, o vínculo que não é bem estabelecido, que não há a reciprocidade dentro da relação e que oferece riscos à díade em todos os aspectos envolvidos configura um vínculo insatisfatório.

O investimento na relação mãe-bebê constrói a interação entre o binômio, e esse processo é descrito através da teoria de enfermagem por Ramona Mercer ao desenvolver a teoria da consecução do papel materno e dividir esse processo interativo em fases, conforme segue:

A teoria da consecução do papel materno descrita por Ramona Mercer segue um processo de quatro fases para sua consecução, a saber: a) fase de comprometimento e preparação, que ocorre desde o início da gravidez e engloba as adaptações sociais e emocionais; b) fase de conhecimento e restauração física, que se inicia com o nascimento e engloba a aprendizagem e desenvolvimento do papel materno; c) fase de aproximação da normatização, que envolve como a mulher lida com o novo papel e determina os melhores cuidados para o filho; d) e a fase da identidade pessoal ou materna, em que a mulher reconhece a maternidade com segurança e confiança (SANTOS *et al.*, 2020, p. 2).

Para Ramona Mercer (1981) após o nascimento do bebê há o surgimento de uma nova mãe que passa pelo “Trabalho de Luto”, em que a mesma se aparta das expectativas que foram geradas para si e para o bebê para se adaptar à realidade. É nesse luto que a mãe irá reconciliar



o bebê real com o bebê fantasiado, além de reconciliar o processo de transformação do corpo do período pré-gravídico ao pós-parto, conforme o texto a seguir:

Conciliar as fantasias do pré-parto com as características reais de seu bebê permite que a mulher se identifique como mãe do bebê. Este é um pré-requisito para cuidar e responder ao bebê. O desejo da mãe de estabelecer a singularidade de sua criança e de converter o bebê anônimo em "seu bebê" [...]. Quando o bebê é do sexo desejado e tem o tamanho, a cor e as características temperamentais esperadas, a tarefa exige menos esforço e tempo (MERCER, 1981, p. 342).

Inicialmente, a relação entre a díade ainda é pouco consolidada e a comunicação é predominantemente não verbal. Nesse aspecto, o binômio possui uma interação própria que garante a comunicação entre si e o envolvimento tanto da mãe quanto do bebê, conferindo um processo de amadurecimento, conhecimento e adaptação. Tendo em vista que o vínculo é construído paulatinamente, além de sofrer influência dos fatores maternos, o meio hospitalar e domiciliar também interferem na formação do mesmo. Por conseguinte, os profissionais da saúde tornam-se essenciais para conferir um ambiente seguro e viável à formação precoce do apego (SILVA; BRAGA, 2019).

Segundo a teoria de Winnicott existe o desamparo materno, em que o cuidador vivencia um desamparo que pode ser comparado àquele vivenciado pelo bebê diante da sua dependência, demonstrando a carência de um ambiente proporcionador de segurança e proteção à mãe. Em consequência disso, algumas mães podem sentir dificuldades em se identificar com o seu bebê, seja pela insegurança durante o processo de adaptação ou até mesmo pela própria experiência vivenciada durante a infância, repercutindo na transição do papel de filha para assumir a postura de mãe (RODRIGUES; SCHAEFER, 2019).

A qualidade do vínculo está diretamente ligada à sensibilidade materna e ao seu comportamento frente aos cuidados indispensáveis ao bebê. Essa sensibilidade viabiliza a interação com o filho e permite interpretar as demandas do mesmo a partir do seu comportamento, expressões e emoções. A partir disso, a mãe passa a oferecer uma resposta que satisfaz as necessidades do bebê e que se tornam apropriadas e cada vez mais aprimoradas para alicerçar a construção de tal elo. No entanto, estudos revelam que quanto mais baixo o controle emocional, principalmente por eventos estressores, menor a sensibilidade materna (BEHRENDT *et al.*, 2019).

As mães são acometidas por uma sensibilidade acentuada ao final da gestação, que retorna aos níveis normais no período pós-parto. Diante disso, durante o processo de adaptação do binômio, a mãe adquire mais empatia pelo bebê, tornando-se capaz de se colocar no lugar do mesmo. Entretanto, esta condição não é inerente à figura materna, visto que algumas mães

podem esboçar dificuldades em se identificar com o seu bebê durante o processo de desenvolvimento inicial, causando reflexos na construção do bebê enquanto indivíduo em crescimento e em fase de desenvolvimento (MOZZAQUATRO; ARPINI; POLLI, 2015).

Durante o puerpério, um fator que pode gerar impactos negativos na relação é o baixo controle emocional materno, em que os sinais de desconforto do bebê, como o choro, na tentativa de alcançar as respostas maternas podem também desencadear um sentimento negativo. Logo, as mães que possuem impasses para se autorregular emocionalmente podem sentir uma dificuldade ainda maior para lidar com os sinais de sofrimento do bebê (BEHRENDT *et al.*, 2019).

Assumir a paternidade requer a criação de conexões emocionais firmes que qualifiquem o apego. Os pais que apresentam um apego mais seguro tendem a um estilo mais sensível, com maior envolvimento e receptividade que é extremamente favorável ao desenvolvimento cognitivo e psicossocial da criança. Em contrapartida, o apego limitado está relacionado a uma paternidade menos sensível e menos reativa, dificultando a percepção e interpretação dos sinais emitidos pela criança para expressar suas necessidades de cuidados, apoio e segurança (WILSON *et al.*, 2017).

A paternidade exprime a necessidade de determinadas funções cognitivas ou “habilidades de função executiva” em que os pais aguçam a atenção; tornam-se mais permissíveis às mudanças de atenção de acordo com as alterações de ambiente e circunstâncias; planejam, estabelecem prioridades e gerenciam as demandas da criança. Ao passo que, na baixa função executiva há uma associação aos comportamentos negativos, como rigidez disciplinar e maus tratos infantis, a maior função executiva liga-se a comportamentos parentais positivos, sensíveis e apoiadores (WILSON *et al.*, 2017).

A inserção social expõe o indivíduo a contextos que podem ser favoráveis ou desfavoráveis para o aprendizado da maternidade, dentre os quais destacam-se: se a gravidez foi planejada, a gravidez na adolescência, a existência de recursos socioeconômicos suficientes para manter mãe e bebê juntos, assistência desde o pré-natal até o pós-parto e uma rede de apoio familiar e social. Em virtude das fases do desenvolvimento, há a possibilidade de uma sobrecarga materna, principalmente na mãe primípara, que externa a necessidade de um apoio familiar ao binômio. Ademais, os níveis de escolaridade e fatores socioeconômicos também podem afetar o desenvolvimento infantil (PEREIRA *et al.*, 2014).

Os avós e a figura paterna desempenham um papel importante tanto nos cuidados com o bebê quanto nas atividades domésticas. Ao final do século XX, a participação masculina em

tais atividades tornou-se mais presente, enriquecendo a importância do acompanhamento paterno em todo ciclo gravídico-puerperal (PEREIRA *et al.*, 2014).

O período puerperal traz consigo sentimentos ambivalentes para a mãe tais como, a passagem pela experiência do parto; sensação de insegurança para lidar com a nova fase que perpassa a maternidade; a condição de saúde do bebê; temores em relação à amamentação; possíveis frustrações diante das expectativas depositadas no filho ideal em contrapartida com a realidade. No entanto, é importante salientar que cada mãe vivencia a maternidade de modo individual e único (ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017).

A processo da amamentação é um grande aliado na construção do vínculo. De fato, esse processo não simboliza apenas um ato de alimentar, representa um momento em que o bebê busca o olhar da mãe, favorece o contato pele a pele e o cuidado materno ao manipulá-lo. Desse modo, além da função nutritiva, o ato de amamentar também retrata a função não-nutritiva, esta pode ser considerada ainda mais importante que aquela (MOZZAQUATRO; ARPINI; POLLI, 2015).

Os bebês realizam tentativas para conquistar a aproximação da mãe, se a mesma não conseguir retribuir pode gerar um sentimento de insegurança no infante. O bebê possui um aparato capaz de responder aos estímulos e garantir uma aproximação com a figura materna. Com o passar dos meses o bebê começa a responder à mãe de um modo diferente quando comparado a outras pessoas, como sorrir, vocalizar ao vê-la e acompanhá-la com o olhar (MOZZAQUATRO; ARPINI; POLLI, 2015).

A mãe desempenha um papel de espelho indispensável para a formação do estado emocional infantil. Portanto, ao direcionar o olhar para o rosto da mãe o bebê espera ver a si mesmo. Ou seja, espera receber de volta o que ele está direcionando a ela, caso a mãe não consiga expressar com reciprocidade, ela não estará refletindo aquilo que o bebê direcionou a ela através do olhar. Quando a mãe não cumpre o papel do espelho perde-se o benefício da troca mútua e o bebê busca no ambiente outros meios para se identificar (RODRIGUES; SCHAEFER, 2019).

Deste modo, a relação materno infantil pode sofrer influência de inúmeros fatores que contribuem para a formação satisfatória ou insatisfatória do vínculo, assim como todas as atitudes direcionadas ao bebê através do convívio familiar e social, além do meio em que está inserido.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, transversal, exploratório, com abordagem quantiqualitativa, sustentada pelo referencial teórico de Ramona Mercer pautada na teoria da consecução do papel materno. Esta teoria envolve a interação e o desenvolvimento dentro da relação que se estabelece entre a mãe e o filho, a propriedade que a mãe adquire ao cuidar e a satisfação que ela atinge diante desse processo de transição e de adaptação ao deixar o papel de filha para assumir a postura de mãe. A mãe evolui juntamente com o desenvolvimento da criança. Aliado a isso, a mulher vivencia uma maior vulnerabilidade ao passar por todo o processo inerente à maternidade, abrangendo as suas condições psicológicas, físicas e sociais (SANTOS *et al.*, 2017).

### **4.2 Local da pesquisa**

A coleta de dados foi realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) Robson Cavalcante, localizada no Conjunto Freitas Neto, Q. A, 25 B - Benedito Bentes, Maceió - AL, 57086-414. A escolha da USF considerou a participação da mesma nos territórios para a realização das Atividades Práticas Supervisionadas (APS) que compõem a carga horária do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

### **4.3 Amostra e Amostragem**

As participantes da pesquisa foram 20 mães de crianças até 1 ano de idade da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Robson Cavalcante, e que aceitaram participar da pesquisa. As mães elegíveis para o estudo apresentaram diferentes níveis instrucionais, com idades entre 14 e 35 anos, sendo mães de bebês até 12 meses completos, prematuros ou a termo e que residem com seus bebês.

A amostragem utilizada neste estudo foi a não probabilística por conveniência, por se tratar de uma etapa da pesquisa que ocorre a seleção dos elementos da população para compor a amostra, e que se caracteriza (pelo menos em parte) do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo (OLIVEIRA, 2001).

#### **4.4 Critérios de inclusão**

Foram incluídas na pesquisa as mães de crianças, com até 1 ano de idade, alfabetizadas, da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Robson Cavalcante, e que aceitaram participar da pesquisa.

#### **4.5 Critérios de exclusão**

Foram excluídas da pesquisa as mães de crianças com idade superior a 1 ano de idade e aquelas que não compareceram no período estabelecido para a coleta de dados.

#### **4.6 Recrutamento das Participantes do Estudo**

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para a realização deste estudo, a pesquisadora se dirigiu até a Unidade de Saúde Robson Cavalcante nos dias de atendimento à puericultura realizada pela enfermeira. Desse modo, as mulheres que estavam com seus bebês de até 1 ano de idade nos dias de atendimento foram abordadas e convidadas a conversar individualmente a respeito da proposta da pesquisa. As mães que aceitaram participar foram encaminhadas, juntamente com o bebê, para a sala de reuniões presente na USF, a fim de proporcionar conforto e confidencialidade durante a entrevista.

Nesse contexto, o recrutamento das participantes do estudo se deu pela abordagem individual às mães, identificação da pesquisadora e apresentação da proposta do estudo de maneira compreensível, visando abordar os objetivos do estudo, as suas etapas, a garantia do sigilo das informações coletadas e a relevância para a sociedade. Além disso, foi enaltecida a importância da contribuição das mães para a realização do estudo. Após realizado todos os esclarecimentos, cada mãe abordada foi convidada a participar do estudo, selando este acordo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado em duas vias, em conformidade ética com as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Pesquisa.

#### **4.7 Coleta de dados**

Concomitantemente, a coleta dos dados foi efetivada durante as visitas à Unidade de Saúde da Família nos dias reservados para as consultas de puericultura, às segundas-feiras, e às quintas-feiras durante as visitas domiciliares acompanhada dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e entrevista realizada no ambiente familiar da mãe participante da pesquisa.

Após concordar em participar desse estudo, a mãe foi encaminhada para uma sala reservada onde iniciou a entrevista e aplicação do questionário. De modo consensual, foram realizadas entrevistas em profundidade com cada participante do estudo, gravadas através do aparelho de celular com a utilização de um aplicativo para gravação de voz. A entrevista se deu mediante as perguntas semiestruturadas a respeito da relação entre a mãe e o bebê, incluindo os seguintes questionamentos:

1. Qual a sua reação à gravidez? Foi planejada ou inesperada, e como se deu o processo de aceitação?
2. Quantas consultas de pré-natal foram realizadas?
3. O que mudou através da gestação?
4. Quais foram as expectativas em relação ao bebê?
5. Se sente ou se sentiu sobrecarregada ou com a necessidade de auxílio?
6. Qual a importância da construção do vínculo?
7. Como se deu o processo de identificação das necessidades, principalmente através do choro?
8. Foi amamentado? Como foi o processo de amamentação?

Quanto à abordagem qualitativa, foi utilizada a amostragem por saturação determinada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (FONTANELLA *et al.*, 2008), definida após a realização das entrevistas. Após essa etapa concluída, os dados foram transcritos literalmente e analisados.

As perguntas permitiram que as mães se expressassem livremente e sem a limitação da fala, por meio das respostas subjetivas e acompanhadas da observação da pesquisadora. Os resultados obtidos estão dispostos nos tópicos 5.2.1 a 5.2.6, cada tópico corresponde às perguntas da entrevista semiestruturada. A fim de assegurar a confidencialidade e preservar o binômio, as participantes foram identificadas com a abreviação de Mãe (M), por ordem consecutiva (M1 a M20) e, deste modo, a elaboração de categorias temáticas para sua interpretação.

Além da entrevista semiestruturada, houve a aplicação de um questionário validado durante as abordagens na sala de espera da USF e durante as visitas domiciliares, com base em eixos temáticos que se referem à relação mãe-bebê e o impacto no crescimento/desenvolvimento (OLIVEIRA, 2016).

Os instrumentos validados utilizados na coleta de dados foram extraídos da Tese intitulada “Avaliação do laço mãe e bebê: elaboração e construção de instrumento e estudos de evidência de validade” (OLIVEIRA, 2016). Os questionários se subdividem em dados

sociodemográficos e sobre o laço mãe e bebê, ambos questionários foram adaptados para contemplar os objetivos do estudo.

As variáveis que foram extraídas do instrumento validado estão relacionadas às informações da mãe e do bebê acerca do perfil sociodemográfico materno, histórico da mãe quando criança, história gestacional, cuidados direcionados ao bebê e aspectos do desenvolvimento da criança (Quadro 1), destacando:

**Quadro 1** - Variáveis sobre a mãe e bebê da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Robson Cavalcante, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.

Sobre a mãe	Sobre o bebê
<p>Idade Estado civil Escolaridade Número de filhos Quando criança por quem foi cuidada Teve algum tipo de problema na gravidez</p>	<p>Idade Sexo Se o bebê fica na creche Quando o bebê está em casa quem costuma cuidá-lo Chegou se alimentar exclusivamente no peito Frequência que costuma adoecer O bebê possui algum objeto tranquilizante Tem algo no bebê que te deixa preocupada Avaliação do desenvolvimento do bebê</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Em relação aos dados quantitativos, a partir das variáveis (idade, peso, estatura, imunização) contidas na Caderneta de Saúde da Criança, os dados foram armazenados em planilha Excel, tabulados e analisados descritivamente.

