

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE CIÊNCIAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO  
DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM**

**MARIANA DE FREITAS PEREIRA PEDERRO**

**INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ COM SUSPEITA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA E  
INDICADORES DE SAÚDE EMOCIONAL MATERNA: COMPARAÇÃO COM  
DÍADE MÃE-BEBÊ OUVINTE**

**BAURU-SP  
2018**

**MARIANA DE FREITAS PEREIRA PEDERRO**

**INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ COM SUSPEITA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA E  
INDICADORES DE SAÚDE EMOCIONAL MATERNA: COMPARAÇÃO COM  
DÍADE MÃE-BEBÊ OUVINTE**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, campus de Bauru – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração Desenvolvimento: comportamento e saúde, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues e coorientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Lourdes Merighi Tabaquim.

**BAURU-SP  
2018**

Pederro, Mariana de Freitas Pereira.

Interação mãe-bebê com suspeita de deficiência auditiva e indicadores de saúde emocional materna: comparação com díade mãe-bebê ouvinte / Mariana de Freitas Pereira Pederro, 2018

78 f.

Orientadora: Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues  
Coorientadora: Maria de Lourdes Merighi Tabaquim

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2018

1. Interação mãe-bebê. 2. Deficiência auditiva. 3. Saúde emocional materna. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de Mariana de Freitas Pereira Pederro, discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, da Faculdade de Ciências - Câmpus de Bauru.**

Aos 09 dias do mês de agosto do ano de 2018, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/Campus de Bauru, Profa. Dra. GIMOL BENZAQUEN PEROSA do(a) Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de MARIANA DE FREITAS PEREIRA PEDERRO, intitulada **"INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ COM SUSPEITA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA E INDICADORES DE SAÚDE EMOCIONAL MATERNA: COMPARAÇÃO COM DÍADE MÃE-BEBÊ OUVINTE"**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES

Profa. Dra. GIMOL BENZAQUEN PEROSA

Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por toda ajuda que sempre me deu em toda minha vida.

À minha mãe Lúcia e meu marido Paulo, por todo apoio, dedicação e ajuda que me deram para que eu conseguisse concluir mais esta etapa.

À minha filha Luana, que me acompanhou durante esse período de Mestrado.

À minha orientadora Olga por toda dedicação e por proporcionar orientações e ensinamentos com tanta competência e carinho.

À minha coorientadora Malu, que me acompanha e me orienta desde a minha formação na residência multiprofissional.

À Maria Fernanda, que me ajudou muito quando eu mais precisei.

Às professoras Gimol B. Perosa e Sandra L. Calais por dedicarem um tempo para meu estudo e darem todas as valiosas contribuições que recebi.

À FAPESP, pelo apoio e incentivo financeiro, que me permitiu dedicação em tempo integral.

À Rose, por todo seu carinho e dedicação, assim como todas as psicólogas e fonoaudiólogas do HRAC que me ajudaram durante todo meu processo de coleta.

Aos funcionários do CPA, pelos esclarecimentos das minhas dúvidas.

À todas as mães e bebês que contribuíram para que esse estudo se tornasse possível.

À Laiza, que me incentivou a trilhar o caminho do Mestrado.

Às amigas que ganhei nesse processo e que levarei sempre comigo: Taís Chiodelli, Tahena Ferreira, Carol Montanhur, Bárbara Campos, Mari Fachini, Angélica Cunha e todas minhas outras amigas que sempre me apoiaram e incentivaram para esse momento.

Esse trabalho é apoiado pelo convênio estabelecido entre a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), mediante concessão de bolsa de Mestrado, com período de vigência de setembro de 2016 a agosto de 2018, processo nº 2016/10595-0



PEDERRO, M. F. P. **Interação mãe-bebê com suspeita de deficiência auditiva e indicadores de saúde emocional materna: comparação com díade mãe-bebê ouvinte.** 2018. 78f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2018.

## RESUMO

A interação mãe-bebê é a mais importante das interações, possibilitando à mãe o oferecimento de afetividade e segurança para um vínculo sadio e promotor do desenvolvimento do seu bebê. Muitos são os fatores que podem comprometer esse vínculo e, entre eles, estão a saúde auditiva do bebê e a saúde emocional materna. O objetivo do presente estudo foi descrever e comparar a interação de mães ouvintes e bebês com suspeita de deficiência auditiva e de mães e bebês ouvintes, associando-a com indicadores emocionais maternos. Participaram 50 díades, sendo 25 mães e bebês com suspeita de deficiência auditiva (G1) e 25 mães e bebês ouvintes (G2). Foram utilizados os instrumentos Sistema de Codificação da Interação Mãe Criança Revisado (CITMI-R), para avaliar a interação mãe-bebê e a Escala de Estresse Percebido (PSS), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e o Inventário de Depressão Beck (BDI), para avaliar a saúde emocional materna. Os dados referentes à saúde emocional desta amostra foram organizados e descritos conforme os crivos e tabelas de apuração e interpretação contidos no manual de cada instrumento. A interação mãe-bebê foi codificada de acordo com o protocolo do CITMI-R, adaptado para este estudo. Os resultados foram comparados utilizando o Teste de Mann Whitney e correlacionados utilizando o Teste de Spearman. Observou-se diferenças estatísticas entre os grupos, sendo que os bebês do G1 apresentaram menos comportamentos positivos e neutros e mais comportamentos não responsivos e a frequência dos comportamentos das mães desse mesmo grupo ocorreram mais nas categorias de comportamentos positivos, neutros e não responsivos. Em relação à saúde emocional, as mães do G1 apresentaram mais indicadores clínicos para depressão, ansiedade estado e traço e, quando relacionados com os comportamentos interativos de seus bebês e seus próprios, houve relação entre a saúde emocional e os comportamentos emitidos pelas díades. Os resultados podem contribuir para o desenvolvimento de intervenções na interação mãe-bebê com suspeita ou deficiência e saúde emocional materna.

**Palavras-chave:** Interação mãe-bebê. Deficiência Auditiva. Saúde emocional materna.

PEDERRO, M. F. P. **Interação mãe-bebê com suspeita de deficiência auditiva e indicadores de saúde emocional materna: comparação com díade mãe-bebê ouvinte.** 2018. 78f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2018.