#### 4.8 Análise dos dados

Foi realizada análise estatística descritiva dos dados quantitativos obtidos através do questionário sociodemográfico e do instrumento “Laço mãe-bebê” (Apêndices 1 e 2, respectivamente). Os resultados da coleta de dados foram digitados em planilhas em formato Microsoft Excel, versão 2016, para construção das tabelas descritivas e extração dos resultados a partir destas.

A análise de conteúdo baseada na proposta de Laurence Bardin foi utilizada para o tratamento dos dados qualitativos que foram processados através da transcrição das falas das participantes na íntegra em resposta a entrevista semiestruturada, utilizando o Google Docs para o armazenamento dos dados. As falas foram filtradas e destacadas conforme a relevância para a pesquisa. Na técnica metodológica de análise de conteúdo “o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens

tornados em consideração” (CÂMARA, 2013, p. 182). Bardin indica três fases para essa análise, a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (CÂMARA, 2013).

#### 4.9 Aspectos éticos e legais

Após a autorização da pesquisa pela Unidade de Saúde da Família Robson Cavalcante, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sob o número CAAE 16676719.0.0000.5013, respeitando os princípios e diretrizes contidos na Resolução CNS nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde que envolve seres humanos.

## 5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi dividida em dois tópicos correspondentes a abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos (5.1) descrevem o perfil sociodemográfico e elo vital na relação materno infantil da amostra estudada. A abordagem qualitativa (5.2) foi subdividida nas seguintes categorias: 5.2.1) a reação materna após a descoberta da gravidez e o acompanhamento nas consultas de pré-natal; 5.2.2) as mudanças e as expectativas em relação ao bebê durante o ciclo gravídico; 5.2.3) sobrecarrega materna nas atribuições diárias; 5.2.4) a importância da construção do vínculo; 5.2.5) processo de identificação das necessidades do bebê e a linguagem não verbal; 5.2.6) amamentação.

### 5.1 Caracterização sociodemográfica e elo vital na relação materno infantil

Das 20 mães de bebês com idade máxima de 12 meses elegíveis para este estudo, a idade mínima apresentada foi de 14 anos e a máxima de 35 anos com uma mediana de 22 anos e um desvio padrão de 5,93. Com relação ao número de filhos das mães, o mínimo foi de 1 filho e o máximo foi de 7 filhos com uma mediana de 2 filhos por mãe e um desvio padrão de 1,72 (Tabela 1).

**Tabela 1** - Estatística descritiva da idade materna e do número de filhos por mãe da USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.

	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	Média	Desvio Padrão
Idade Materna	14	35	18	22	27	23,25	5,93
Número de Filhos	1	7	1	2	3	2,3	1,72

Fonte: Autoria própria, 2020



Ao aplicar a estatística descritiva a amostra apresentou um percentual de 80% de mães casadas ou em união estável, 20% eram solteiras. A maior parte das mães, 55% de acordo com os dados, tinham idade até 22 anos. É importante ressaltar que entre as mães com idade até 22 anos, 6 delas eram adolescentes com idade entre 14 e 19 anos. A respeito do nível de escolaridade, 55% das mães possuem o ensino fundamental incompleto e 25% o ensino fundamental completo (Tabela 2).

**Tabela 2** - Estado civil, idade e nível de escolaridade das mães da USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.

Perfil do Entrevistado		Frequência Absoluta	%
Estado civil	Casada/União Estável	16	80,00
	Solteira	4	20,00
	Divorciada/Separada	0	0,00
	Viúva	0	0,00
Idade	Até 22	11	55,00
	Acima de 22	9	45,00
Nível de Escolaridade	Não sei ler/Nem escrever	0	0,00
	Leio e escrevo com dificuldade	0	0,00
	Ensino Fundamental Incompleto	11	55,00
	Ensino Fundamental Completo	5	25,00
	Ensino Médio Completo	4	20,00
	Ensino Superior Completo	0	0,00
	Pós graduação Completa	0	0,00
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100</b>

Fonte: Autoria própria, 2020

Em relação às mães (Tabela 3), quando criança, 45% relataram que foram criadas pelo pai e a mãe, 70% das participantes referiram que não planejaram a gestação, 40% tiveram problemas durante a gravidez e todos relacionados a problemas de saúde. 75% das mães relataram que acham importante ter com quem dividir os cuidados em relação ao filho.

**Tabela 3** - Informações das mães sobre a infância, o ciclo gravídico e a importância de ter com quem dividir os cuidados do bebê, USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.

Perfil do Entrevistado		Frequência Absoluta	%
Quando criança foi criada por:	Mãe e Pai	9	45,0
	Mãe	3	15,0
	Pai	1	5,0
	Mãe e Avós	3	15,0
	Avós	4	20,0
A gravidez do seu filho foi planejada?	Sim	6	30,0
	Não	14	70,0

*continua*

<i>continuação</i>			
Teve algum tipo de problema na gravidez	Sim	8	40,0
	Não	12	60,0
Tipos de problemas durante a gravidez	Problemas de Saúde	8	40,0
	Problemas Emocional	0	0,0
	Outros problemas	0	0,0
“Acho importante ter com quem dividir os cuidados do meu filho”	Não	5	25,0
	Sim	15	75,0
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Autoria própria, 2020

Em relação aos bebês, 50% foram do sexo masculino e 50% do sexo feminino. A idade deles apresentaram a seguinte distribuição: 0 a 4 meses incompletos (50%), 4 a 8 meses incompletos (30%), 8 a 12 meses incompletos (15%) e de 12 a 18 meses (5%). Dos 20 bebês, nenhum fica na creche e quando ele está em casa a maioria, 65% deles, recebe os cuidados da mãe. 90% dos bebês chegaram a se alimentar exclusivamente no peito (Tabela 4).

Com relação a saúde dos bebês, 60% deles nunca costumam adoecer, 35% quase nunca adoecem e somente 5% relataram que pouco adoecem. Na pesquisa, nenhuma mãe relatou que seu bebê adoecer frequentemente (Tabela 4).

Metade das mães relataram que existe um objeto que tranquiliza o bebê e cerca de 20% delas relataram que existe algo no filho que a deixa preocupada. Na avaliação do desenvolvimento, 65% acharam muito satisfatório o desenvolvimento do bebê 35% acharam satisfatório (Tabela 4).

**Tabela 4** - Informações gerais dos bebês da USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.

Perfil do Entrevistado		Frequência Absoluta	%
Sexo	Masculino	10	50,0
	Feminino	10	50,0
Idade	0 - 4 meses incompletos	10	50,0
	4 - 8 meses incompletos	6	30,0
	8 - 12 meses incompletos	3	15,0
	12 - 18 meses incompletos	1	5,0
O bebê fica na creche?	Não	20	100,0
	Sim	0	0,0
Quando o bebê está em casa quem costuma cuidá-lo? (Múltipla Resposta)	Mãe e Pai	7	35,0
	Mãe	13	65,0
	Pai	0	0,0
	Avós	0	0,0
	Tios	0	0,0
	Babá	0	0,0
	Empregada	0	0,0

*continua*

			<i>continuação</i>
	Irmãos	0	0,0
	Outros	0	0,0
Chegou se alimentar exclusivamente no peito?	Não	2	10,0
	Sim	18	90,0
Frequência que costuma adoecer	Nunca	12	60,0
	Quase nunca	7	35,0
	Pouco	1	5,0
	Frequentemente	0	0,0
O bebê possui algum objeto tranquilizante?	Não	10	50,0
	Sim	10	50,0
Tem algo no bebê que te deixa preocupada?	Não	16	80,0
	Sim	4	20,0
Avaliação do desenvolvimento do bebê	Muito satisfatório	13	65,0
	Satisfatório	7	35,0
	Pouco satisfatório	0	0,0
	Insatisfatório	0	0,0
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100</b>

Fonte: Autoria própria, 2020

Em relação ao nível de escolaridade das mães, notou-se que mais da metade delas, cerca de 55%, possuíam o ensino fundamental incompleto. O restante das mães ou possuíam fundamental completo ou ensino médio completo. Salientando que o bairro Benedito Bentes tem um crescimento demográfico acentuado sendo de vulnerabilidade social, tal fato pode explicar o porquê de mais da metade das mães não possuírem o ensino fundamental completo (Tabela 5).

Na relação entre as variáveis buscou-se avaliar se a escolaridade materna interfere no número de filhos, ou seja, se quanto menor é o grau de instrução mais filhos a participante terá. O número de filhos não variou tanto em relação às escolaridades das mães. O maior percentual apresentado foi das mães com apenas um filho, sendo 5 mães (25%) com fundamental incompleto, 2 (10%) com fundamental completo e 2 (10%) com ensino médio completo (Tabela 5).

**Tabela 5** - Relação entre o nível de escolaridade materna e o número de filhos da USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.

	<b>Nível de Escolaridade X Número de Filhos</b>					
	<b>Número de Filhos</b>					
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>7</b>
Fundamental Incompleto	5	3	0	0	2	1

*continua*

	<i>continuação</i>					
Fundamental Completo	2	1	1	1	0	0
Ensino Médio	2	1	1	0	0	0
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Fonte: Autoria própria, 2020

Ao serem questionadas se achavam importante ter com quem dividir os cuidados da criança, 75% das mães responderam que sim. Dentro dessa porcentagem, algumas mães com apenas um filho e todas as mães de dois filhos se destacam em relação a achar importante a divisão dos cuidados. Dentre as mães que responderam não, a maior parte delas são mães com somente um filho (Tabela 6).

É importante ressaltar que a única mãe com sete filhos respondeu que não acha importante dividir os cuidados para a criança, isso pode estar associado com relação na experiência advinda da mãe em função do número de filhos, conferindo a ela segurança suficiente para não sentir necessidade de auxílio para cuidar do bebê (Tabela 6).

**Tabela 6** - Relação entre o número de filhos e a percepção materna sobre a importância de dividir os cuidados da criança da USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.

	<b>Acha importante a divisão dos cuidados à criança X Número de filhos</b>					
	<b>Número de Filhos</b>					
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>7</b>
Sim	6	5	1	1	2	0
Não	3	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Fonte: Autoria própria, 2020

Relacionando a variável “por quem a mãe foi cuidada” com a “divisão dos cuidados à criança”, notou-se que 8 mães (88,9%) que foram criadas pelos seus pais (mãe e pai) na infância responderam positivamente que acham importante ter alguém para distribuir os cuidados (Tabela 7).

**Tabela 7** - Relação entre a infância da mãe e a sua percepção sobre a importância de dividir os cuidados da criança da USF, Benedito Bentes, Maceió, AL, 2020.

<b>Acha importante a divisão dos cuidados à criança X Por quem a mãe foi cuidada durante a infância</b>					
	Pai e Mãe	Pai	Mãe	Avós	Mãe e Avós
Sim	8	0	2	3	2
Não	1	1	1	1	1
<b>Total</b>	9	1	3	4	3

Fonte: Autoria própria, 2020.

A Caderneta de Saúde da Criança foi avaliada quanto aos registros. Todas as crianças pertencentes à amostra deste estudo possuíam a caderneta da criança, o monitoramento dos dados antropométricos e de imunização avaliados de acordo com o seu preenchimento detectaram que 16 cadernetas (80%) estavam com o devido registro da antropometria e de imunização, 1 mãe (5%) não estava com a CSC no momento da entrevista porque a sua ida até a USF foi com outra finalidade e não para a consulta de puericultura, e 3 cadernetas (15%) não apresentaram o preenchimento dos dados antropométricos, haviam apenas os registros de imunizações.

## 5.2 Análise Qualitativa

Este capítulo apresenta uma análise descritiva a partir das categorias elencadas nos tópicos 5.2.1 (A reação materna após a descoberta da gravidez e o acompanhamento nas consultas de pré-natal); 5.2.2 (As mudanças e as expectativas em relação ao bebê durante o ciclo gravídico); 5.2.3 (Sobrecarrega materna nas atribuições diárias); 5.2.4 (A importância da construção do vínculo); 5.2.5 (Processo de identificação das necessidades do bebê e a linguagem não verbal); 5.2.6 (Amamentação).

### 5.2.1 A reação materna após a descoberta da gravidez e o acompanhamento nas consultas de pré-natal

Este tópico traz uma reflexão acerca dos sentimentos maternos com a aproximação de uma nova fase na vida, em que transitam do papel de filhas e assumem o papel de mães, quer a gestação tenha sido planejada ou não. Além disso, passando por todo o processo gestacional, se houve a adesão e o devido acompanhamento, por parte da mãe, durante as consultas de pré-natal.

As falas a seguir são respostas às perguntas “A gestação foi planejada ou inesperada? Como se deu o processo de aceitação?”

*"Foi planejada por causa do outro bebê que eu tinha perdido, aí eu planejei muito. Fiquei muito feliz, foi meu momento."* M1

*"A gestação não foi planejada, foi uma surpresa, fiquei praticamente em pânico. Tive que esperar e ver que tinha uma vidinha em jogo."* M5

*"A gestação foi inesperada. Eu não vou negar, eu chorei muito. Eu pedi muito perdão a Deus porque a gente nunca planejou ter outro. Eu chorei, chorei, depois tive que ter um tempo de adaptação. A gestação toda foi um processo de adaptação. Nos 5 meses quando eu descobri que era uma menina, me deixou mais feliz porque eu já tenho dois meninos."* M7

*"Não foi planejada. Foi normal, fiquei tranquila."* M8

*"Foi, dos dois. No primeiro mês quando eu descobri eu fiquei feliz, mas fiquei medrosa. Porque depois que a ficha cai, a gente tinha uma bebê de um ano e pouco, aí descobrir que tava grávida de novo. Só quando você tá grávida é que a ficha cai. Poxa! Agora vão ser dois bebês, como é que vai ser? Então bateu aquela insegurança né, aquele medo. Mas graças a Deus foi dando tudo certo."* M9

*"Eu planejei ter, eu quis ter. Eu reagi normal, agora ele (esposo) não reagiu normal, porque está desempregado, não queria. Aí eu sempre dizia a ele: você não quer agora, mas quando você vê o rostinho dela, você vai mudar de ideia. E isso foi fato, me acompanhava no pré-natal, cuidava de mim."* M10

*"Não. Foi muito bom não, não vou mentir. Foi um baque, um choque bem grande pra mim, porque eu não estava esperando. Tanto é que eu vim descobrir já estava com quase seis meses. Foi um baque bem grande, pra eu aceitar foi mais de um mês. Mas depois foi tranquilo."* M13

*"Foi planejada. Quando eu descobri fiquei louca, fiquei apaixonada, porque eu sempre quis, sempre quis uma menina."* M14

*"Não. Foi bom, melhor um filho do que uma doença."* M15

*"Foi horrível, me senti muito mal, porque eu não queria. Mas a pessoa sabe que não evitando vai engravidar. Foi um mês só que eu passei sem tomar injeção e engravidei. Pensei em abortar, ainda tentei, tomei chá. Quando a barriga foi crescendo fui me acostumando mais."* M16

Diante das falas supracitadas é possível perceber a diferença entre a experiência da descoberta da gestação quando foi planejada e quando não foi planejada. As mães que desejavam engravidar e se prepararam para isso expressaram o sentimento satisfatório, de alcance do objetivo almejado. Por outro lado, as mães que não planejaram a gestação externaram a sensação que vivenciaram no momento da descoberta, prevalecendo o sentimento de medo, insegurança e pânico, demonstrando que o apoio familiar, social ou profissional são essenciais para que a mulher consiga se adaptar ao seu novo papel de mãe. A rede de apoio emocional minimiza os riscos, principalmente psicológicos, que podem impactar na saúde materna, fetal, no vínculo entre a mãe e o bebê durante o ciclo gravídico-puerperal e até mesmo a longo prazo gerando reflexos no crescimento e desenvolvimento infantil. Porém, mesmo

diante da gestação não planejada, notou-se que as mães estavam criando seus filhos e, segundo as observações, não foram identificados casos de rejeição do bebê.

É importante destacar a fala das mães M8 e M15, a primeira era uma mãe adolescente que não apresentou nenhuma reação durante toda a entrevista, sempre respondendo de modo positivo a todas as perguntas, em que muitas vezes não era condizente com o seu comportamento inexpressivo.

Todas as mães participantes da pesquisa afirmaram que realizaram o acompanhamento do pré-natal em conjunto com a Unidade de Saúde da Família a partir da descoberta da gestação.

### 5.2.2 As mudanças e as expectativas em relação ao bebê durante o ciclo gravídico

Este tópico externa os sentimentos das mães durante a gestação ao passo que expectativas podem ser geradas ao longo do ciclo gravídico, tanto em relação ao bebê quanto às mudanças nos âmbitos pessoal, econômico, psicológico e emocional. Nesse viés, as participantes foram indagadas sobre “O que mudou através da gestação? Quais foram as expectativas em relação ao bebê?”

*“Me mudou! Eu pensei que eu nunca ia conseguir, porque o povo dizia que era muita coisa, mas foi tudo diferente.” M1*

*“Amadureci demais, a relação conjugal continuou a mesma e a questão econômica piorou. Ficava ansiosa na gestação, só queria que viesse uma menina.” M3*

*“Melhorou tudo, eu acho que eu amadureci mais, era o nosso sonho. [...] Não tinha expectativa durante a gestação.” M4*

*“Mudou bastante, primeiramente porque meu esposo arrumou um emprego fichado e também porque ele (bebê) mudou bastante a minha vida, passei a ter mais responsabilidade.” M6*

*“Eu não sinto que mudou. Mas como a pessoa dá mais atenção ao mais novinho, eu sinto que eles sentem. Eu sempre converso com eles e explico pra eles que não é que eles vão ter que me pedir um beijo, um abraço, mas na correria do dia a dia eles podem me lembrar, porque às vezes a mamãe está na correria, porque às vezes não é o colinho que era deles.” M7*

*“Foi normal.” M8*

*“Eu tinha medo! [...] Agora dele eu fiquei pensando, será que é outra menina? Aí eu fiquei pensando: Ah! É melhor uma menina porque eu já sei cuidar. Aí quando eu descobri que era um menino eu fiquei: meu Deus, e agora? É um menino, totalmente diferente. Aquela insegurança né, a gente não sabe como é que vai ser.” M9*

*“Ela veio fazer diferença na minha vida, eu era muito agitada, depois dela eu mudei.” M10*

*“Eu fiquei triste quando descobri, porque eu tinha gêmeos que ainda iam fazer dois anos, aí eu achei muito rápido né, dava muito trabalho cuidar deles dois e cuidar de outra bebezinha. Aí eu fiquei muito insegura. Eu aceitei mais ainda [...], eu descobri que tava grávida já com quatro meses, quando foi com cinco meses e meio, eu fiz um ultrassom. Aí como eu já tinha dois meninos pequenos eu queria muito uma menina, aí quando eu descobri que era menina foi só amor. [...] Meu esposo se aproximou mais, a questão financeira continuou a mesma coisa.” M11*

*“Fiquei preocupada não, tive que aceitar, veio. Foi sem querer. Eu queria que fosse menina, quem ficou feliz foi o pai. Eu fiquei feliz também.” M12*

*“Mudou muita coisa. Eu não sei explicar, eu sei que mudou. O amor dele é assim, como eu já tenho duas meninas, é totalmente diferente por ele ser um menino e as outras duas meninas.” M13*

*“Eu aprendi. Sei lá! Ser mãe. Ser mais madura, antes de tudo pensar nela. [...] Eu dizia assim: vindo com saúde é o que importa. Aí quando ela nasceu com esse probleminha (cardiopatia) eu sofri muito, aí eu pedi muito a Deus. [...] Mudou, mudou a minha rotina de vida. Por que eu vivia em festa, andando, e hoje em dia eu ando em festa social que eu tenho que levar ela [...] Tô muito madura, porque eu era infantil.” M14*

*“Parei mais de beber, ter mais cuidado nele. Queria outra menina. Mas aceitei quando descobri que era um menino.” M15*

*“Eu passei a pensar mais nela do que em mim.” M17*

As mudanças mencionadas pelas participantes foram predominantemente no âmbito pessoal, em relação a maturidade e a responsabilidade enquanto mãe. Quanto às expectativas durante a gestação a maioria referiu o sexo do bebê e a insegurança diante da nova fase.

### **5.2.3 Sobrecarrega materna nas atribuições diárias**

Este item aborda as falas das mães sobre o sentimento de sobrecarga diante dos cuidados inerentes ao bebê e a rotina dentro do convívio familiar. As participantes do estudo foram questionadas da seguinte forma: “Se sente ou se sentiu sobrecarregada ou com a necessidade de auxílio?”. Perante isso, foram transcritas as falas de algumas mães a seguir:

*“Me sinto sobrecarregada, porque sou eu sozinha pra tudo, pra cuidar dele, da casa. Às vezes fico muito cansada, estressada. Preciso que ele fique com alguém pra eu fazer alguma coisa, porque até pra eu ir ao banheiro eu não consigo.” M1*

*“Não me sinto sobrecarregada, ela é tranquila, calma.” M2*

*“Tenho dificuldade de cuidar dele.” M6*

*“Me sinto mais sobrecarregada por conta do trabalho.” M9*

*“Não me sinto sobrecarregada e nem que preciso de ajuda.” M10*

*“Às vezes me sinto sobrecarregada. Não (necessidade de auxílio), porque eu tenho duas moças em casa e elas sempre me ajudam. E o pai quando está em casa me ajuda.” M11*

A mãe pode se sentir sobrecarregada devido a responsabilidade com as atividades domésticas e a dependência do bebê para a satisfação das necessidades, como dar banho, alimentar, a troca de fraldas, consolar, colocar para dormir e entre outras. Algumas mães, mesmo tendo mais de um filho, disseram que não se sentem sobrecarregadas ou com a necessidade de ter alguém para auxiliar na execução dessas atividades.



### 5.2.4 A importância da construção do vínculo

O vínculo que une a mãe ao seu bebê é construído paulatinamente, tendo início no ciclo gravídico e repercutindo por toda a vida. É um processo que exige envolvimento, cuidados, entrega, amor, dedicação e outros aspectos que alicerçam o elo materno infantil. Este tópico corresponde aos resultados obtidos em resposta à pergunta “Qual a importância da construção do vínculo?”. À vista disso, seguem as falas de algumas participantes:

*“Às vezes eu não sei se consigo ser uma mãe boa pra ele, eu tento ser melhor, porque minha mãe não foi uma mãe pra mim, ela vivia trabalhando e me deixava com a minha avó. [...] Eu sei como fui criada sem pai e “bem dizer” sem mãe, só por vó. Eu não quero isso pra ele, eu quero estar ali junto com ele em todo momento.” M1*

*“Super importante, ele praticamente depende de mim, praticamente meu coração fora do corpo.” M5*

*“A gente fica insegura, sem saber como vai ser, principalmente mãe de primeira viagem a gente fica muito insegura, e através das reuniões a gente vai adquirindo experiência e sabendo lidar com cada frustração, porque não é mil maravilhas como a gente acha que vai ser. [...] Então procurei mesmo participar de tudo que tinha no posto quando eu tinha tempo, pra saber mesmo e sobre o vínculo principalmente nos primeiros meses. Então é muito importante mesmo essa questão de reuniões pra gente ter esse vínculo maior com o bebê e ficar mais tranquila também, porque é uma ajuda a mais. [...] Aí eu tô resolvendo pra deixar o trabalho, tenho que cuidar dos dois, aí é o que eu penso porque nos primeiros anos é na formação do caráter da criança né. Aí eu fico pensando: Meu Deus do céu, eu tenho que educar eles da melhor forma. Eu quero deixar um pouco de lado a parte do emprego para cuidar deles, quando eles tiverem com uns 7 anos eu volto a trabalhar.” M9*

*“Acho importante. Por que quando ela crescer que se tornar uma moça ela vai ter confiança em mim. Por que o amor que a gente constrói agora de pequeno eles levam pra quando ela crescer.” M11*

*“Para que no futuro ele saiba que, ou eu “tando” viva ou não, ele teve uma mãe.” M13*

*“Se ele reconhecer né, é bom. Porque tem filho que quando cresce não reconhece nada.” M15*

*“Eu vou dar a ela o que eu sinto, vou dar amor. Não vou esperar isso, não vou criar a minha filha, deixar de viver pra quando ela crescer reconhecer e fazer o mesmo por mim, não! Eu vou dar o melhor de mim pra se no futuro quiser reconhecer bem, se não quiser pelo menos foi criada com carinho.” M17*

Diante das percepções ao longo da entrevista, foi possível notar que essa pergunta gerou maior dificuldade nas respostas para a maioria das participantes, algumas não souberam definir ou até mesmo não compreenderam o questionamento a princípio. De modo geral as mães acham importante o vínculo com o bebê para a construção da personalidade da criança e para o reconhecimento quando atingiram a fase adulta. É importante ressaltar as rodas de conversa proporcionadas pela unidade de saúde como forma de fazer educação em saúde a respeito da construção do vínculo e como espaço que permite que as mães se expressem e tirem as suas dúvidas sobre a maternagem.

### 5.2.5 Processo de identificação das necessidades do bebê e a linguagem não verbal

Durante a entrevista as mães foram questionadas a respeito da interpretação da linguagem do bebê quando o mesmo sinaliza suas necessidades. À vista disso, seguem as falas das participantes perante a pergunta “Como se deu o processo de identificação das necessidades, principalmente através do choro?”:

*“Eu ainda tenho dificuldade de identificar quando ele chora, porque ele chora demais, às vezes é até malcriação, mas eu já penso que ele tá sentindo alguma dor, ele é muito malcriado, tudo ele se joga no chão. Quando ele tá com fome eu vejo pela barriguinha dele, mas quando é dor eu não consigo saber. Sempre quando ele quer alguma coisa ele aponta, às vezes ele pede. Sempre quando ele está incomodado ele chora, ele me chama ou aponta.” M1*

*“Quando ela tá com alguma dorzinha ela se espreme mais, chora mais um pouco.” M2*

*“Não sinto dificuldade de identificar o que ela quer.” M3*

*“Quando ela tá com fome começa com a boquinha mastigando, quando quer ficar em pé começa a esticar as pernas, e negócio de dor até agora, graças a Deus, ela não sentiu ainda.” M4*

*“É o mesmo choro sempre, eu fico em dúvida de que é.” M5*

*“Ele chora muito e eu não consigo perceber se é fome, dor.” M6*

*“Quando ela está me querendo ela chora sem parar. Quando está querendo banho começa com um resmungo. Quando está com dor ela começa a reclamar e chorar um pouco mais alto. Quando ela quer o peito ela já fica com a linguinha mexendo, quando está incomodada ela começa a passar a mão no rosto e a reclamar mexendo os braços e com um chorinho.” M7*

*“Quando ele está irritado ele chora forte, quando ele quer mamar ele começa a se irritar aos pouquinhos. Aí eu vejo logo, quando ele não tem cocô e nem xixi ele quer o peito. Ou se não pela posição mesmo, uma simples posição, quando ele está incomodado, quer ficar no colo ou ficar sentadinho aí eu já sei. É tão incrível isso! Meu esposo não entende, ele acha que tudo é o peito.” M9*

*“Ela chora dois tipos: quando está atrás de mamar e quando está de xixi e de cocô. Ela fica meio aperreada com as perninhas, aí eu sei que ela está de xixi ou cocô. E quando está com fome ela chora normal.” M10*

*“Sim. Acho que quando ele tá chorando demais, muito aperreado ele deve tá com dor.” M15*

Diante das fases do desenvolvimento infantil o bebê possui uma forma singular de comunicação, através da linguagem subjetiva. Para compreender as demandas, desconfortos e outras necessidades do bebê o binômio precisa de um envolvimento que é imprescindível para a comunicação. Através das falas percebe-se que a maioria das mães conseguem discernir os sinais do bebê, a minoria das mães apresentou alguma dificuldade de interpretar a comunicação do bebê.

### 5.2.6 Amamentação

Cada mãe foi questionada se o seu filho foi amamentado e como se desenvolveu esse processo. Este tópico reúne as falas de algumas participantes acerca da experiência que vivenciaram ou ainda estão vivenciando com o aleitamento materno.

*“Nunca mamou. Não consegui dar de mamar. Ele não mamou porque meu peito não tem bico. Na maternidade eu tive que tentar [...] mas eu não consegui. Fiquei tentando em casa porque o povo dizia que se botasse ele pra mamar fazia o bico sozinho, mas não consegui, ficava saindo sangue, ficava ferido. Mas me arrependo. [...] É muito importante amamentar, me arrependo muito de não ter amamentado. Até porque se dá de mamar não precisa comprar o leite que gasta muito.” M1*

*“Foi fácil tirar do peito, tirei com 2 dias. Só que eu não quis dar porque senão ela ia querer ficar só comigo, ia querer mais ninguém.” M3*

*“Eu amamento tranquilamente e com prazer.” M4*

*“Amamento com prazer. [...] Ele não quer pegar o bico da mamadeira e meu peito tá sequinho, isso tem me irritado.” M5*

*“Estou me sentindo mal porque não estou conseguindo amamentar, ele não pega no peito, chora bastante, eu não consigo dormir.” M6*

*“Eu gosto muito, porque ela fica me olhando muito. Às vezes eu estou assistindo e ela mamando, aí ela fica me olhando esperando que eu converse com ela, porque eu sempre fico falando com ela, aí ela fica esperando sempre que eu converse com ela.” M7*

*“Ele só mamava, mas como voltei a trabalhar eu não consigo tirar o leite, aí tô dando a fórmula enquanto estou no trabalho porque não tenho leite suficiente para ordenhar, só enche quando ele mama. Lá no trabalho eu não tenho como tirar o leite, não tem local, só tem um banheiro.” M9*

*“Quando ela tá mamando eu esqueço de tudo, é só o peito.” M10*

*“Foi normal, eu sempre quis amamentar. Só feriu o peito no começo, mas depois sarou.” M11*

*“Eu sempre tive isso comigo de amamentar. É um momento único, aquele olhar sem vergonha dele pra mim é tudo.” M13*

*“Eu sempre quis amamentar, porque o leite materno é bom né”. M14*

*“Eu até pensei em tirar, mas ele pega não o bico da mamadeira. Às vezes eu acho que o meu leite não tá forte pra ele, que tá pouco.” M15*

Dentre as 20 participantes, 18 mães responderam que o bebê chegou a ser alimentado exclusivamente no peito, enquanto que 2 mães disseram que não passaram pelo aleitamento materno exclusivo (AME). No entanto, entre as 18 mães, 6 delas interromperam a amamentação exclusiva antes dos 6 meses completos do bebê, considerando a idade do bebê no período da coleta e a resposta da mãe, uma vez que 3 bebês tinham 4 meses, 2 tinham 5 meses e 1 bebê que foi amamentado até o segundo dia de vida. A amamentação é vista sob diversos pontos de

vistas, desde um momento insubstituível, prazeroso e satisfatório até uma forma de tornar a criança dependente da mãe ao ponto de não ficar com outras pessoas quando for necessário.