### ABSTRACT

The mother-baby interaction is the most important of the interactions, enabling the mother to offer affection and security to a healthy bond and promote the development of her baby. There are many factors that can compromise this bond, and among them are the baby's auditory health and maternal emotional health. The objective of the present study was to describe and compare the interaction of hearing mothers and infants with suspected hearing impairment and of hearing mothers and babies, associating it with maternal emotional indicators. Participants included 50 dyads, 25 mothers and babies with suspected hearing impairment (G1) and 25 mothers and hearing babies (G2). The Revised Mother Child Interaction Coding System (CITMI-R) was used to evaluate the mother-infant interaction and the Perceived Stress Scale (PSS), the Trait-State Anxiety Inventory (IDATE), and the Depression Inventory Beck (BDI), to assess maternal emotional health. The data concerning the emotional health of this sample were organized and described according to the sightings and tables of calculation and interpretation contained in the manual of each instrument. The mother-infant interaction was coded according to the CITMI-R protocol, adapted for this study. The results were compared using the Mann Whitney Test and correlated using the Spearman's Test. Statistical differences were observed between the groups, with G1 infants exhibiting less positive and neutral behaviors and more nonresponsive behaviors, and the frequency of mothers' behaviors in the same group occurred more in the categories of positive, neutral and nonresponsive behaviors. Regarding emotional health, G1 mothers presented more clinical indicators for depression, state anxiety and stroke, and when related to the interactive behaviors of their babies and their own, there was a relationship between emotional health and behaviors emitted by the dyads. The results may contribute to the development of interventions in mother-infant interaction with suspicion or deficiency and maternal emotional health.

**Keywords:** Mother-baby interaction. Hearing deficiency. Maternal emotional health.



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1. Descrição dos comportamentos interativos do bebê adaptados do CITMI-R .....	37
Quadro 2. Descrição dos comportamentos interativos maternos adaptados do CITMI-R .....	38

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Motivos de encaminhamento dos bebês para o serviço de saúde auditiva do HRAC. ....	34
Tabela 2. Caracterização dos bebês e mães dos dois grupos. ....	35
Tabela 2. Caracterização dos bebês e mães dos dois grupos. ....	36
Tabela 3. Frequência absoluta e relativa dos comportamentos interativos dos bebês .....	45
Tabela 4. Dados comparativos dos dois grupos de bebês considerando a média de comportamentos interativos .....	46
Tabela 5. Frequência absoluta e relativa dos comportamentos interativos maternos .....	47
Tabela 6. Dados comparativos dos dois grupos de díades considerando a média de comportamentos interativos maternos .....	48
Tabela 6. Dados comparativos dos dois grupos de díades considerando a média de comportamentos interativos maternos .....	49
Tabela 7. Frequência absoluta e relativa dos indicadores emocionais maternos para os dois grupos.....	49
Tabela 8. Dados comparativos dos indicadores de saúde emocional materna dos dois grupos de mães, considerando a pontuação média .....	50
Tabela 9. Relação entre saúde emocional de mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva (G1) e os comportamentos interativos do bebê.....	50
Tabela 10. Relação entre saúde emocional de mães de bebês ouvintes (G2) e os comportamentos interativos do bebê .....	51
Tabela 11. Relação entre saúde emocional de mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva (G1) e os comportamentos interativos maternos .....	52
Tabela 12. Relação entre saúde emocional de mães de bebês ouvintes (G2) e os comportamentos interativos maternos .....	53
Tabela 13. Relação entre os instrumentos de saúde emocional de mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva (G1). ....	53
Tabela 14. Relação entre os instrumentos de saúde emocional de mães de bebês ouvintes (G2). ....	53

## **LISTA DE APÊNDICES**

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	69
APÊNDICE 2 – Entrevista Inicial .....	71

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.....	73
ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC/USP).....	75
ANEXO 3 – Escala de Estresse Percebido (PSS).....	78

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI - Inventário de Ansiedade de Beck

BDI-II - Inventário de Depressão de Beck

CITMI-R - Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPA/UNESP - Clínica de Psicologia Aplicada, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

DA – Deficiência auditiva

DSA - Divisão de Saúde Auditiva

EOAE - Emissões Otoacústicas Evocadas

EPDS - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo / Edinburgh Postnatal Depression Scale

G1 - Bebês com suspeita de deficiência auditiva

G2 - Bebês ouvintes, do Grupo Controle

HRAC/USP - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo

IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

IEPMB - Inventário de Estilos Parentais de Mães de Bebês

IPO - Inventário Portage Operacionalizado

IRDIs - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil

ISSL - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

PBQ - Postpartum Bonding Questionnaire

PC - Paralisia cerebral

PEATE-Automático - Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

PSS-10 - Escala de Estresse Percebido

TAN - Triagem Auditiva Neonatal

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
1. A interação mãe-bebê .....	15
2. A interação mãe-bebê com deficiência.....	19
3. A interação mãe-bebê com deficiência auditiva.....	22
4. A saúde emocional materna e a interação mãe bebê com e sem deficiência.....	26
JUSTIFICATIVA .....	32
OBJETIVOS.....	32
Geral.....	32
Específicos .....	32
MÉTODO .....	33
Aspectos Éticos.....	33
Delineamento do estudo.....	34
Participantes .....	34
Local .....	36
Material.....	36
Para a coleta de dados sociodemográficos .....	36
Para o registro da interação mãe-bebê.....	36
Para a avaliação da interação mãe-bebê .....	37
Para a avaliação da saúde emocional materna.....	40
Procedimentos.....	41
Para a coleta de dados.....	41
Para a interação mãe-bebê .....	42
Para a avaliação da saúde emocional materna.....	42
Para a análise dos dados .....	43
RESULTADOS .....	44
DISCUSSÃO .....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	60
REFERÊNCIAS .....	61
APÊNDICES .....	69
ANEXOS .....	73

## **INTRODUÇÃO**

### **1. A interação mãe-bebê**

A interação mãe e bebê é construída desde o período gestacional. Essas interações possibilitam relações de onipotência e impotência, afeto e desafeto, dependência e independência (PEREIRA et al., 2014). Essa interação é a mais importante das relações, sendo essencial para a segurança, sobrevivência emocional e física, conforto, estabelecimento de relações interpessoais e exploração do mundo, por parte da criança (BOWLBY, 1969; 1981; 1997; 2009). Manifestações vocais, visuais, corporais e faciais são primordiais na interação mãe e bebê, caracterizando os comportamentos que garantem o vínculo afetivo (SCORTEGAGNA et al., 2005).