## **6 DISCUSSÃO**

As conquistas e os avanços sociais das mulheres, como a inserção no mercado de trabalho e a sua independência, vêm contribuindo para uma reorganização no contexto familiar em que o homem começa a ser mais ativo nas atividades domésticas e mais participativo nos cuidados ao filho. A participação paterna, igualmente à materna, tem sido amplamente difundida, entretanto, em virtude dos modelos culturais que alicerçam a construção do indivíduo, alguns se engessam e tornam-se resistentes às mudanças deixando a mãe como principal responsável pelas tarefas cotidianas no contexto domiciliar (BUENO; VIEIRA, 2014).

Em conformidade a isso, a presente pesquisa aponta que 15 mães, 75% da amostra, acham importante ter com quem dividir os cuidados do filho. Além disso, quem costuma cuidar do bebê quando ele está em casa são as mães (13 mães, equivalente a 65 %). Apenas 7 participantes (35%) responderam que os pais também cuidam do bebê. Alguns fatores podem contribuir para a que a mãe sinta necessidade de ter alguém para dividir as tarefas indispensáveis à criança, tais como: número de filhos, o estado civil, por quem a mãe foi cuidada na infância e se o pai é colaborativo tanto nas atividades domésticas quanto as que envolvem a criança.

Entre as participantes que responderam que acham importante ter com quem dividir os cuidados dos filhos destacam-se 6 mães de apenas um filho e todas as mães de dois filhos (5 participantes). Entre as mães que responderam que não precisam de auxílio, 3 são mães de apenas 1 filho, 1 mãe com 3 filhos e 1 mãe com 7 filhos. Diante desses dados pode-se inferir que, na amostra pesquisada, não houve relação direta entre o número de filhos e a necessidade de ajuda para cuidar do bebê, pois a maioria das mães que responderam sim têm apenas um ou dois filhos.

No entanto poderia esperar que quanto mais filhos maior a sobrecarga materna. Ao relacionar o estado civil com a necessidade de auxílio por parte da mãe, percebe-se que 16 mães eram casadas ou viviam em união estável. Destas, 12 responderam que acham importante ter com quem dividir os cuidados. Diante disso, é preciso investigar a relação no ambiente familiar e as causas que influenciam a ausência paterna, visto que algumas mães podem apresentar um relacionamento instável com separações frequentes, além disso alguns pais possuíam vínculo

empregatício estando ausente durante a maior parte do dia e tendo contato com o bebê apenas no período noturno.

Ao relacionar a variável “por quem a mãe foi cuidada” com a “divisão dos cuidados à criança”, notou-se que 8 mães (88,9%) que foram criadas pelos seus pais (mãe e pai) na infância responderam positivamente que acham importante ter alguém para distribuir os cuidados.

A partir desses resultados observa-se a existência da seguinte relação, se o fato da mãe ter sido criada pelos pais reflete a necessidade de reproduzir em sua família a presença paterna. Uma vez que, entre as 3 participantes que foram cuidadas apenas pela mãe, 2 acham importante a divisão dos cuidados e isso pode estar associado a ausência do pai durante sua infância, da mesma forma com as participantes que foram criadas somente pelos avós ou pela mãe e os avós concomitantemente. Em contrapartida, a ausência paterna na vida das mães que não acham importante ter com quem dividir os cuidados pode ter refletido em julgar que os cuidados maternos são suficientes, excluindo a necessidade do apoio do pai na criação do seu filho por não ter experienciado enquanto era criança.

O fato da maior parte das mães, na pesquisa, acharem necessário dividir os cuidados para o seu bebê pode ter influência na maior entrada das mulheres no mercado de trabalho nos últimos anos, deixando o homem de ser o maior provedor da casa.

A transição que a mulher perpassa ao tornar-se mãe envolve uma nova realidade que exige uma adaptação para assumir uma nova identidade. Ramona Mercer iniciou estudos direcionados para esse processo e definiu a consecução do papel maternal como:

Processo de interação e de desenvolvimento em que a mãe se liga ao seu filho, adquirindo competências nos cuidados ao bebê e exprime sentimentos de satisfação e prazer no desempenho do papel maternal. A identidade materna constitui-se como a última etapa da consecução do papel maternal, onde a mãe sente harmonia e confiança no desempenho do seu papel (HENRIQUES, 2018, p. 13).

Assim como Mercer definiu o papel maternal, a mesma também enfatizou o cuidado de enfermagem ao considerar o protagonismo da classe desde a gestação até o primeiro ano pós-parto, principalmente, considerando a influência deste processo de transição para o binômio visando a repercussão a longo prazo tanto na mãe quanto no bebê. Além disso, devido ao amplo conhecimento dos enfermeiros da área materno infantil, em especial, desde os cuidados inerentes à díade até as orientações acerca de todo o processo adaptativo para a qualificação da vinculação entre a mãe e o bebê (HENRIQUES, 2018).

O vínculo afetivo entre os pais e o bebê repercute na formação dos laços sociais que serão construídos ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança. Essa interação gera

impacto na saúde física, mental e comportamental, contribuindo para a organização fisiológica do bebê, em resposta aos eventos estressores e às relações sociais. Através dos avanços nas pesquisas que objetivam estudar os biomarcadores do vínculo afetivo, descobriu-se o papel da ocitocina nesse processo:

Parece que a ocitocina é fundamental na criação de um vínculo coeso entre pais e filhos que se origina das interações calmantes e reconfortantes que os bebês experimentam durante os primeiros cuidados de vida. Isso ajudou a informar o conceito de que o contato pai-filho é fundamental para o estabelecimento de laços de afiliação. Esses laços são formados por meio de interações sociais sincrônicas (ou recíprocas). Interações síncronas são aquelas em que um pai ou filho respondem um ao outro, as ações e respostas não são predeterminadas e servem como processos de auto-organização a partir das entradas sociais encontradas na interação. O contato dos pais não é apenas crítico para a interação social, mas também para a trajetória de desenvolvimento do bebê (SCATLIFFE *et al.*, 2019, p. 446).

Algumas atitudes maternas têm tendência a expressar um maior afeto, como o olhar, o toque e a fala. As atitudes do pai diferenciam no aspecto comportamental mais estimulante e lúdico. Porém um não sobrepõe o outro e tais comportamentos, tanto maternos quanto paternos, propiciam a sincronia social que é a reciprocidade diante das interações entre pais e filhos. A liberação da ocitocina está associada a essa sincronia social, em que há um aumento na ocitocina durante as interações e isso evidencia a importância desse hormônio na construção do apego (SCATLIFFE *et al.*, 2019).

A presença da figura paterna é essencial tanto quanto a presença da mãe. A participação do pai nos cuidados ao filho também corresponde a uma forma de estímulo, uma vez que há aproximação, demonstração de cuidados e interação. Entre as participantes da pesquisa, apenas 7 mães (35%) responderam que os pais também costumam cuidar do bebê. De fato, não se pode evidenciar que esse aspecto significa que os demais pais não interagem com seus filhos, no entanto o ato de dividir as tarefas indispensáveis à criança é excepcional para promover a interação e a compreensão dos comportamentos do bebê.

A figura de apego reverbera no bebê a sensação de segurança, cuidado, amor e outros sentimentos que vão sendo desenvolvidos a partir das suas experiências. Esse processo é desencadeado gradativamente pela troca mútua, pelo envolvimento da díade nas interações vivenciadas no cotidiano. As atitudes do bebê podem ser estimuladas pela mãe a partir do seu olhar em relação ao comportamento do filho, repercutindo diretamente no desenvolvimento cognitivo e social da criança (ARPINI *et al.*, 2015).

A qualidade do apego entre mãe e filho provoca resultados relevantes no desenvolvimento da criança, estando estreitamente relacionada ao amadurecimento da

habilidade do bebê em se autorregular nos níveis fisiológicos, comportamentais e emocionais. Quanto maior a sensibilidade materna em relação ao bebê, menores os riscos de comprometimentos socioemocionais na criança, garantindo um desenvolvimento saudável e menos vulnerável aos fatores estressores (BEHRENDT, *et al.*, 2019).

Todas as dimensões exercem influência direta na construção do indivíduo e na formação dos vínculos ao longo da vida. O apego entre mãe e filho é indispensável e recebe os efeitos de vários fatores. A respeito disso, Cavalcante e colaboradores (2017, p. 1684) afirmam que:

Prejuízos na relação mãe-filho dificilmente podem ser explicados mediante análise de um único fator isoladamente, pois as condições de risco tendem a ser multidimensionais, envolvendo, com diferentes intensidades, aspectos socioculturais, biológicos e psicológicos referentes à mãe ou ao bebê (CAVALCANTE *et al.*, 2017, p. 1684).

Ainda segundo Cavalcante e colaboradores (2017), seus estudos apontam que os níveis socioeconômicos influenciam na relação entre o binômio mãe-bebê, em que a renda e o grau de escolaridade podem estar relacionados às dificuldades em perceber e interpretar os sinais de desconforto da criança e suas necessidades de cuidados, além de interferir no auxílio e estímulos prestados à criança durante o desenvolvimento de suas atividades. O conjunto desses fatores consistem em aspectos negativos para a manutenção do vínculo, visto que são elementos estressores dentro do ambiente familiar.

É importante ressaltar que a situação conjugal tende a interferir emocionalmente, uma vez que relacionamentos instáveis provocam um desequilíbrio emocional e que irá afetar o bebê. Ainda a respeito do nível socioeconômico, Diniz, Santos e Koller (2017, p. 287) obtiveram em seus resultados que:

Mães com baixo nível socioeconômico tendem a responder com menos frequência aos sinais de um bebê, possivelmente devido a múltiplas demandas, maiores níveis de estresse e / ou redes de apoio social deficientes. Essas informações revelam que, embora o conhecimento do desenvolvimento infantil seja uma dimensão importante do comportamento materno, os recursos pessoais e ambientais influenciam na qualidade do comportamento materno. A qualidade do comportamento materno parece estar associada ao reconhecimento da relação mãe-bebê (DINIZ; SANTOS; KOLLER, 2017, p. 287).

Além dos fatores supracitados que apresentam influência no vínculo, Nery *et al.* (2015) demonstram que o nível de escolaridade se relaciona com a utilização dos métodos contraceptivos. Ou seja, o acesso à informação aumenta a possibilidade da mulher aderir aos métodos preventivos desde a primeira relação sexual. Esse estudo também aponta que a gestação na adolescência contribui para a evasão escolar devido a nova responsabilidade familiar, reduzindo as chances do retorno para a conclusão dos estudos e que repercute na

dificuldade de inserção no mercado de trabalho, ocasionando um déficit financeiro na composição familiar.

O presente estudo obteve como resultado que 11 mães possuíam o ensino fundamental incompleto, equivalente a 55% da amostra total. Além disso, outro dado relevante é que 11 mães (55%) tinham até 22 anos de idade e que, dentro dessa faixa etária, 6 delas apresentavam idade entre 14 e 19 anos. Outra variável que merece destaque é que 6 mães planejaram engravidar e 14 mães não planejaram a gravidez.

A gestação não planejada é aquela que não foi programada pela mulher ou pelo casal e que ocorreu fora do momento desejado. O pouco conhecimento a respeito da saúde reprodutiva, do planejamento familiar, o acesso aos métodos contraceptivos e às orientações para o uso adequado são indicadores importantes voltados para o aumento dos números relacionados às gestações não planejadas (RODRIGUES, 2016).

Nesse viés, é notória a necessidade de uma reorganização nas estratégias direcionadas ao acompanhamento e às orientações, que ficam a cargo da atenção primária, a respeito da saúde sexual e reprodutiva e sobre o planejamento familiar. Conseqüentemente, obtém-se um maior alcance do compartilhamento do conhecimento com as mulheres, em especial, sobre os métodos contraceptivos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e suas respectivas formas de utilização, bem como a sua eficácia na redução dos índices de gestações não planejadas e principalmente durante a adolescência, além da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) a depender do método adotado. Assim, torna-se evidente a importância da participação ativa dos profissionais de saúde no rastreamento e na captação das mulheres e no incentivo da participação no planejamento familiar.

Além da não utilização ou do uso de forma errada dos contraceptivos, é preciso considerar que algumas mulheres podem sentir dificuldades em negociar com seus parceiros a utilização do preservativo ou de outros métodos contraceptivos.

O planejamento da gravidez assume um papel crucial entre os fatores que influenciam a construção adequada do vínculo entre o binômio mãe-bebê. Vivenciar a gestação não planejada oferece riscos que podem comprometer o estabelecimento do vínculo, estando associado também a possibilidade de rejeição da criança. No entanto, algumas mães perpassam pelo processo de aceitação e que sobrepõe o sentimento de rejeição, passando a lidar com sua nova fase e se permitindo interagir com o bebê (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Neste estudo, embora 14 mães não tenham planejado a gravidez, nenhuma referiu rejeição ao bebê e permanecem com seus respectivos filhos.



De acordo com o art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), para efeitos da Lei 8.069, de 13/07/1990, é considerado adolescente o indivíduo que se enquadra na faixa etária dos 12 aos 18 anos de idade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a fase da adolescência entre 10 e 19 anos de idade (BRASIL, 1990; SENNA; DESSEN, 2015). Conforme esses parâmetros foi possível observar que o presente estudo obteve 6 mães que engravidaram durante a adolescência.

A gravidez na adolescência exprime a carência ainda maior de um apoio à figura materna. O apoio social auxilia no desempenho materno, gerando mais confiança na mãe e mais conhecimento acerca do desenvolvimento da criança. Diniz, Santos e Koller (2017, p. 282) definem o apoio social conforme o texto a seguir:

O apoio social é uma variável essencial para a maternidade, principalmente na adolescência. O apoio social é definido como um conjunto de relações formais e informais que proporcionam ajuda emocional, material e / ou instrumental quando alguém precisa enfrentar situações que geram algum tipo de tensão emocional. [...] A falta de apoio social é identificada como uma das maiores dificuldades que os adolescentes enfrentam durante a gravidez ou parentalidade (DINIZ; SANTOS; KOLLER, 2017, p. 282).

Diante disso, é preciso direcionar a atenção a essas mães adolescentes como forma de incentivar e auxiliar na transição para o papel materno, principalmente emocionalmente, instruindo acerca dos cuidados durante a gravidez e o pós-parto para que ela consiga cuidar adequadamente do bebê e oferecer os estímulos que ele irá precisar para crescer e se desenvolver. Considerando os riscos do nascimento prematuro em gestantes adolescentes, é indispensável o acompanhamento para evitar os atrasos no desenvolvimento infantil e prevenir possíveis agravos à saúde da criança que também geram impactos no meio familiar.

Ao associar a qualidade do vínculo entre as mães adolescentes com seus bebês, Wilson e seus colaboradores (2017, p. 512-513) afirmam que:

As mães adolescentes em geral são menos interativas, menos positivas em seu estilo parental e têm mais dificuldades em resolver problemas e em comportamentos parentais mais severos. As crianças nascidas de mães adolescentes correm maior risco de atrasos no desenvolvimento, déficits no desenvolvimento cognitivo e social e problemas comportamentais. [...] Há evidências de que as mães adolescentes exibem estilos de apego mais inseguros do que as mães adultas (WILSON *et al.*, 2017, p. 512-513).

A partir das observações durante as entrevistas foi possível perceber que algumas mães adolescentes se relacionavam satisfatoriamente com seus bebês e cuidavam da melhor forma possível. Enquanto algumas mães adultas relataram sentir dificuldades, às vezes, de identificar alguma necessidade no bebê ou até mesmo sentir dificuldade em cuidar da criança sozinha. As atitudes que unem a mãe ao seu bebê são indispensáveis para que eles se conheçam e para que

compreendam suas necessidades. Segurar o bebê no colo para amamentar, a troca de olhares, a responsividade diante do comportamento do bebê como forma de dar atenção são exemplos de condutas que fortalecem o elo entre a díade.