Outro fator fundamental para a relação de apego mãe e bebê e para o desenvolvimento da criança é o amor materno (NORIUCHI; KIKUCHI; SENOO, 2008), que caracteriza a presença da afetividade na interação mãe-bebê. A mãe ou outro cuidador deve desempenhar um papel que ofereça suporte e carinho para o bebê e, se isso não ocorrer, pode haver comprometimento de sua saúde mental e física (ESTEVES; BORGES, 2007).

Segundo Santos e Moura (2002), a mãe também irá aprender com o bebê a exercitar a maternidade e colocar em prática as crenças e valores que foram construídos antes de sua gestação. Esse vínculo é muito significativo para a díade mãe-bebê, mesmo com a presença de outros indivíduos, nos diferentes contextos ambientais que irão se inserir nessa relação durante os primeiros anos de vida. A mãe assume um papel relevante na apresentação do mundo para o bebê e este possibilita novas organizações à essa mãe, como as novas formas de interação. Na maioria das culturas a mãe exerce um papel essencial para a sobrevivência e bem-estar de seu bebê.

À medida que cresce, o bebê irá ampliar seu contexto de interação (SANTOS; MOURA, 2002). A partir do segundo semestre de vida dos bebês, as interações passam de

diádicas para triádicas, na medida em que desenvolvem novas competências motoras, sensoriais e perceptivas e interagem com outros objetos. Essas novas interações permitem ao bebê direcionar sua atenção para um mesmo objeto que seu companheiro. Acredita-se que os bebês possuam um componente biológico que os tornam aptos a participarem do contexto social, por meio de competências que permitem a interação com o cuidador. Essas competências irão interagir com predisposições comportamentais dos pais para a interação e cuidado com seus bebês (SEIDL-DE-MOURA et al., 2008).

A interação da mãe com a criança pode ser adequada, mas não responsiva, ou seja, o sinal da criança pode não ser respondido imediatamente pela mãe ou quando há essa resposta imediata, pode ser que não haja envolvimento de aspectos afetivos durante a mesma. Com isso, pode-se verificar se há dependência ou não da adequação da resposta materna. A sensibilidade está mais relacionada com o comportamento parental, porém, também é importante considerar o tipo de comportamento que a criança emite quando a mãe se dirige à ela (SILVEIRA; BICHARA, 2013).

Respostas de interação dos bebês são modeladas pelas respostas maternas. Seidl-de-Moura et al. (2004) realizaram um estudo com o objetivo de analisar características das interações iniciais de 30 díades mãe-bebês, com idade média de 29 dias. As interações foram filmadas durante 20 minutos. Os resultados apontaram que os episódios de interação identificados foram de curta duração, predominantemente face-a-face. Em contextos característicos de atividades sociais os bebês foram avaliados como participantes nas interações.

Piccinini et al. (2001) afirmam que, ao se estudar a interação, não pode haver dissociação das contribuições maternas e infantis, por isso, deve-se analisar as contribuições de ambos membros da díade. Os pesquisadores também mencionam que as situações de interação mãe-pai-bebê que seu grupo de pesquisa analisa, são sempre filmadas e investigadas



as verbalizações parentais e o significado que os comportamentos do bebê têm para seus pais. Em bebês nos três primeiros meses de idade, a interação é analisada por meio da ocorrência de comportamentos como vocalização, comportamentos involuntários, choro, agitação, olhar para a mãe, dormir e estado de alerta e da mãe como responder à vocalização ou choro, falar pelo bebê, sorrir, acariciar, embalar, estimular e interpretar o significado da fala. Os autores também enfatizaram a importância de investigar a bidirecionalidade que ocorre na interação, como por exemplo, a contingência dos comportamentos da mãe e do bebê, buscando identificar os antecedentes e consequentes de cada comportamento.

A interação mãe-bebê tem sido estudada de diversas formas e está presente no estudo de revisão de Silva e Porto (2016). Os autores analisaram 15 artigos científicos nacionais, na área de Psicologia, buscados nas bases de dados Scielo.org e Google Acadêmico, com palavras-chave “mãe-bebê” e “interação mãe-bebê”. Os pesquisadores mencionaram que há concordância entre os autores em relação à importância da interação mãe-bebê para o desenvolvimento infantil, além de mencionarem a necessidade de desenvolvimento de estratégias que complementem as deficiências nas interações e de intervenções de caráter preventivo.

Estudos dos instrumentos e validação de diversas técnicas têm sido realizados para avaliar a interação mãe e bebê, como os citados por Perrelli et al. (2014), em seu estudo de revisão sobre os instrumentos que são utilizados para avaliar o vínculo entre a mãe e o bebê com até um ano de idade. Os instrumentos de avaliação identificados continham escalas, inventários, questionários e método de observação e foram divididos em duas categorias, sendo Relação mãe e filho durante a gestação e Apego entre mãe e filho no período pós-parto. Na primeira categoria eles encontraram as escalas Maternal Fetal Attachment Scale (MFAS), Paternal Fetal Attachment Scale (PFAS), Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS), que também é composta pela versão paterna, o inventário Prenatal Attachment Inventory (PAI) e

o questionário com subescalas Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (PPMAMA, Postpartum Maternal Adjustment and Maternal Attitudes). Quanto à segunda categoria, constam os questionários Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), sendo este o mais utilizado nos estudos revisados, Parent-to-infant Attachment Questionnaire (PAQ) (MPAQ, versão materna e PPAQ versão paterna), escala de observação Mother-Infant Bonding Scale (MIBS) e o inventário Maternal Attachment Inventory (MAI). Os pesquisadores constatam que a maioria dos instrumentos encontrados é confiável para a avaliação do vínculo mãe-bebê, porém há limitações em relação à validade de critério e de construto, além de apenas dois deles estarem traduzidos e adaptados para a população brasileira.

Outro estudo que avalia a interação mãe-bebê é o de Alvarenga e Cerezo (2013), que utiliza a filmagem para esse fim. Elas analisaram a fidedignidade da versão brasileira do Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado (CITMI-R), que é um sistema de microanálise dos comportamentos de interação de crianças de zero a dois anos com seus cuidadores (pais, mães ou outros), obtidos a partir de filmagens. Neste estudo, a validação foi realizada por intermédio da avaliação de oito díades mãe-criança, cujos bebês tinham entre oito e 18 meses de idade. Inicialmente houve a tradução do protocolo e do manual para a língua portuguesa e a adequação de palavras foi realizada por meio da observação dos vídeos realizados com as oito díades. Em seguida, três observadores independentes foram treinados para a análise dos vídeos e duas duplas de observadores independentes analisaram os seis minutos iniciais dos 16 episódios de interação livre. As autoras concluíram que o CITMI-R revelou resultados fidedignos na versão brasileira e que pode ser aplicado em contextos de pesquisa e clínico. Elas propõem que novos estudos envolvam amostras maiores e comparação entre grupos. Estudos têm sido conduzidos avaliando a interação mãe-bebê com deficiência (MEDEIROS; SALOMÃO, 2012; BARBOSA et al., 2011; NARDI et al., 2015) ou, ainda, a relação mãe-bebê com deficiência auditiva (YAMADA et al., 2014).

## **2. A interação mãe-bebê com deficiência**

Um estudo de revisão, conduzido por Oliveira e Poletto (2015) a partir de 19 artigos de três bases de dados (SciELO, PePSIC e LILACS), utilizando as palavras-chave “mães”, “pais” e “deficiência” teve como objetivo revisar a literatura nacional sobre as vivências emocionais de pais com filhos com deficiência. Os estudos encontrados possuem delineamento qualitativo e publicação principalmente entre os anos 2000 e 2013. Os objetivos dos artigos foram categorizados em: sentimentos dos pais no recebimento do diagnóstico do filho; sentimentos diante da deficiência; vivência da elaboração do luto diante do filho idealizado; sentimentos positivos e negativos dos pais e as expectativas para o futuro do filho. Os resultados apontaram para um predomínio inicial de sentimentos de tristeza, culpa, raiva e choque por parte dos pais, porém, eles vão se adaptando e organizando-se à nova realidade, com o passar do tempo.

O estudo descrito aponta para um conjunto de sentimentos presentes na relação inicial com o bebê com deficiência que podem influenciar a interação da mãe com seu filho. Da Silva et al. (2017) encontraram que, com a chegada de um bebê com Síndrome de Down, a mãe pode assumir um comportamento superprotetivo, interferindo nos repertórios de autonomia e independência da criança. Todavia, pode ser que tal comportamento não se reduza somente às mães de crianças com deficiência, mas às mães de bebês atualmente. Há, portanto, uma expectativa de que mães de crianças com deficiência seriam mais vulneráveis aos fatores emocionais assim como teriam interações menos satisfatórias com seus bebês.

Outro estudo envolvendo a interação mãe e bebê diz respeito à pesquisa de Barbosa et al. (2011) que verificaram os efeitos da Shantala na interação mãe e criança, entre um e três anos de idade, com Síndrome de Down. Antes do início da intervenção terapêutica, foram realizadas duas palestras explicativas sobre a técnica, sendo uma para as mães e outra para os profissionais da instituição especializada que as crianças frequentavam. Três crianças

participaram do estudo, que consistia em aplicação da massagem pelas mães em sessões de 20 minutos, uma vez por semana, durante 60 dias. Dois questionários foram respondidos pelas mães, sendo um no início e outro ao final, para verificar os resultados da técnica. Os autores concluíram que as crianças foram beneficiadas com a Shantala, as mães aceitaram melhor a condição da criança e houve melhora na interação mãe e bebê.

O estudo de Ferreira (2017) comparou as interações mãe-bebê de dois grupos, um de bebês com Síndrome de Down e outro sem a deficiência. Como resultados, a interação mãe-bebê sem deficiência apresentou mais comportamentos positivos, tanto dos bebês como de suas mães, todavia, as diferenças encontradas entre os comportamentos dos dois grupos não foram significativas. Uma possível explicação são as adaptações que as mães fazem para responder às necessidades dos seus bebês com deficiência, o que faz, conseqüentemente, com que os bebês respondam de forma contingente. Outra explicação pode ser a rede de apoio que as mães possuem, como a família, programas de intervenções precoces e instituições especializadas para seus filhos.

Sterling e Warren (2014) analisaram a responsividade materna e comportamentos diretivos em 22 mães de crianças com Síndrome de Down e 22 mães de crianças típicas. Todas tinham entre 22 a 63 meses de idade. Para isso, eles filmaram as díades realizando três atividades: brincadeiras livres, leitura de livros e fazer e comer um lanche. Foi constatado que as mães de crianças com a deficiência utilizavam um estilo mais facilitador e comportamentos mais diretivos com os filhos do que as mães cujos filhos possuíam desenvolvimento típico.

Nardi et al. (2015) avaliaram o impacto da saúde emocional materna sobre a qualidade da interação mãe-bebê, de 10 díades, sendo que os bebês eram portadores da Sequência de Robin e estavam entre zero e três meses de idade. Também foi verificado o estresse e ansiedade materna. Para avaliar a interação mãe-bebê, um protocolo para avaliação da filmagem foi utilizado, assim como uma escala e um questionário foram utilizados para

avaliar o estresse e a ansiedade. Foi constatado que as mães apresentaram índices altos de estresse e ansiedade e quanto maiores eles eram, menor era a interação mãe-bebê, ou seja, não havia uma sintonia fortalecida da interação. Portanto, segundo os pesquisadores, houve relação entre a interação da mãe com seu bebê e a saúde mental materna.

A interação mãe-bebê também foi estudada por Moro e Souza (2011), que compararam o desenvolvimento da linguagem da criança por meio de dois protocolos, sendo um da interação da díade e outro de comportamentos comunicativos maternos e da criança. Participaram três díades, cujos filhos estavam entre dois e quatro anos de idade e tinham diagnóstico de autismo. As pesquisadoras utilizaram filmagens livres e gravações em áudio. Elas concluíram que o protocolo que analisa os comportamentos de interação da díade resulta em dados próximos aos da análise do diálogo entre a mãe e a criança, o que torna possível realizar metas terapêuticas com a díade.

Medeiros e Salomão (2012) analisaram a interação mãe-bebê com três díades, sendo que os bebês possuíam deficiência visual, em um contexto de brincadeira livre, por meio da identificação de comportamentos não verbais maternos e infantis e da descrição de episódios de interação. Os bebês estavam na faixa etária de seis a 13 meses de vida. As pesquisadoras utilizaram uma câmera de vídeo para verificar as interações e concluíram que essas interações ocorriam por meio do toque e movimentos corporais, a fim de facilitar essa comunicação. Elas sugerem que novos estudos investiguem a interação mãe-bebê com desenvolvimento atípico para que novas intervenções sejam estruturadas.