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde recomendam o aleitamento materno (AM) de modo exclusivo nos primeiros seis meses de vida, após esse período deve-se introduzir a alimentação complementar juntamente com a manutenção do AM até os dois anos de idade (BRASIL, 2015; VALENTE, OSTERNE, 2015).

O risco de mortalidade é reduzido em até 14 vezes para os bebês que passam pelo AME quando comparados com os bebês que não são amamentados. Porém, apenas 41% são amamentados exclusivamente nos primeiros seis meses de vida, índice que os Estados Membros da OMS precisam se empenhar para atingir, ao menos, 50% até o ano de 2025 (OPAS, 2020).

O aleitamento materno vai além da função nutritiva e imunológica, permitindo um envolvimento entre a díade mãe-bebê, uma vez que é um momento que inclui apenas o binômio. O ato de segurar o bebê no colo, a troca mútua de olhares e a sucção eficaz contribuem para o fortalecimento do elo materno infantil e para a manutenção da amamentação. Além disso, todo esse contato íntimo auxilia a mãe a se ligar ao bebê e compreender as suas necessidades (SILVA, BRAGA, 2019).

Logo após o nascimento é essencial favorecer o contato pele a pele entre a mãe e o bebê. Entre os recursos adquiridos destacam-se o controle térmico, reduzindo risco de hipotermia, além de ser um momento oportuno para iniciar a amamentação e reduzir o risco de hipoglicemia. Com isso ocorre o estímulo para a descida do leite e esse início precoce do AM contribui para a manutenção e o prolongamento do aleitamento materno exclusivo.

O relatório do ano de 2017 da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) aponta que, no Brasil, o AME atingiu o percentual de 38,6%. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), os países ricos apresentam os menores índices em relação ao aleitamento materno exclusivo, enquanto 23,9% das crianças estão em AME nos países de renda média e alta. De acordo com a pesquisa, os países menos desenvolvidos possuem maiores índices de AME, estando acima da média global de 40% (ONU, 2017; ONU, 2019).

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) do Ministério da Saúde avaliou, no período de fevereiro de 2019 a março de 2020, 14.505 crianças com idade inferior a cinco anos. Os resultados obtidos apontaram que 53% permaneciam sendo alimentadas no peito materno no primeiro ano de vida e 45,7% nos primeiros seis meses (BRASIL, 2020b).

A literatura demonstra que algumas razões podem comprometer o aleitamento materno e favorecer o desmame precoce. O estudo desenvolvido por Conceição e Fernandes (2015, p. 601) aponta que:

Os pesquisadores têm procurado identificar os fatores que dificultam ou impedem a prática do AM e entre os motivos mais alegados pelas mães, destacam-se a "figuração" do leite fraco ou escasso, traumas mamilares, falta de experiência e de apoio, trabalho fora do lar, o querer e o poder amamentar. Outra situação que interfere na manutenção do AM e, provavelmente reduz sua duração é a gravidez não planejada. Entretanto, este fator é pouco evidenciado nas publicações. [...] Mães que programaram a gestação mantêm o aleitamento por mais tempo (CONCEIÇÃO; FERNANDES, 2015, p. 601).

Outras possíveis causas do desmame precoce incluem a falta de apoio e incentivo dos profissionais de saúde, a mídia através das propagandas das fórmulas infantis, o uso de chupetas, falta de paciência ou persistência da mãe. As primíparas, em especial, podem sentir determinadas dificuldades nos primeiros dias da amamentação. Valente e Osterne (2015) apresentaram em seus resultados a importância dada pelas mães a respeito das visitas domiciliares pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As mães alegaram que, se as visitas tivessem sido mais frequentes no puerpério haveria uma chance maior de prosseguirem com AME, considerando a relevância do acompanhamento para intervir nas demandas e dificuldades maternas (VALENTE, OSTERNE, 2015).

Entre os fatores que dificultam o aleitamento materno, algumas mães compartilharam experiências semelhantes ao encontrado na citação supracitada ao referir que o bebê não foi amamentado pelas condições anatômicas mamilares e por traumas mamilares ou mesmo por escolha própria justificando que a criança não iria ficar com outros cuidadores quando necessário.

As motivações para o início, a manutenção e a interrupção da amamentação variam entre cada mãe e pode envolver experiências já vivenciadas, padrões sociais, culturais e estéticos, a relação conjugal e o incentivo do companheiro, além da falta de conhecimento sobre os benefícios valiosos oferecidos pelo leite materno. Além dessas razões, o acompanhamento de qualidade no pré-natal também exerce influência na manutenção da amamentação, visto que as gestantes devem ser instruídas e tirar dúvidas referentes ao ciclo gravídico, principalmente a respeito da amamentação.

O trabalho fora do lar também configura um fator a ser considerado entre as causas para a interrupção do aleitamento materno. Uma participante do estudo trabalha fora de casa e, por esse motivo, precisou inserir a fórmula láctea infantil na alimentação do seu bebê alegando não conseguir ordenhar no trabalho devido à falta de um ambiente adequado. Mesmo diante da

dificuldade a mãe se alegrou ao falar que o bebê não esqueceu o peito e ao chegar em casa ela consegue amamentar.

Ao relacionar o vínculo empregatício com a manutenção do aleitamento materno, Conceição e Fernandes (2015, p. 602) mencionam em seu estudo que:

Não ter emprego remunerado permitiria à mãe permanecer mais tempo ao lado do filho e manter por mais tempo o AME. Alguns autores indicam o trabalho da mulher fora do lar como um obstáculo ao AM, porque nem todas as empresas liberam a licença maternidade por seis meses (CONCEIÇÃO; FERNANDES, 2015, p. 602).

Os resultados encontrados também demonstraram a sensação de prazer e dedicação que algumas mães sentem diante do momento em que estão amamentando seu bebê, confirmando a influência que o AM reflete no vínculo entre a díade, uma vez que é um momento único e de total interação em que proporciona a aproximação, a troca de carinho e de olhares e a comunicação entre a mãe e o bebê. Durante as entrevistas algumas mães exalaram a dedicação e a entrega quando estão amamentando seus bebês.

Além das perspectivas mencionados anteriormente, também houve a associação entre a amamentação e a redução de gastos, uma vez que ao amamentar não há a necessidade de comprar a fórmula láctea infantil. Considerando este ponto de vista percebe-se que existe a possibilidade da condição socioeconômica influenciar na prática de amamentar, visto que o leite materno é produzido pelo próprio organismo e não exige custos financeiros diretos. Deste modo pode-se inferir que, além de todos os benefícios provenientes do leite materno, é a maneira mais saudável e de menor custo para o crescimento e o desenvolvimento nos primeiros anos de vida.

Um estudo australiano a respeito dos determinantes do aleitamento materno contínuo aos 12 e 24 meses fez comparações entre variáveis para obter os possíveis fatores que interferem na continuidade da amamentação. Alguns fatores apresentaram significância, dentre os quais destacam-se as características sociodemográficas e a relação com a paridade. Em países de alta renda o nível de escolaridade materna esteve altamente relacionado com a continuação da amamentação, destacando que quanto maior o grau de instrução maior a probabilidade de amamentar aos 12 meses (SCOTT *et al.*, 2019).

A paridade foi independentemente associada à continuação da amamentação, em que as mulheres multíparas têm 52% mais chances de amamentar aos 12 meses em relação às primíparas. As mulheres australianas tinham uma tendência maior a amamentar o segundo filho por um período mínimo de 6 meses se houvessem amamentado o primeiro filho durante 6 meses, ressaltando a importância de auxiliar as mulheres primíparas no estabelecimento do

aleitamento materno como forma de garantir a sua manutenção e os benefícios para a saúde materno infantil (SCOTT *et al.*, 2019).

Outros estudos apontam que as mulheres que receberam o apoio do parceiro para amamentar tinham 76% mais chances de permanecer amamentando até os 12 meses em comparação aos parceiros que preferiam a introdução da fórmula ou eram ambivalentes aos métodos de alimentação (AM e fórmula). O apoio do parceiro mostrou-se fortemente associado à decisão de amamentar e continuar amamentando (CONCEIÇÃO; FERNANDES, 2015; SCOTT *et al.*, 2019).

Assim como os inúmeros fatores, mencionados ao longo do texto, exercem influência no vínculo entre o binômio, Reichert e seus colaboradores (2017) discutem que a relação construída entre o profissional e a rede familiar é excepcional para a continuidade do cuidado à criança. Quanto maior for a aproximação entre ambos, melhor será a adesão da família ao acompanhamento infantil com a unidade de saúde. Ademais, buscaram analisar a percepção materna acerca do vínculo com os profissionais da atenção primária e se isso afeta a busca pelo acompanhamento na puericultura.

O estudo concluiu que o cuidado deve abranger a criança e seu contexto familiar para que os mesmos se sintam como parte integrante do processo. Proporcionar um ambiente agradável, transmitir confiança, promover a escuta qualificada, prestar uma assistência sem distinções, sanar as dúvidas e ser resolutivo foram pontos mencionados pelas mães como importantes durante a consulta, favorecendo a busca pela prevenção da saúde e não somente quando surgirem sinais e sintomas na criança (REICHERT *et al.*, 2017).

Todos os aspectos mencionados anteriormente são essenciais para a condução da consulta de enfermagem na puericultura, e todos os achados devem ser registrados na caderneta da criança. A caderneta é um instrumento indispensável para que seja efetuado o devido acompanhamento da criança, atuando como um documento que reúne as informações pertinentes ao crescimento e desenvolvimento. No entanto, a sua fidedignidade está pautada no uso contínuo e com os registros adequados e completos de todos os gráficos de crescimento e marcos do desenvolvimento desde o nascimento até os 10 anos de idade (ABUD; GAÍVA, 2015).

Fica a cargo do profissional de saúde o acompanhamento da criança, o preenchimento da CSC, as intervenções e as orientações que devem ser passadas aos pais acerca da saúde infantil. Para que haja o devido registro do que foi avaliado na puericultura é necessário que o profissional esteja apto a utilizar a caderneta, além disso deve-se conhecer o instrumento para

incentivar os pais quanto aos estímulos que contribuem para a aquisição de novas habilidades da criança, como os marcos do desenvolvimento listados na própria caderneta que exemplificam como se avalia o desenvolvimento de novas funções (LIMA *et al.*, 2016).

O Ministério da Saúde recomenda o uso da CSC em todas as consultas de puericultura realizadas na atenção primária conforme o texto a seguir:

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência (BRASIL, 2012, p. 61)

O déficit no preenchimento reflete a falta de adesão dos profissionais ao uso do instrumento, desconsiderando a importância clínica para o acompanhamento da saúde infantil.

O presente estudo detectou que 16 cadernetas (80%) estavam com a antropometria e a imunização devidamente preenchidas. Entre as demais, 3 cadernetas (15%) não estavam com os dados antropométricos registrados, havendo apenas os registros das imunizações, 1 mãe (5%) não estava com a CSC no momento da entrevista porque a sua ida até a USF foi com outra finalidade e não para a consulta de puericultura.

Considerando a amostra da presente pesquisa, pode-se inferir que o resultado obtido na USF foi satisfatório tendo em vista que 80% das cadernetas estavam preenchidas. Porém, diante da importância dos registros para o acompanhamento da evolução da criança e para a comunicação interprofissional e intersetorial o ideal é que, após a consulta, todos os dados sejam devidamente registrados e não apenas as imunizações, mas também dos parâmetros do peso, estatura, índice de massa corporal e a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

Entre as limitações do estudo destacou-se a dificuldade de comunicação, principalmente com as mães adolescente, visto que suas falas eram, em sua maioria, monossilábicas gerando um obstáculo para a extração dos dados e as observações pertinentes à pesquisa.

## **7 CONCLUSÃO**

A presente pesquisa tornou possível investigar os aspectos que contribuem ou prejudicam a criação dos laços afetivos, tendo como principais atuantes neste processo a mãe e o bebê.

Através dos resultados obtidos destacaram-se na amostra as condições de vulnerabilidade social no local de realização da pesquisa, devendo-se considerar que esses

fatores apresentam um potencial de riscos que podem comprometer a consolidação do vínculo entre a mãe e o bebê e a sua rede de apoio familiar, dentre os quais destacaram-se a gravidez na adolescência; o nível de escolaridade materna em que a maioria das mães possuíam o ensino fundamental incompleto; a sobrecarga materna em virtude das atividades domésticas juntamente com os cuidados prestados ao bebê, explicitando a importância da rede de apoio; a dificuldade para interpretar a linguagem subjetiva da criança e os sinais de desconforto emitidos pelo bebê; e a amamentação, uma vez que 6 mães interromperam o aleitamento materno exclusivo e 2 nunca amamentaram o bebê.

Além dos aspectos supracitados, as condições socioeconômicas, o estado emocional e psicológico materno e a sensibilidade da mãe são potentes na construção do apego. Portanto, é preciso conhecer os fatores que conferem risco à díade e considerar as especificidades de cada relação a fim de frear os possíveis danos que resultam em um vínculo não consolidado e que reflete diretamente no processo de construção do indivíduo.

Considerando que os profissionais da saúde da atenção primária acompanham as mães desde o pré-natal, é imprescindível preparar a mulher durante todo o ciclo gravídico, contribuindo para a qualificação do apego, o conhecimento da mãe acerca dos cuidados inerentes ao bebê, incluindo a importância do aleitamento materno exclusivo. Não somente isso, mas realizar o devido acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e os registros na CSC.

Em suma, faz-se necessário o investimento em estudos que demonstrem a relevância da interação entre a mãe e o bebê, assim como os reflexos que esse vínculo promove no crescimento e desenvolvimento da criança. Além disso, a importância da atuação dos profissionais de enfermagem no acompanhamento e nas orientações capazes de reduzir os índices desde as gestações não planejadas até os riscos que comprometem a saúde materno infantil.

## REFERÊNCIAS

- ABUD, S. M.; GAÍVA, M. A. M. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Cuiabá, v. 36, n. 2, p. 97–105, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000200097&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000200097&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 18 set. 2020.
- ALMEIDA, A. C. *et al.* Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil – Revisão sistemática de literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 122–131, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/pt\\_0103-0582-rpp-34-01-0122.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/pt_0103-0582-rpp-34-01-0122.pdf). Acesso em: 17 set. 2020.
- ALMEIDA, A. P. *et al.* O registro do crescimento e desenvolvimento da criança na caderneta de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 0, p. 10–15, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/16895> . Acesso em: 15 jun. 2020.
- AMORIM, L. P. *et al.* Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, e201701116, p. 1-10, 2018a. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000100308&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100308&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 08 jun. 2020.
- AMORIM, L. P. *et al.* Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 23, n. 2, p. 585-597, 2018b. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n2/585-597/#>. Acesso em: 08 jun. 2020.
- ANDRADE, C. J.; BACCELLI, M. S.; BENINCASA, M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise Winnicottiana. **Vínculo - Revista do NESME**. São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139452147004> . Acesso em: 24 maio 2020.
- ARPINI, D. M. *et al.* Intervenções precoces na infância: observando a relação mãe-bebê em um serviço de saúde. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 37-50, 2015. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/4839>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- BEHRENDT, H. F. *et al.* Like mother, like child? Maternal determinants of children's early social-emotional development. **Infant Ment Health J**. Alemanha, v. 40, n. 2, p. 1–12, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.21765>. Acesso em: 12 abr. 2020.



BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm) . Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em 27 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf). Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_estimulacao\\_crianças\\_0a3anos\\_neuropsicomotor.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf). Acesso em: 06 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf). Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/09/caderneta\\_crianca\\_meni\\_no\\_2ed.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/09/caderneta_crianca_meni_no_2ed.pdf). Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pesquisa inédita revela que índices de amamentação cresceram no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47311-pesquisa-inedita-revela-que-indices-de-amamentacao-cresceram-no-brasil> Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf> . Acesso em: 20 set. 2020.

BUENO, R. K.; VIEIRA, M. L. Análise de estudos brasileiros sobre o pai e o desenvolvimento infantil. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 32, n. 76, 2014. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20247/19529> . Acesso em: 18 ago. 2020.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179–191, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

CAVALCANTE, M. C. V. *et al.* Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. **Ciência & Saúde Coletiva**. Maranhão, v. 22, n. 5, p. 1683-1693, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501683&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501683&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 17 ago. 2020.

CONCEIÇÃO, S. P.; FERNANDES, R. A. Q. Influência da gravidez não planejada no tempo de aleitamento materno. **Esc Anna Nery**. Guarulhos, v. 19, n. 4, p. 600-605, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000400600&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000400600&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 17 ago. 2020.

COMITÊ CIENTÍFICO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA. **O impacto do desenvolvimento na primeira infância sobre a aprendizagem**. São Paulo: NCPI, 2014. Disponível em: <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/o-impacto-do-desenvolvimento-na-pi-sobre-a-aprendizagem/>. Acesso em: 21 ago. 2020.

DINIZ, E.; SANTOS, L. S.; KOLLER, S. H. Social support as moderator of knowledge about infant development in adolescent mothers. **Paidéia**, v. 27, n. 68, p. 281–289, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2017000300281#B8](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2017000300281#B8). Acesso em: 08 set. 2020.

ESPÍRITO SANTO, C. S. O.; ARAÚJO, M. A. Vínculo Afetivo - processo fundamental à saúde mental. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. Salvador, v. 5, n. 1, p. 65-73, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/831>. Acesso em: 21 maio 2020.

FONTANELLA, B.; RICAS, J. B.; TURATO, J. E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

GAÍVA, M. A. M. *et al.* Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. **Rev. Av. Enferm.** v. 36, n. 1, p. 9-21, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n1/0121-4500-aven-36-01-00009.pdf>. Acesso em: 27 maio 2020.

GUTIERREZ, D. M. D.; CASTRO, E. H. B.; PONTES, K. D. S. Vínculos mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 3-24, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912011000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 maio 2020.

HENRIQUES, C. M. G. **Transição para o papel maternal: a experiência vivida de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas**. Lisboa, 2018. Disponível em:

[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33134/1/ulsd731592\\_td\\_Carolina\\_Henriques.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33134/1/ulsd731592_td_Carolina_Henriques.pdf).

Acesso em: 18 out. 2020.

LIMA, L. G. *et al.* A Utilização da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento Infantil. **Rev Bras de Ciênc da Saúde**. Fortaleza, v. 20, n. 2, p.167-174, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/21266>. Acesso em: 08 jun. 2020.

MARCIANO, R. P.; AMARAL, W. N. Vínculo mãe-bebê da gestação ao pós-parto uma revisão sistemática de artigos empíricos publicados na língua portuguesa. **Femina**. Goiás, v. 43, n. 4, p. 155–159, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771206?lang=en> . Acesso em: 20 set. 2020.

MERCER, R. T. The nurse and maternal tasks of early postpartum.. **MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing**. v. 6, Issue 5, p: 341-345, 1981. Disponível em: [https://journals.lww.com/mcnjournal/Citation/1981/09000/The\\_Nurse\\_and\\_Maternal\\_Tasks\\_of\\_Early\\_Postpartum.12.aspx](https://journals.lww.com/mcnjournal/Citation/1981/09000/The_Nurse_and_Maternal_Tasks_of_Early_Postpartum.12.aspx) . Acesso em: 17 jun. 2020.

MOZZAQUATRO, C. O.; ARPINI, D. M.; POLLI, R.G. Relação mãe-bebê e promoção de saúde no desenvolvimento infantil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 334-351, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682015000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000200008&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 23 maio 2020.

NERY, I. S. *et al.* Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p.671-680, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00671.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.

NEVES, K. R. *et al.* Growth and development and their environmental and biological determinants. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 92, n. 3, p. 241-250, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553616000045?via%3Dihub>. Acesso em: 09 jun. 2020.

OLIVEIRA, A. **Avaliação do laço mãe-bebê: elaboração e construção de instrumento e estudos de evidência de validade**. Rio Grande do Norte, 2016. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/21776/1/AdrianaDeOliveira\\_TESE\\_unprotected.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/21776/1/AdrianaDeOliveira_TESE_unprotected.pdf) . Acesso em: 12 maio 2020.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas. **Administração On Line**, v. 2 n. 3, 2001. Disponível em: [https://pesquisa-eaesf.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/veludo\\_-\\_amostragem\\_ao\\_probabilistica\\_adequacao\\_de\\_situacoes\\_para\\_uso\\_e\\_limitacoes\\_de\\_amostras\\_por\\_conveniencia.pdf](https://pesquisa-eaesf.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/veludo_-_amostragem_ao_probabilistica_adequacao_de_situacoes_para_uso_e_limitacoes_de_amostras_por_conveniencia.pdf). Acesso em: 17 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Apenas 40% das crianças são alimentadas exclusivamente com leite materno nos 6 primeiros meses de vida**. ONU Brasil, 2017. Disponível em:

<https://nacoesunidas.org/unicef-apenas-40-das-criancas-no-mundo-recebem-amamentacao-exclusiva-no-inicio-da-vida/> . Acesso em: 15 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Apenas 40% das crianças no mundo recebem amamentação exclusiva no início da vida.** ONU Brasil, 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/apenas-40-das-criancas-sao-alimentadas-exclusivamente-com-leite-materno-nos-6-primeiros-meses-de-vida/> Acesso em: 15 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Países estão falhando em impedir comercialização prejudicial de substitutos do leite materno, alertam OMS e UNICEF.** Brasília: OPAS, 2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6182:países-estao-falhando-em-impedir-comercializacao-prejudicial-de-substitutos-do-leite-materno-alertam-oms-e-unicef&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6182:países-estao-falhando-em-impedir-comercializacao-prejudicial-de-substitutos-do-leite-materno-alertam-oms-e-unicef&Itemid=839) . Acesso em: 15 set. 2020.

PEREIRA, A. V. *et al.* Desenvolvimento do Bebê nos Dois Primeiros Meses de Vida: Variáveis Maternas e Sociodemográficas. **Pensando Famílias.** Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 64-77, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2014000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100007&lng=pt&nrm=iso) . Acessos em: 23 maio 2020.

REICHERT, A. P. S. *et al.* Percepção de mães sobre o vínculo com enfermeiros na consulta à criança. **Revista de Enferm UFPE on line.** Recife, v. 11, n. 2, p. 483–490, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30501> . Acesso em: 18 set. 2020.

RIBEIRO, C. M. *et al.* Homoparentalidade: reflexões sobre a constituição psíquica da criança adotada. **Estilos clin.** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 522-539, 2017. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282017000300007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282017000300007&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 08 nov. 2020.

RODRIGUES, C.D.S. A gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.10, n.32, p. 70-87, 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/579/811> . Acesso em 17 ago. 2020.

RODRIGUES, L. G. C.; SCHAEFER, M. P. Repercussões de desencontros e ambiente familiar na relação mãe-bebê: experienciando o método Bick de observação. **Psic. Clin.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 481 – 496, 2019. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652019000300005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652019000300005&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 17 mar. 2020.

ROSA, J. M. *et al.* A Construção dos Papéis Parentais em Casais Homoafetivos Adotantes. **Psicol. Cienc. Prof.** Brasília, v. 36, n. 1, p. 210-223, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932016000100210&lng=pt&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000100210&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 08 nov. 2020.

SANTOS, A. S. *et al.* Teoria da consecução do papel materno para tornar-se mãe de recém-nascido prematuro. **RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis.** Ceará, v. 9, n. 4, p. 2311–2314, 2017. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp->

<content/uploads/2019/02/TEORIA-DA-CONSECU%C3%87%C3%83O-DO-PAPEL-MATERNO-PARA-TORNAR-SE-M%C3%83E.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2020.

SANTOS, S. S. *et al.* A teoria da consecução do papel materno na adolescência: uma reflexão para a prática. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**. Brasília, v. 24, p. 1–5, 2020. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1462>. Acesso em: 18 out. 2020.

SCOTT, J. *et al.* Determinants of continued breastfeeding at 12 and 24 months: Results of an Australian cohort study. **Int. J. of Environ. Res. Public Health**, Austrália, v. 16, n. 20, p. 1–13, 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/20/3980/htm>. Acesso em: 10 set. 2020.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 217-229, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862015000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000200008&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 18 ago. 2020.

SILVA, B. A. A.; BRAGA, L. P. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 258-279, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100014&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 17 mar. de 2020.

SCATLIFFE, N. *et al.* Oxytocin and early parent-infant interactions: A systematic review. **International Journal of Nursing Sciences**. Estados Unidos, v. 6, n. 4, p. 445–453, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6838998/>. Acesso em: 01 set. 2020.

VALENTE, M. F. F., OSTERNE, M. S. F. A efetividade das políticas de incentivo ao aleitamento materno em combate ao desmame precoce: um estudo realizado com as mães de crianças atendidas na unidade de puericultura do CPN. **Conhecer: debate entre o público e o privado**. Ceará, v. 4 . n. 14, p. 90-111, 2015. Disponível em: <http://seer.uece.br/?journal=politicaspUBLICASemdebate&page=article&op=view&path%5B%5D=1302>. Acesso em: 09 set. 2020.

WILSON, D. *et al.* Association of teen mothers' and grandmothers' parenting capacities with child development: A study protocol. **Res Nurs Health**. Washington, v. 40, n. 6, p. 512–518, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29130503/>. Acesso em 20 abr. 2020.

YAKUWA, M. S.; NEIL, S.; MELLO, D. F. Nursing strategies for child health surveillance. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-8, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100329&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100329&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 06 jun. 2020.

## APÊNDICE 1

### PESQUISA SOBRE O LAÇO MÃE E BEBÊ DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

#### INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil:  
 Casada/União estável     Solteira     Divorciada/Separada     Viúva

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade:  
 Não sei ler nem escrever  
 Leio e escrevo com dificuldade  
 Ensino Fundamental Incompleto  
 Ensino Fundamental Completo  
 Ensino Médio Completo  
 Ensino Superior Completo    Curso: \_\_\_\_\_  
 Pós-graduação Completa    Modalidade:  Especialização     Mestrado     Doutorado

Renda familiar: R\$ \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Quando criança você foi cuidada por:  
 Mãe e Pai     Mãe     Pai     Avós    Outros: \_\_\_\_\_

Presença de uma figura materna foi constante na sua infância?  Sim     Mais ou menos     Não

Presença de uma figura paterna foi constante na sua infância?  Sim     Mais ou menos     Não

A gravidez de seu filho foi planejada?  Sim     Mais ou menos     Não

Você se sentiu deprimida/triste na gravidez?  
 Não     Sim.

Você teve algum tipo de problema na gravidez?  
 Não     Sim    Exemplifique:  Problemas de saúde     Problema emocional     Outros problemas: \_\_\_\_\_

Você já fez atendimento psicológico/psiquiátrico?  
 Não     Sim    Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Você geralmente sente que precisa de ajuda para cuidar de seu filho:  Não     Sim

Seus familiares costumam dizer que você não está cuidando direito do seu bebê?  Não     Sim

Se você tivesse que dar uma nota para o cuidado que tem com o seu bebê, sendo bem crítica, qual a nota que daria? (0 a 10) \_\_\_\_\_

Você acha o relacionamento com seu marido/companheiro:  
 Muito satisfatório     Satisfatório     Pouco satisfatório     Insatisfatório     Não tenho marido/companheiro

#### INFORMAÇÕES SOBRE O BEBÊ

Idade do bebê (meses): \_\_\_\_\_

Sexo:  
 Masculino     Feminino

Seu bebê fica na creche?  
 Sim. Turnos:  Manhã     Tarde     Manhã e Tarde  
 Não

Quanto o teu bebê está em casa quem costuma cuidá-lo?  
 Mãe e Pai     Mãe     Pai     Avós     Tios     Babá     Empregada     Irmãos     Outros: \_\_\_\_\_

Ele atualmente se alimenta no peito?  Sim     Não

Ele chegou a se alimentar exclusivamente no peito?  Não     Sim. Até qual idade? \_\_\_\_\_

Como foi o desmame (peito)?  Tranquilo     Com um pouco de dificuldade     Com muita dificuldade     Ele ainda mama no peito (alimentação exclusiva)  
 Ele ainda mama no peito (alterna com outros alimentos)

Ele costuma adoecer?  Nunca     Quase nunca     Pouco     Frequentemente  
 Exemplifique:  Alergias     Gripes/Resfriados     Asma     Outros: \_\_\_\_\_

Ele tem algum objeto que o ajuda a se tranquilizar? (paninho, fralda, brinquedo, dedo, chupeta, outros)  
 Não     Sim Qual: \_\_\_\_\_

Tem algo no jeito dele que te deixa preocupada?  Não     Sim O quê?: \_\_\_\_\_

Você avalia o desenvolvimento (geral) do seu bebê como:  
 Muito satisfatório     Satisfatório     Pouco Satisfatório     Insatisfatório

Cite 3 comportamentos que você acha errado que ensina ou ensinaria ele a não fazer?

A.  
B.  
C.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO MÃE E BEBÊ

Como você avalia a sua relação com o seu bebê:  
 Muito prazerosa     Prazerosa     Pouco prazerosa     Desprazerosa

#### INFORMAÇÕES SOBRE A FIGURA PATERNA

Seu bebê convive com o pai ou uma pessoa que faça a função de pai?  
 Não     Sim. Frequência:  Diariamente     Eventualmente     Finais de semana Quem: \_\_\_\_\_ (ex.: pai, companheiro, avô, tio...)

O pai ou quem faz a função de pai costuma cuidar do bebê?  Sempre     Quase sempre     Quase nunca     Nunca

Como você avalia a relação dele com o bebê:  Muito satisfatório     Satisfatório     Pouco Satisfatório     Insatisfatório

#### INFORMAÇÕES GERAIS

Quem reside na casa?  
 Pai, mãe e bebê     Pai, mãe, bebê e irmãos     Mãe e bebê     Mãe, bebê e irmãos     Mãe, bebê, irmãos e avós     Mãe, bebê e parentes

#### CONTATO FUTURO

Eu autorizo, se necessário for, futuramente entrar em contato comigo sobre esta pesquisa:  
 Não     Sim

Nome (somente primeiro nome): \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

## LAÇO MÃE E BEBÊ

As questões abaixo dizem respeito ao modo como GERALMENTE você vê o seu bebê no dia a dia e a maneira como você se percebe desempenhando os cuidados como mãe. Seja o mais sincera possível. Não existem respostas certas ou erradas.