Outro estudo realizado por Medeiros e Salomão (2014) foi um estudo de caso com uma mãe e uma criança de três anos de idade, do sexo feminino e deficiente visual, cuja finalidade foi analisar a interação de ambas em dois contextos, sendo um de situação de brincadeira livre e outro de situação de brincadeira estruturada. Elas utilizaram câmera de vídeo digital e cronômetro, para realizar a filmagem de 20 minutos. Na primeira situação, foi

sugerido à mãe brincar com a criança como normalmente o faz no cotidiano. Na segunda situação, elas sugeriram à mãe a utilização de um brinquedo adequado à faixa etária e à condição da criança. Elas concluíram que o toque e as estratégias maternas de questionar as propriedades dos objetos, podem enriquecer os recursos linguísticos da criança e o desenvolvimento das suas habilidades sociocomunicativas. Fonte (2013) realizou um estudo de caso longitudinal envolvendo a interação mãe-criança cega com o objetivo de investigar o funcionamento da atenção conjunta. A pesquisadora filmou a díade de 15 a 30 minutos no ambiente domiciliar, no período de um ano, com intervalo quinzenal ou mensal. Os resultados mostraram que o funcionamento da atenção conjunta da criança cega ocorreu por meio da voz e do toque.

A interação mãe-bebê com deficiência vem sendo estudada devido ao fator de risco que esse agravante pode causar na relação da díade. Sendo assim, a deficiência auditiva também pode ser outro aspecto relevante a ser investigado, por isso estudos estão sendo conduzidos sobre a interação mãe-bebê com deficiência auditiva.

### **3. A interação mãe-bebê com deficiência auditiva**

Ao ser comparada com outros problemas que são constatados por testes de triagem, a deficiência auditiva pode ser considerada como tendo uma alta incidência, sendo que de cada 10.000 recém-nascidos, 30 são identificados com algum tipo de surdez (SAMPAIO, 2001). Este fato justifica toda a avaliação da audição, que é realizada nas unidades de saúde. A deficiência auditiva possui evidências de que está associada com causas ambientais, como condições de vida, socioeconômicas, de nutrição, higiene e saúde precária. Segundo o autor, ela é a forma mais comum de desordem sensorial e sua causa pode ser, além de fatores ambientais, como infecção por meio da rubéola durante o período gestacional, por fatores genéticos, sendo que 50% das deficiências auditivas consideradas profundas, são de etiologia

genética. Devido a essa desordem genética, a deficiência auditiva pode ser isolada ou associada com outras anormalidades. Quando essa deficiência está presente desde o nascimento, ela é denominada de congênita e quando manifesta-se mais tardiamente, sua designação é tardia. Dependendo de sua fisiopatologia, ela pode ser classificada como sensorial, condutiva ou mista sendo que, a maioria das deficiências é do tipo sensorioneural. O tratamento da deficiência auditiva irá depender do tipo de perda e deverá ser iniciado o mais cedo possível (LOPES FILHO, 2013).

Para a realização do diagnóstico precoce, vários profissionais de saúde estão envolvidos, como médicos gerais, neonatologistas, pediatras, otorrinolaringologistas, enfermeiros, fonoaudiólogos e agentes de saúde. A deficiência auditiva também pode causar alterações de sensibilidade, função, acuidade, processamento e prejuízos ao sistema fisiológico auditivo e provocar danos no desenvolvimento e manutenção da linguagem, fala, compreensão e na relação interpessoal (SAMPAIO, 2001). Caso não sejam realizados diagnóstico e intervenção dentro de um tempo adequado, a criança com deficiência auditiva pode ter atraso na aquisição e desenvolvimento da linguagem (SILVA; QUEIROS; LIMA, 2006).

Para garantir uma atenção integral à saúde auditiva infantil, algumas ações devem ser realizadas, como triagem, monitoramento e acompanhamento do processo de desenvolvimento auditivo e, para isso, a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) é utilizada na identificação precoce da deficiência auditiva em neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste com medidas fisiológicas que auxiliam no diagnóstico da deficiência. A TAN deve ser realizada nos primeiros dias de vida e no máximo durante o primeiro mês de vida. O protocolo a ser seguido com o bebê irá depender da presença ou ausência de indicadores de risco para a deficiência auditiva. No primeiro caso, utiliza-se o teste de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE-Automático) por ser capaz de identificar perdas

auditivas retrococleares, que não são identificadas em outro teste. No segundo caso, o exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) é utilizado e, caso não haja uma resposta satisfatória, pode-se repetir o teste. E se mesmo assim houver outra “falha”, deve-se realizar o PEATE-Automático (BRASIL, 2012).

O desenvolvimento do bebê reflete o tipo de interação da sua mãe para com ele e da leitura de mundo que ela possui (MENDONÇA, 1999). Os pais, antes do nascimento do filho, possuem expectativas em relação a ele e, quando esse filho apresenta deficiência auditiva, a família precisará rever suas crenças e, se preciso, reorganizar e redefinir seus papéis. A situação que está posta é diferente da situação imaginada e eles terão que lidar com as pressões de familiares e sociais, pois a sociedade ainda apresenta dificuldades para conviver com as diferenças. Quando os pais descobrem a deficiência auditiva do filho, observa-se uma tendência de tratarem a criança de modo diferente (BOSCOLO; SANTOS, 2005).

Tabaquim et al. (2013) avaliaram o desenvolvimento cognitivo e afetivo-social de 50 crianças com deficiência auditiva e idade média de 16 meses. Para isso, entre os instrumentos utilizados estava a Escala de Desenvolvimento Comportamental de Gesell, e, também, entrevistas semi-estruturadas com os pais. A Escala de Gesell diz respeito à avaliação de cinco campos do comportamento, como o comportamento adaptativo, motor grosseiro, motor delicado<sup>1</sup>, linguagem e pessoal-social. Das crianças, 80% possuíam perda auditiva profunda bilateral. Delas, 76% foram identificadas como tendo o Quociente de Desenvolvimento dentro da normalidade e as funções com mais prejuízos eram as da linguagem e pessoal-social. Portanto, segundo as pesquisadoras, houve implicações no desenvolvimento cognitivo das crianças com deficiência auditiva.

Domingues, Motti e Palamin (2008) analisaram a interação mãe ouvinte e criança com deficiência auditiva, de graus severo e/ou profundo, durante o brincar. Participaram 20 díades, sendo que as crianças tinham entre três e seis anos de idade. Elas utilizaram uma entrevista



contendo aspectos que pudessem facilitar ou não o desenvolvimento das habilidades sociais de suas crianças. Esse instrumento continha questões abertas e fechadas. Como resultado, as pesquisadoras afirmaram que, durante o brincar, a interação com a mãe favoreceu o desenvolvimento de habilidades sociais, porém as mães necessitam de orientações para que esse momento seja aproveitado da melhor forma possível.