## SOBRE O BEBÊ: EU NOTO QUE ELE...

0-4 MESES INCOMPLETOS ( )		4-8 MESES INCOMPLETOS ( )		8-12 MESES INCOMPLETOS ( )		12-18 MESES ( )	
Gosta de conversar comigo	SIM NÃO	Gosta de conversar comigo	SIM NÃO	Gosta de conversar comigo	SIM NÃO	Gosta de conversar comigo	SIM NÃO
Conversa com as pessoas	SIM NÃO	Conversa com as pessoas	SIM NÃO	Conversa com as pessoas	SIM NÃO	Conversa com as pessoas	SIM NÃO
Se comunica através do olhar	SIM NÃO	Se comunica através do olhar	SIM NÃO	Se comunica através do olhar	SIM NÃO	Se comunica através do olhar	SIM NÃO
Parece ter dificuldade em olhar nos olhos	SIM NÃO	Parece ter dificuldade em olhar nos olhos	SIM NÃO	Parece ter dificuldade em olhar nos olhos	SIM NÃO	Parece ter dificuldade em olhar nos olhos	SIM NÃO
É uma criança curiosa	SIM NÃO	É uma criança curiosa	SIM NÃO	É uma criança curiosa	SIM NÃO	É uma criança curiosa	SIM NÃO
Gosta de chamar a minha atenção	SIM NÃO	Gosta de chamar a minha atenção	SIM NÃO	Gosta de chamar a minha atenção	SIM NÃO	Gosta de chamar a minha atenção	SIM NÃO
Gosta de receber carinho	SIM NÃO	Gosta de receber carinho	SIM NÃO	Gosta de receber carinho	SIM NÃO	Gosta de receber carinho	SIM NÃO
É uma criança atenta	SIM NÃO	É uma criança atenta	SIM NÃO	É uma criança atenta	SIM NÃO	É uma criança atenta	SIM NÃO
Sorri ou responde quando eu me dirigo a ele	SIM NÃO	Sorri ou responde quando eu me dirigo a ele	SIM NÃO	Sorri ou responde quando eu me dirigo a ele	SIM NÃO	Sorri ou responde quando eu me dirigo a ele	SIM NÃO
Sorri ou responde quando alguém se dirige a ele	SIM NÃO	Sorri ou responde quando alguém se dirige a ele	SIM NÃO	Sorri ou responde quando alguém se dirige a ele	SIM NÃO	Sorri ou responde quando alguém se dirige a ele	SIM NÃO
Chora de diferentes maneiras, dependendo do que ele quer	SIM NÃO	Chora de diferentes maneiras, dependendo do que ele quer	SIM NÃO	Chora de diferentes maneiras, dependendo do que ele quer	SIM NÃO	Chora de diferentes maneiras, dependendo do que ele quer	SIM NÃO
Mostra de diferentes maneiras o ele quer	SIM NÃO	Mostra de diferentes maneiras o ele quer	SIM NÃO	Mostra de diferentes maneiras o ele quer	SIM NÃO	Mostra de diferentes maneiras o ele quer	SIM NÃO
Mostra o que lhe incomoda	SIM NÃO	Mostra o que lhe incomoda	SIM NÃO	Mostra o que lhe incomoda	SIM NÃO	Mostra o que lhe incomoda	SIM NÃO
Mostra uma reação quando converso com ele	SIM NÃO	Mostra uma reação quando converso com ele	SIM NÃO	Mostra uma reação quando converso com ele	SIM NÃO	Mostra uma reação quando converso com ele	SIM NÃO
É uma criança fácil de cuidar	SIM NÃO	É uma criança fácil de cuidar	SIM NÃO	É uma criança fácil de cuidar	SIM NÃO	É uma criança fácil de cuidar	SIM NÃO
Adoece pouco	SIM NÃO	Adoece pouco	SIM NÃO	Adoece pouco	SIM NÃO	Adoece pouco	SIM NÃO
Que ele fica confortável no meu colo	SIM NÃO	Que ele fica confortável no meu colo	SIM NÃO	Que ele fica confortável no meu colo	SIM NÃO	Que ele fica confortável no meu colo	SIM NÃO
É difícil de acalmar quando está chateado	SIM NÃO	É difícil de acalmar quando está chateado	SIM NÃO	É difícil de acalmar quando está chateado	SIM NÃO	É difícil de acalmar quando está chateado	SIM NÃO
Chora demais (não sendo cólica)	SIM NÃO	Chora demais	SIM NÃO	Chora demais	SIM NÃO	Chora demais	SIM NÃO
Sente prazer em mamar (peito ou mamadeira)	SIM NÃO	Sente prazer em mamar (peito ou mamadeira)	SIM NÃO	Sente prazer em mamar (peito ou mamadeira)	SIM NÃO	Sente prazer em mamar (peito ou mamadeira)	SIM NÃO
Dorme o suficiente para sua idade	SIM NÃO	Dorme o suficiente para sua idade	SIM NÃO	Dorme o suficiente para sua idade	SIM NÃO	Dorme o suficiente para sua idade	SIM NÃO
Costuma ter o sono tranquilo	SIM NÃO	Costuma ter o sono tranquilo	SIM NÃO	Costuma ter o sono tranquilo	SIM NÃO	Costuma ter o sono tranquilo	SIM NÃO

Troca o dia pela noite	SIM	NÃO	Troca o dia pela noite	SIM	NÃO	Troca o dia pela noite	SIM	NÃO	Troca o dia pela noite	SIM	NÃO
			Ele se interessa e/ou gosta de estar com outras crianças	SIM	NÃO	Ele se interessa e/ou gosta de estar com outras crianças	SIM	NÃO	Ele se interessa e/ou gosta de estar com outras crianças	SIM	NÃO
			Gosta de ficar com o pai	SIM	NÃO	Gosta de ficar com o pai	SIM	NÃO	Gosta de ficar com o pai	SIM	NÃO
			É uma luta para ele comer	SIM	NÃO	É uma luta para ele comer	SIM	NÃO	É uma luta para ele comer	SIM	NÃO
			Ao me reencontrar costuma ficar feliz	SIM	NÃO	Ao me reencontrar costuma ficar feliz	SIM	NÃO	Ao me reencontrar costuma ficar feliz	SIM	NÃO
			É uma criança alegre	SIM	NÃO	É uma criança alegre	SIM	NÃO	É uma criança alegre	SIM	NÃO
			Sorri ou responde quando eu ou alguém se dirige a ele	SIM	NÃO	Sorri ou responde quando eu ou alguém se dirige a ele	SIM	NÃO	Sorri ou responde quando eu ou alguém se dirige a ele	SIM	NÃO
			Produz sons e/ou brinca com sua voz	SIM	NÃO	Produz sons e/ou brinca com sua voz	SIM	NÃO			
						Gosta quando encho ele de beijinhos	SIM	NÃO	Gosta quando encho ele de beijinhos	SIM	NÃO
						Sente prazer em se alimentar	SIM	NÃO	Sente prazer em se alimentar	SIM	NÃO
						É uma criança irritada e/ou agressiva	SIM	NÃO	É uma criança irritada e/ou agressiva	SIM	NÃO
						Faz gracinhas	SIM	NÃO	Faz gracinhas	SIM	NÃO
						Aceita alimentação semi-sólida (alimentos amassados)	SIM	NÃO	Aceita alimentação semi-sólida (alimentos amassados)	SIM	NÃO
						Aceita alimentação sólida (alimentos em pedacinhos)	SIM	NÃO	Aceita alimentação sólida (alimentos em pedacinhos)	SIM	NÃO
						Aceita alimentação variada	SIM	NÃO	Aceita alimentação variada	SIM	NÃO
						Sabe pedir algo quando quer	SIM	NÃO	Sabe pedir algo quando quer	SIM	NÃO
						Estranha pessoas desconhecidas	SIM	NÃO	Estranha pessoas desconhecidas	SIM	NÃO
						Consegue suportar bem quando me ausento por breves períodos de tempo	SIM	NÃO	Consegue suportar bem quando me ausento por breves períodos de tempo	SIM	NÃO
						Demonstra alguma reação quando me ausento por longos períodos de tempo	SIM	NÃO	Demonstra alguma reação quando me ausento por longos períodos de tempo	SIM	NÃO
						Se reconhece no espelho	SIM	NÃO	Se reconhece no espelho	SIM	NÃO
						Compreende e/ou obedece algumas regras que lhe foram ensinadas	SIM	NÃO	Compreende e/ou obedece algumas regras que lhe foram ensinadas	SIM	NÃO
						Quer tudo na hora	SIM	NÃO	Quer tudo na hora	SIM	NÃO
						Fala palavras e/ou frases que compreendo	SIM	NÃO	Fala palavras e/ou frases que compreendo	SIM	NÃO
						Costuma brincar	SIM	NÃO	Costuma brincar	SIM	NÃO
									Fala poucas palavras para a sua idade	SIM	NÃO
									É uma criança birrenta	SIM	NÃO

### SOBRE MIM: EU...

0-4 MESES INCOMPLETOS ( )			4-8 MESES INCOMPLETOS ( )			8-12 MESES INCOMPLETOS ( )			12-18 MESES ( )		
Costumo conversar com meu filho	SIM	NÃO	Costumo conversar com meu filho	SIM	NÃO	Costumo conversar com meu filho	SIM	NÃO	Costumo conversar com meu filho	SIM	NÃO
Falo com ele com voz dengosa	SIM	NÃO	Falo com ele com voz dengosa	SIM	NÃO	Falo com ele com voz dengosa	SIM	NÃO	Falo com ele com voz dengosa	SIM	NÃO
Falo com ele através do olhar	SIM	NÃO	Falo com ele através do olhar	SIM	NÃO	Falo com ele através do olhar	SIM	NÃO	Falo com ele através do olhar	SIM	NÃO
Aprendo com o meu bebê	SIM	NÃO	Aprendo com o meu bebê	SIM	NÃO	Aprendo com o meu bebê	SIM	NÃO	Aprendo com o meu bebê	SIM	NÃO
Respondo com um sorriso quando ele sorri e/ou faz gracinhas para mim	SIM	NÃO	Respondo com um sorriso quando ele sorri e/ou faz gracinhas para mim	SIM	NÃO	Respondo com um sorriso quando ele sorri e/ou faz gracinhas para mim	SIM	NÃO	Respondo com um sorriso quando ele sorri e/ou faz gracinhas para mim	SIM	NÃO
Acho fácil acalmar o meu filho	SIM	NÃO	Acho fácil acalmar o meu filho	SIM	NÃO	Acho fácil acalmar o meu filho	SIM	NÃO	Acho fácil acalmar o meu filho	SIM	NÃO
Brinco com ele	SIM	NÃO	Brinco com ele	SIM	NÃO	Brinco com ele	SIM	NÃO	Brinco com ele	SIM	NÃO
Costumo compreender as necessidades de meu filho	SIM	NÃO	Costumo compreender as necessidades de meu filho	SIM	NÃO	Costumo compreender as necessidades de meu filho	SIM	NÃO	Costumo compreender as necessidades de meu filho	SIM	NÃO
Sempre sei o que é melhor para o meu filho	SIM	NÃO	Sempre sei o que é melhor para o meu filho	SIM	NÃO	Sempre sei o que é melhor para o meu filho	SIM	NÃO	Sempre sei o que é melhor para o meu filho	SIM	NÃO
Consigo diferenciar os choros de meu bebê	SIM	NÃO	Consigo diferenciar os choros de meu bebê	SIM	NÃO	Consigo diferenciar os choros de meu bebê	SIM	NÃO	Consigo diferenciar os choros de meu bebê	SIM	NÃO



(fome, sono, manha, dor...)			(fome, sono, manha, dor...)			(fome, sono, manha, dor...)			(fome, sono, manha, dor...)		
Gosto de alimentar o meu bebê	SIM	NÃO	Gosto de alimentar o meu bebê	SIM	NÃO	Gosto de alimentar o meu bebê	SIM	NÃO	Gosto de alimentar o meu bebê	SIM	NÃO
Costumo dar banho no meu filho	SIM	NÃO	Costumo dar banho no meu filho	SIM	NÃO	Costumo dar banho no meu filho	SIM	NÃO	Costumo dar banho no meu filho	SIM	NÃO
Costumo me guiar pelas reações dele para saber o que ele quer ou como está	SIM	NÃO	Costumo me guiar pelas reações dele para saber o que ele quer ou como está	SIM	NÃO	Costumo me guiar pelas reações dele para saber o que ele quer ou como está	SIM	NÃO	Costumo me guiar pelas reações dele para saber o que ele quer ou como está	SIM	NÃO
Me sinto bem em amamentar o meu filho	SIM	NÃO	Me sinto bem em amamentar o meu filho	SIM	NÃO	Me sinto bem em amamentar o meu filho	SIM	NÃO	Me sinto bem em amamentar o meu filho	SIM	NÃO
Acredito que amamentar é uma forma de fortalecer nossa relação (seio/mamadeira)	SIM	NÃO	Acredito que amamentar é uma forma de fortalecer nossa relação (seio/mamadeira)	SIM	NÃO	Acredito que amamentar é uma forma de fortalecer nossa relação (seio/mamadeira)	SIM	NÃO	Acredito que amamentar é uma forma de fortalecer nossa relação (seio/mamadeira)	SIM	NÃO
Fico feliz ao reencontrar meu bebê	SIM	NÃO	Fico feliz ao reencontrar meu bebê	SIM	NÃO	Fico feliz ao reencontrar meu bebê	SIM	NÃO	Fico feliz ao reencontrar meu bebê	SIM	NÃO
Sinto dificuldade em me separar de meu filho	SIM	NÃO	Sinto dificuldade em me separar de meu filho	SIM	NÃO	Sinto dificuldade em me separar de meu filho	SIM	NÃO	Sinto dificuldade em me separar de meu filho	SIM	NÃO
Estabeleço rotinas no dia a dia dele	SIM	NÃO	Estabeleço rotinas no dia a dia dele	SIM	NÃO	Estabeleço rotinas no dia a dia dele	SIM	NÃO	Estabeleço rotinas no dia a dia dele	SIM	NÃO
Estimulo e valorizo suas iniciativas e pequenas conquistas	SIM	NÃO	Estimulo e valorizo suas iniciativas e pequenas conquistas	SIM	NÃO	Estimulo e valorizo suas iniciativas e pequenas conquistas	SIM	NÃO	Estimulo e valorizo suas iniciativas e pequenas conquistas	SIM	NÃO
Tenho outros interesses além de meu filho	SIM	NÃO	Tenho outros interesses além de meu filho	SIM	NÃO	Tenho outros interesses além de meu filho	SIM	NÃO	Tenho outros interesses além de meu filho	SIM	NÃO
Costumo seguir as orientações do médico do meu filho	SIM	NÃO	Costumo seguir as orientações do médico do meu filho	SIM	NÃO	Costumo seguir as orientações do médico do meu filho	SIM	NÃO	Costumo seguir as orientações do médico do meu filho	SIM	NÃO
Acho importante que o pai também cuide dele	SIM	NÃO	Acho importante que o pai também cuide dele	SIM	NÃO	Acho importante que o pai também cuide dele	SIM	NÃO	Acho importante que o pai também cuide dele	SIM	NÃO
Me sinto segura como mãe	SIM	NÃO	Me sinto segura como mãe	SIM	NÃO	Me sinto segura como mãe	SIM	NÃO	Me sinto segura como mãe	SIM	NÃO
Cuido dele com prazer	SIM	NÃO	Cuido dele com prazer	SIM	NÃO	Cuido dele com prazer	SIM	NÃO	Cuido dele com prazer	SIM	NÃO
Não me preocupo de forma exagerada com ele	SIM	NÃO	Não me preocupo de forma exagerada com ele	SIM	NÃO	Não me preocupo de forma exagerada com ele	SIM	NÃO	Não me preocupo de forma exagerada com ele	SIM	NÃO
Cuido do meu filho quando ele está doente	SIM	NÃO	Cuido do meu filho quando ele está doente	SIM	NÃO	Cuido do meu filho quando ele está doente	SIM	NÃO	Cuido do meu filho quando ele está doente	SIM	NÃO
Sempre que posso eu o coloco para dormir	SIM	NÃO	Sempre que posso eu o coloco para dormir	SIM	NÃO	Sempre que posso eu o coloco para dormir	SIM	NÃO	Sempre que posso eu o coloco para dormir	SIM	NÃO
Falo alto com o meu bebê	SIM	NÃO	Falo alto com o meu bebê	SIM	NÃO	Falo alto com o meu bebê	SIM	NÃO	Falo alto com o meu bebê	SIM	NÃO
Sou carinhosa com meu filho	SIM	NÃO	Sou carinhosa com meu filho	SIM	NÃO	Sou carinhosa com meu filho	SIM	NÃO	Sou carinhosa com meu filho	SIM	NÃO
Gosto de lhe dar muitos beijinhos	SIM	NÃO	Gosto de lhe dar muitos beijinhos	SIM	NÃO	Gosto de lhe dar muitos beijinhos	SIM	NÃO	Gosto de lhe dar muitos beijinhos	SIM	NÃO
Fico preocupada com alguns comportamentos dele	SIM	NÃO	Fico preocupada com alguns comportamentos dele	SIM	NÃO	Fico preocupada com alguns comportamentos dele	SIM	NÃO	Fico preocupada com alguns comportamentos dele	SIM	NÃO
Acho importante ter com quem dividir os cuidados do meu filho	SIM	NÃO	Acho importante ter com quem dividir os cuidados do meu filho	SIM	NÃO	Acho importante ter com quem dividir os cuidados do meu filho	SIM	NÃO	Acho importante ter com quem dividir os cuidados do meu filho	SIM	NÃO
Dou atenção a ele quando estou em casa	SIM	NÃO	Dou atenção a ele quando estou em casa	SIM	NÃO	Dou atenção a ele quando estou em casa	SIM	NÃO	Dou atenção a ele quando estou em casa	SIM	NÃO
Dedico um tempo do meu dia para ficar com meu filho	SIM	NÃO	Dedico um tempo do meu dia para ficar com meu filho	SIM	NÃO	Dedico um tempo do meu dia para ficar com meu filho	SIM	NÃO	Dedico um tempo do meu dia para ficar com meu filho	SIM	NÃO
Cuido dele no dia a dia	SIM	NÃO	Cuido dele no dia a dia	SIM	NÃO	Cuido dele no dia a dia	SIM	NÃO	Cuido dele no dia a dia	SIM	NÃO
Sempre que posso procuro eu mesma alimentar o meu filho	SIM	NÃO	Sempre que posso procuro eu mesma alimentar o meu filho	SIM	NÃO	Sempre que posso procuro eu mesma alimentar o meu filho	SIM	NÃO	Sempre que posso procuro eu mesma alimentar o meu filho	SIM	NÃO
Tenho me sentindo muito triste ultimamente	SIM	NÃO	Tenho me sentindo muito triste ultimamente	SIM	NÃO	Tenho me sentindo muito triste ultimamente	SIM	NÃO	Tenho me sentindo muito triste ultimamente	SIM	NÃO
Me sinto sobrecarregada com as atividades que tenho como mãe	SIM	NÃO	Me sinto sobrecarregada com as atividades que tenho como mãe	SIM	NÃO	Me sinto sobrecarregada com as atividades que tenho como mãe	SIM	NÃO	Me sinto sobrecarregada com as atividades que tenho como mãe	SIM	NÃO
Tenho me sentido irritada ultimamente	SIM	NÃO	Tenho me sentido irritada ultimamente	SIM	NÃO	Tenho me sentido irritada ultimamente	SIM	NÃO	Tenho me sentido irritada ultimamente	SIM	NÃO
			Preciso sair de casa escondida para meu bebê não notar	SIM	NÃO	Preciso sair de casa escondida para meu bebê não notar	SIM	NÃO	Preciso sair de casa escondida para meu bebê não notar	SIM	NÃO
						Evito dar tudo de mão beijada a ele para estimular seu desenvolvimento	SIM	NÃO	Evito dar tudo de mão beijada a ele para estimular seu desenvolvimento	SIM	NÃO
						Ensino o certo e o errado para ele	SIM	NÃO	Ensino o certo e o errado para ele	SIM	NÃO
						É importante ele aprender a esperar para ser atendido	SIM	NÃO	É importante ele aprender a esperar para ser atendido	SIM	NÃO
						Deixo ele fazer o que ele quer, pois ele é um bebê	SIM	NÃO	Deixo ele fazer o que ele quer, pois ele é um bebê	SIM	NÃO
									Estimulo meu filho a nomear o que ele quer	SIM	NÃO