Paradis e Koester (2015) analisaram a disponibilidade emocional e as funções do toque de mães surdas e ouvintes em bebês de 18 meses, de ambas condições, durante a brincadeira livre. As 60 díades foram filmadas durante 10 minutos. As pesquisadoras observaram diferenças significativas quanto à sensibilidade parental e responsividade da criança, em mães ouvintes e crianças surdas, que obtiveram baixa pontuação nestas categorias. As mães surdas de bebês com a mesma condição e de ouvintes utilizaram-se mais de toque atencional e toque total do que mães ouvintes de bebês surdos e ouvintes. Com isso, elas concluem que há necessidade de apoio e intervenções para mães ouvintes com bebês surdos.

Ambrose (2016) analisou o uso de gestos de bebês de 14 meses com perda auditiva e as respostas de suas mães em relação ao uso precoce dos gestos praticados pelos bebês e as comparou com a linguagem simbólica de díades em que os bebês possuíam audição normal. No total, 48 díades com os bebês de ambas condições foram filmadas durante 30 minutos, em uma situação de brincadeira livre. Como resultado, os dois grupos de bebês utilizaram gestos semelhantes, mas no grupo com a deficiência os níveis auditivos dos bebês foram relacionados significativamente à linguagem falada, mas não aos gestos. Em relação às mães de bebês com deficiência, elas foram mais propensas a não responder aos gestos dos filhos. Programas de intervenção foram sugeridos para a melhora da responsividade materna.

---

<sup>1</sup> Nomenclatura utilizada pelas autoras.

#### **4. A saúde emocional materna e a interação mãe-bebê com e sem deficiência**

A saúde emocional materna é importante na saúde de seus filhos e, por isso, identificá-la é essencial para que essa variável ambiental seja objeto de intervenção a fim de proporcionar atendimentos de suporte à criança e familiares (HALLAK; HALLAK; GOLFETO, 1999). Mäder et al. (2013) estudaram o impacto da saúde mental materna sobre o vínculo mãe e criança com deficiência utilizando o Protocolo de Avaliação do Vínculo Mãe-filho e o Self Report Questionnaire. Participaram 74 mães de crianças com deficiência intelectual até sete anos de idade. Os resultados apontaram que mães com problemas de saúde mental apresentaram vínculo enfraquecido com os filhos. Yamada et al. (2014) desenvolveram um estudo com sete mães de crianças com faixa etária entre oito e 18 meses entrevistando-as sobre sua vivência por ocasião do diagnóstico de deficiência auditiva. Os resultados apontaram para sentimentos predominantemente negativos como tristeza, culpa, negação, raiva e rejeição. As autoras concluíram que a identificação da deficiência auditiva em idade precoce constitui um fator de risco para o equilíbrio emocional das mães.

O estresse é um fator emocional importante que pode afetar a qualidade do vínculo entre a mãe e o bebê.

Cada indivíduo desenvolve o estresse de maneira diferente, pois esse processo depende da maneira como esse indivíduo aprendeu a percebê-lo, de como ele avalia um evento como sendo aversivo ou não. Sendo assim, pode-se afirmar que a história de vida, seus sentimentos, regras, pensamentos e auto-regras irão influenciar na percepção do estresse. Ele também está associado com alterações ambientais, que exigem que o indivíduo desenvolva estratégias de adaptação, o que pode já ser um estressor a ele (SANZOVO; COELHO, 2007).

Machado et al. (2014) afirmaram que a avaliação do estresse deve ser realizada por meio de instrumentos validados e confiáveis, o que irá proporcionar melhores programas de intervenção e de diagnóstico. O autor utilizou a Escala de Estresse Percebido (PSS-10) para

avaliar o estresse de professores de ensino fundamental e médio. Antonietti (2012) utilizou a escala para avaliar pacientes adultos antes da realização de um exame. Nos dois estudos o instrumento mostrou-se sensível para avaliar o estresse. Moreira e Furegato (2013) avaliaram o estresse e a depressão em estudantes de dois cursos de graduação em Enfermagem e, para isso, também utilizaram a Escala de Estresse Percebido e o Inventário de Depressão de Beck. Os resultados apontaram que há relação entre estresse e sinais indicativos de depressão.

Rizzini (2017) utilizou a Escala de Estresse Percebido (PSS) para mensuração de estresse em gestantes. A autora identificou que o PSS avalia somente o grau em que o estresse é percebido, mensurando a intensidade com que os indivíduos identificam uma circunstância como estressante. Santos (2016) também utilizou a Escala de Estresse Percebido em seus estudos. A pesquisadora aplicou o instrumento em gestantes a fim de verificar se havia associação entre estresse e a ocorrência de anemia nas crianças, após seu nascimento, o que indicou que, quanto maior o nível de estresse, maior era a prevalência da anemia.

Foram encontrados estudos com mães envolvendo a Escala de Estresse Percebido. Cavalcante et al. (2017) realizaram um estudo de coorte, cujo objetivo era avaliar fatores que pudessem estar associados ao prejuízo na relação mãe-filho. Para avaliar esses prejuízos, utilizou-se o Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). As participantes foram 3.125 mães de crianças de 15 a 36 meses de vida e entre os instrumentos utilizados estava a Escala de Estresse Percebido. Eles concluíram que os sintomas de estresse podem ser associados com o prejuízo na relação mãe-filho.

Outro estudo utilizando a escala foi o de Estanieski e Guarany (2015), que avaliou o estresse, qualidade de vida e desempenho ocupacional de mães de crianças e adolescentes com autismo. Elas concluíram que essas mães apresentaram menor qualidade de vida e desempenho ocupacional, além de altos níveis de estresse, o que pode ser consequência de uma rotina diária dos diversos papéis que ela possui.

A ansiedade é outro fator que pode estar presente na vida da mãe, principalmente após o nascimento de um bebê com deficiência, o que também pode afetar a interação.

Sintomas ansiosos também são problemas que afetam as mulheres em relação à experiência da maternidade, o que pode produzir riscos ao desenvolvimento do bebê (BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013). Identificar a ansiedade disfuncional é fundamental para o desenvolvimento de medidas de intervenção precoce adequadas e para a prevenção de prejuízos que possam ocasionar ao bebê (CORREIA; LINHARES, 2007).

Nogueira (2013) descreveu, comparou e associou práticas parentais de 100 mães de bebês com seis a 12 meses de idade, assim como os indicadores de saúde mental materna e as variáveis sociodemográficas. Para isso, utilizou-se o Inventário de Estilos Parentais de Mães de Bebês (IEPMB), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e o Inventário de Depressão Beck (BDI-II). A pesquisadora concluiu, de acordo com os resultados, que a ansiedade, o estresse e a depressão influenciaram as práticas parentais, principalmente a Punição Inconsistente, que é considerada uma prática negativa, baseada no humor da mãe.

Quando a mãe é estimuladora e com afetividade positiva, a criança se envolve mais positivamente na relação, é o que apontam os estudos de Dib (2016), que comparou a interação mãe-filho de mães com sintomas de ansiedade e depressão, com mães sem problemas de saúde mental. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e um protocolo para a filmagem da díade. Como resultado, as mães com sintomas de depressão tiveram um desempenho inferior em relação às outras mães.

Outro estudo que avaliou a ansiedade em mães foi o de Pereira et al. (2014), que analisaram variáveis maternas e sociodemográficas como fatores de risco para o desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida. A pesquisa foi realizada com 16

mães que responderam a uma entrevista contendo sua história gestacional e estado de saúde do bebê, assim como inventários sobre ansiedade e estresse, mais especificamente o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e Inventário de Sintomas de Stress (ISSL para adultos de Lipp). Os bebês foram avaliados com o Inventário Portage Operacionalizado – IPO. Em relação aos resultados, 75% das mães apresentaram a ansiedade estado controlada e 25% estavam muito ansiosas, quanto à ansiedade traço (característica mais permanente), 18,8% estavam muito ansiosas, o que significa que essa ansiedade supera a situação pontual da chegada do bebê. Das 16 participantes, 12 responderam ao instrumento de estresse, tendo como resultado sete mães com indicadores clínicos. Correlacionando a saúde emocional materna com o desenvolvimento dos bebês, houve correlação positiva entre ansiedade e autocuidado e correlação negativa entre estresse e desenvolvimento cognitivo dos bebês.

Pereira et al. (2015) também analisaram sintomas ansiosos e depressivos em 86 mães durante os quatro primeiros meses pós-parto. Elas aplicaram um questionário, o Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Os dados obtidos demonstraram que a ansiedade traço das mães estava associada à alta pontuação na EPDS, diferentemente da ansiedade estado, que não estava associada significativamente com a EPDS. As mães dos grupos do 2º e 4º meses tiveram pontuação maior em ansiedade traço e estado do que as mães do 1º mês.

Gontijo (2014) investigou a influência do contato pele a pele entre mãe e recém-nascido pré-termo e indicadores de ansiedade materna. Para isso, foi utilizado um questionário para investigar a história de vida materna. Para a avaliação da ansiedade antes e após a exposição, a pesquisadora utilizou o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e os sintomas de depressão pós-parto foram avaliados com a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), sete dias após o parto e aos quatro meses de idade do recém-nascido. Como resultado, constatou-se que a aproximação mãe-bebê pré-termo pode reduzir a

ansiedade materna, tendo sido identificada uma redução da ansiedade considerada moderada/grave, após o segundo contato pele a pele.

Palamin et al. (2014) aplicaram o IDATE em mães de crianças menores de seis anos de idade com diagnóstico de deficiência auditiva, em quatro etapas. Na primeira foi feita a aplicação do instrumento, na segunda o aconselhamento, na terceira a orientação psicológica e, na quarta, a segunda aplicação do instrumento. Após a intervenção, os pesquisadores constataram que houve redução no nível de ansiedade estado em relação à ansiedade traço.

Sintomas depressivos também podem afetar a qualidade do vínculo interativo.

A depressão caracteriza-se por sentimentos de tristeza, baixa autoestima e perda de interesse em atividades anteriormente consideradas prazerosas e quando seu grau for grave, pode levar ao suicídio. Ela também é considerada como um transtorno insidioso e que produz sérias consequências para o indivíduo e de todos de sua convivência (ABELHA, 2014). Ela também tem sido associada com um aumento da incapacidade funcional e diminuição da qualidade de vida (KATON, 2003).

Alvarenga e Palma (2013) realizaram um estudo para comparar a interação mãe-bebê, de oito díades cujas mães apresentavam indicadores de depressão (grupo clínico) e oito díades cujas mães não apresentavam indicadores de depressão (grupo não clínico). Foram realizadas duas avaliações, sendo uma no primeiro mês de vida da criança e a outra no décimo oitavo mês de vida. Os pesquisadores utilizaram o Inventário Beck de Depressão (BDI) e uma sessão de observação da interação mãe-bebê. Os resultados indicaram que as mães do grupo clínico apresentaram comportamentos mais intrusivos na interação com a criança.

Carlesso, Souza e Moraes (2014) analisaram 165 díades mãe-bebê para verificar se havia correlação entre alterações no desenvolvimento infantil e a presença de depressão materna. Os bebês tinham de um a quatro meses de idade. Para a avaliação, utilizaram-se entrevistas com as mães para o levantamento de dados como nível socioeconômico,

demográfico, obstétrico e psicossocial e, também, foram aplicados o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a escala de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs). Os resultados indicaram que quando há níveis elevados de depressão materna, há maior probabilidade de os bebês apresentarem risco ao desenvolvimento.

Alfaya (2015) analisou indicadores de depressão em 17 mães de bebês de seis meses de vida. A pesquisadora aplicou o Inventário Beck de Depressão (BDI) e uma Entrevista Diagnóstica e, como resultado, oito mães tiveram indicadores clínicos para depressão. Os fatores apontados pelas mães indicavam alteração do sono, cansaço e preocupação, o que, segundo a pesquisadora, foram resultados esperados, corroborando com as teorias sobre maternidade, principalmente em mães que estão vivendo a maternidade pela primeira vez. Ela também ressalta que, mesmo as mães com indicadores clínicos, se dedicavam aos cuidados do bebê. Como conclusão, ela sugere a necessidade de mais estudos, principalmente em relação à depressão e desenvolvimento infantil.