## APÊNDICE 3

1/3

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **“Relação mãe-bebê e o Impacto no Crescimento e Desenvolvimento da Criança”**, que será realizada na Unidade Básica de Saúde Robson Cavalcanti. Você recebeu das pesquisadoras da Universidade Federal de Alagoas (UFAL): acadêmica de Enfermagem Thainá da Silva Cabral, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira (orientadora da equipe de pesquisa), Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Carolina Vieira Santana (coorientadora da equipe de pesquisa) as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a analisar o impacto do elo vital materno infantil no crescimento e desenvolvimento da criança até 1 ano de idade cadastrada na Unidade de Saúde da Família Robson Cavalcante.
2. A importância deste estudo está no apoio e orientações da equipe de saúde para a promoção e estabelecimento do vínculo entre você mamãe e o seu filho, visto que, a qualidade desta relação promoverá um desenvolvimento saudável. Além da detecção precoce de riscos ao crescimento e desenvolvimento da criança.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes:
  - ✓ Compreensão de como o sentido intuitivo proveniente da mãe é desenvolvido;
  - ✓ Identificação das necessidades da criança através da própria linguagem verbal e não verbal;
  - ✓ Análise do índice de crescimento e desenvolvimento da criança;
  - ✓ Identificação e análise do vínculo satisfatório e insatisfatório entre a mãe e o bebê.
4. A coleta de dados começará em agosto de 2019 e terminará em novembro de 2019.
5. O estudo será feito da seguinte maneira:
  - ✓ 1ª etapa: você entregará o cartão da criança, para que as pesquisadoras possam anotar os registros do peso, altura, vacinações, idade (em meses) do seu filho. Após o registro dessas informações o cartão será devolvido.
  - ✓ 2ª etapa: Você responderá às pesquisadoras se o seu filho é amamentado exclusivamente ou não; e /ou ainda se não é amamentado;
  - ✓ 3ª etapa: Será feita perguntas sobre a sua relação com o seu filho e o impacto no crescimento/desenvolvimento, dos quais destacam-se os seguintes assuntos:
    - ✚ Sentido intuitivo da mãe – “sexto sentido da mãe”
    - ✚ Elo vital na relação materno infantil – “relação de afeto entre você e seu filho”
    - ✚ Crescimento e desenvolvimento da criança
 Posteriormente, os dados serão analisados descritivamente e o seus respectivos resultados serão expostos para todas as mães e profissionais de saúde da UBS Robson Cavalcanti, para que dessa forma, possa ser traçado um plano de cuidados voltado para as necessidades da sua família.
6. A sua participação será na etapa de coleta de dados, já descrito no item 5.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: rompimento no sigilo por parte dos pesquisadores e que a sua identidade possa ser revelada, ou que as suas



2/3

repostas se tornem públicas, e constrangimento diante das perguntas formuladas ou desconforto de ordem psicológica. Dessa forma, para minimizar os riscos, as pesquisadoras se comprometem com a confidencialidade dos seus dados fornecidos e o preenchimento dos formulários não constará a sua identificação. Para minimização do risco de constrangimento você poderá optar por não responder qualquer pergunta caso sinta-se constrangida. Além disso, as entrevistas serão realizadas individualmente, em ambiente reservado, garantindo o conforto e privacidade dos respondentes. Para a minimização do constrangimento de ordem psicológica será garantido assistência psicológica, descritas no item 9.

8. O benefício esperado será o conhecimento das mães e da equipe de saúde sobre o impacto da relação maternoinfantil no desenvolvimento e crescimento da criança até 12 meses de idade. Como estratégia para alcance desse benefício destacam-se as palestras a serem realizadas pelas pesquisadoras sobre os resultados desse estudo à todas as mães participantes e equipe de saúde da UBS Robson Cavalcanti, e elaboração/implementação de um plano de cuidados para detecção precoce de riscos ao crescimento e desenvolvimento da criança e orientações da equipe de saúde para a promoção e estabelecimento do vínculo entre você mamãe e o seu filho.

9. Você poderá contar com a seguinte assistência psicológica: escuta, acolhimento e encaminhamento para atendimento psicoterapêutico em caso de necessidade, sendo responsável(is) por ela : Maria Cícera dos Santos Albuquerque – CRP: 152511

10. Você será informada do resultado final da pesquisa e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa e só ocorrerá "após sua autorização";

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você deverá ser ressarcida por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu ....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e




3/3

para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

<p><b>Endereço da pesquisadora responsável pela pesquisa:</b>  <b>Profª. Drª. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira</b>          Instituição: Universidade Federal da Alagoas - UFAL (Campus A. C. Simões).          Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Cidade Universitária, Maceió - AL, 57072-900          Complemento: Escola de Enfermagem - EENF          Cidade/CEP: Maceió          Telefone: (82) 32141155          Ponto de referência: Bloco da Saúde, atrás da biblioteca</p>
<p><b>Contato de urgência: Profª. Drª. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira</b>          Instituição: Universidade Federal da Alagoas - UFAL (Campus A. C. Simões).          Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Cidade Universitária, Maceió - AL, 57072-900          Complemento: Escola de Enfermagem - EENF          Cidade/CEP: Maceió          Telefone: (82) 32141155          Ponto de referência: Bloco da Saúde, atrás da biblioteca.</p>
<p><b>ATENÇÃO:</b> O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:          Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas          Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária          Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.          E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com</p>

Maceió, 24 de Abril de 2019

	 <b>Keila Cristina Pereira do N. Oliveira</b> SIAPE 2533720 Profª EENF / UFAL
Assinatura ou impressão datiloscópica da participante da pesquisa (rubricar as demais folhas)	Profa. Dra. Keila Cristina P. do Nascimento Oliveira Pesquisadora Principal (rubricar as demais folhas)
Thainá da Silva Cabral Pesquisadora colaboradora (rubricar as demais folhas)	Profa. Dra. Ana Carolina Vieira Santana Pesquisadora colaboradora (rubricar as demais folhas)


## APÊNDICE 4


DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO 466/12,  
DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E  
SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DO MATERIAL/DADOS COLETADOS

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira (orientadora da equipe de pesquisa), Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Carolina Vieira Santana (coorientadora da equipe de pesquisa), Thainá da Silva Cabral (orientanda e acadêmica de enfermagem), pesquisadoras do projeto **“Relação mãe-bebê e o Impacto no Crescimento e Desenvolvimento da Criança”**, a ser realizado na Unidade Básica de Saúde Robson Cavalcanti.

Nos comprometemos em seguir fielmente os dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, asseguramos que os resultados da presente pesquisa serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não, bem como declaramos que os dados coletados para o desenvolvimento do projeto (*questionários impressos e banco de dados em planilha excel*) serão utilizados para elaboração dos resultados que serão apresentados por meio de gráficos e tabelas do Trabalho de Conclusão de Curso e, após conclusão da pesquisa, os dados serão armazenados por cinco anos e após esse período, os mesmos serão *destruídos*.

Maceió, 03 de junho de 2019.

  
Keila Cristina P do N Oliveira  
Orientadora

  
Ana Carolina Vieira Santana  
Coorientadora

  
Thainá da Silva Cabral  
Acadêmica de Enfermagem

## APÊNDICE 5

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

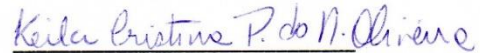
Através do presente instrumento, solicitamos do Gestor da Unidade Básica de Saúde Robson Cavalcante, autorização para realização da pesquisa integrante do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da acadêmica Thainá da Silva Cabral, orientada pela Profª Drª Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira, e coorientação da Profª Drª Ana Carolina Vieira Santana, tendo como título preliminar: **Relação mãe-bebê e o Impacto no Crescimento e Desenvolvimento da Criança**. A coleta de dados será feita através da realização de uma entrevista semiestruturada e aplicação de um questionário, conforme modelo anexo.

A presente atividade é requisito para a conclusão do curso de Enfermagem, da Escola de Enfermagem (EENF) da Universidade Federal de Alagoas. As informações aqui prestadas não serão divulgadas sem a autorização final da Instituição campo de pesquisa.

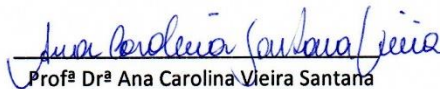
Maceió, 23 de Abril de 2019.



Thainá da Silva Cabral  
Acadêmica



Profª Drª Keila Cristina P do N Oliveira  
Orientadora



Profª Drª Ana Carolina Vieira Santana  
Coorientadora

## APÊNDICE 6



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ROBSON CAVALCANTE

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Ana Paula Mariano dos Santos, diretora da Unidade de Saúde da Família Robson Cavalcante, AUTORIZO as pesquisadoras Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira, RG: 0903368-8 SESP MT, CPF: 594.154.011-68, docente da Escola de enfermagem – EENF/UFAL, SIAPE 2533720. Ana Carolina Vieira Santana, RG: 98001149793, CPF: 011.005.334-60, docente da Escola de enfermagem – EENF/UFAL, SIAPE 2395972. Thainá da Silva Cabral, RG: 3731278-2, CPF: 089.847.214-84, acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Alagoas (UFAL), matrícula: 15210675, a realizarem entrevistas semiestruturadas e aplicações de questionários, com base em eixos temáticos que se referem à relação mãe-bebê e o impacto no crescimento/desenvolvimento, para a realização do Projeto de Pesquisa **“Relação Mãe-Bebê e o Impacto no Crescimento e Desenvolvimento da Criança”**, que tem por objetivo primário analisar o impacto do elo vital na relação materno infantil no crescimento e desenvolvimento da criança atendida em uma Unidade Básica de Saúde.

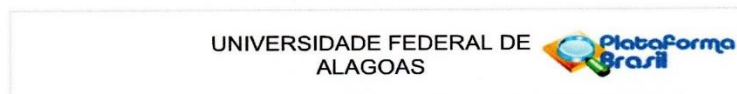
Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS N° 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Maceió, 25de Abril de 2019.

*Ana Paula M. dos Santos*  
 Ana Paula M. dos Santos  
 Diretora Administrativa  
 U.S.F. Robson Cavalcante Melo

## APÊNDICE 7



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Relação mãe- bebê e o impacto no crescimento e desenvolvimento da criança

**Pesquisador:** KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 16676719.0.0000.5013

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Alagoas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.536.703

## Apresentação do Projeto:

O presente estudo trata da relação mãe-bebê e o impacto no crescimento e desenvolvimento da criança. Nesse contexto, a motivação pela escolha desse problema de pesquisa advém do interesse em compreender a construção do vínculo entre a referida díade e o seu impacto nas bases do crescimento e desenvolvimento infantil, além de entender como o sentido intuitivo proveniente da mãe é desenvolvido, e como é dada a compreensão das necessidades do infante através da linguagem subjetiva do mesmo. A relação da mãe com o bebê começa na gestação e se estabelecerá após o nascimento e durante o crescimento e desenvolvimento da criança. A construção do elo materno infantil é excepcional para a formação do infante em seus processos evolutivos, abrangendo os aspectos psicológico, físico e emocional. A intuição advinda da mãe é essencial para a comunicação entre o binômio, uma vez que, em seus primeiros meses de vida, a criança não verbaliza e as suas formas de comunicação são subjetivas como estratégia de sobrevivência. A partir disso, o puerpério é o momento essencial para a construção e consolidação do vínculo que deve ter sido iniciado na vida intrauterina. Diante do exposto, a relevância do presente estudo está embasada na importância em aguçar o olhar dos profissionais, em especial a enfermagem por estar sempre junto ao paciente, quanto ao apoio e orientações para a promoção e estabelecimento do vínculo entre o binômio mãe-bebê e entre a família, visto que, a qualidade desta relação promoverá um desenvolvimento saudável. Por outro lado, o olhar minucioso abre espaço para a detecção precoce de riscos ao desenvolvimento, permitindo a intervenção desde o

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Página 01 de 07

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS

Continuação do Parecer: 3.536.703

Outros	Instrumento_de_Coleta_TCC.pdf	19/05/2019 10:57:44	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Solicitacao_Autorizacao_Pesquisa.pdf	19/05/2019 10:40:29	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_TCC.pdf	19/05/2019 10:40:00	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/05/2019 10:39:18	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito

## Situação do Parecer:

Aprovado

## Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 27 de Agosto de 2019

Assinado por:  
 Luciana Santana  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Página 02 de 07