Lazzarotto e Schmidt (2013) desenvolveram um estudo com 10 mães de crianças com paralisia cerebral (PC) entre zero e 12 anos de idade, com o objetivo de investigar a vivência dessas mães e os possíveis sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Para isso, utilizaram uma entrevista semiestruturada, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). As pesquisadoras concluíram que a reação inicial das mães ao descobrirem a paralisia dos filhos foi de desestabilização, porém, após essa fase, conseguiram adaptar-se ao fato. Elas também constataram a presença de estresse com sintomas físicos e psicológicos, ansiedade nos níveis moderados e mínimos e baixos níveis de depressão.

Perosa, Silveira e Canavez (2008) compararam a ansiedade e depressão de 17 mães de recém-nascidos com malformações após o nascimento e três meses após a alta hospitalar. Para isso, elas aplicaram o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e o Inventário de

Depressão de Beck (BDI) e os resultados obtidos foram altos índices dos dois aspectos emocionais avaliados logo após o pós-parto e uma redução significativa da ansiedade e depressão após os três meses de alta. Elas supõem que essa redução pode ser devido à uma adaptação das mães em relação aos cuidados com seus bebês e também dos suportes sociais e de apoio que elas recebiam.

## **JUSTIFICATIVA**

A investigação das interações entre mães ouvintes e bebês com suspeita de deficiência auditiva e da saúde emocional materna podem auxiliar na produção de conhecimento sobre o tema e subsidiar o oferecimento de serviços para o desenvolvimento de intervenções pontuais que envolvam a família e o contexto social, assim como para a melhora da responsividade materna e diminuição dos fatores de risco ao desenvolvimento infantil. Na análise de literatura realizada foram encontrados alguns estudos que abordam a presente temática, porém não especificamente envolvendo bebês e a saúde emocional materna. O presente estudo pretendeu responder às questões: Como é a interação mãe-bebê quando o bebê tem suspeita de deficiência auditiva? Ela difere da interação mãe-bebê sem qualquer deficiência? Qual o nível dos indicadores de saúde emocional de mães de bebês com e sem suspeita de deficiência auditiva? Há relação entre os níveis dos indicadores emocionais e a interação mãe-bebê, de ambas as díades?

## **OBJETIVOS**

### **Geral**

Descrever e comparar a interação de mães e bebês com suspeita de deficiência auditiva e de mães e bebês ouvintes, associando-a com indicadores emocionais maternos.

### **Específicos**

- Descrever e comparar as características interativas da mãe e do bebê com



suspeita de deficiência auditiva com as características interativas da mãe e do bebê ouvinte;

- Descrever, comparar e correlacionar o nível dos indicadores de saúde emocional referentes à de ansiedade, estresse e depressão, de mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva e de mães de bebês ouvintes;

- Relacionar os indicadores emocionais de mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva e de mães de bebês ouvintes, com as características interativas da mãe e do bebê.

## **MÉTODOS**

### **Aspectos Éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (processo nº 1.817.806) (Anexo 1) e pelo Comitê de Ética do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), (processo nº 2.038.195) (Anexo 2), ambos campus de Bauru/SP. Para a coleta dos dados foram tomadas todas as providências éticas cabíveis por ocasião do convite para a participação neste projeto, de acordo com o CNS, resolução 466/2012 do CONEP. As participantes foram informadas sobre o objetivo do projeto, as atividades pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados em eventos e publicações da área, assim como da manutenção dos demais serviços por elas usufruídos no Centro de Psicologia Aplicada (CPA/UNESP) e no HRAC/USP, em caso de desistência, o que poderia ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e esclarecidas todas as dúvidas, as responsáveis pelo bebê assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

## **Delineamento do estudo**

O presente estudo é prospectivo, descritivo e inferencial comparando duas amostras, uma composta por mães e seus bebês com suspeita de deficiência auditiva e outra de mães e seus bebês ouvintes.

## **Participantes**

Participaram deste estudo 50 mães e seus bebês de quatro a 12 meses de idade, sendo 25 mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva (de qualquer tipo e grau) e 25 mães de bebês ouvintes. Foram excluídos das duas amostras os bebês com outras comorbidades (sindrômicos ou com outras malformações) descritos no prontuário do bebê ou identificados por ocasião do convite para participar do projeto.

Os bebês com suspeita de deficiência auditiva (G1) eram encaminhados ao hospital devido a fatores de risco ou de suspeita auditiva, sendo os mais frequentes a “falha” no Teste da Orelhinha (36%), a prematuridade (24%) e a malformação da orelha (12%). A Tabela 1 mostra esses dados.

Tabela 1. Motivos de encaminhamento dos bebês para o serviço de saúde auditiva do HRAC.

<b>Motivo de encaminhamento ao HRAC</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Falhou no Teste da Orelhinha</b>	9	36
<b>Prematuridade</b>	6	24
<b>Malformação na orelha</b>	3	12
<b>Encaminhados por profissional de saúde (neurologista/ otorrino)</b>	2	8
<b>Primeira avaliação audiológica (Teste da Orelhinha) - não fez na cidade</b>	2	8
<b>Pais com deficiência auditiva</b>	1	4
<b>Mãe com infecção por sífilis</b>	1	4
<b>Mãe usuária de drogas e com infecção por sífilis</b>	1	4

Fonte: Elaborada pela autora.

Os bebês ouvintes, do Grupo Controle (G2), eram participantes do projeto de extensão “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”, que acontece no Centro de Psicologia Aplicada, da Faculdade de Ciências, da UNESP, campus de Bauru. A Tabela 2 mostra a caracterização dos bebês e das mães<sup>2</sup> dos dois grupos. Os bebês dos dois grupos foram pareados por idade, ou seja, cada bebê do G1 tinha um bebê no G2 com a idade correspondente. Nos dois grupos (G1 e G2), observa-se que predominam os meninos (52%) e a idade mais frequente dos bebês é de sete a 12 meses (72%). A idade materna prevalente no G1 é de até 25 anos (36%) e, no G2, a prevalência é de até 25 anos (28%), de 26 a 30 anos (28%) e 36 anos ou mais (28%). As mães do G1 têm ensino médio completo (56%) como a escolaridade mais elevada e ensino superior completo (16%) como a menos frequente. O ensino médio completo (60%) também é a escolaridade predominante entre as mães do G2 e o ensino fundamental completo é o menos frequente (8%). Em relação ao estado civil, tanto as mães do G2 quanto do G1 possuem união estável como o mais frequente (92% e 84%, respectivamente), assim como em relação ao número de filhos, sendo mais frequente terem um filho (68% e 44%, respectivamente).

Tabela 2. Caracterização dos bebês e mães dos dois grupos.

Item	Mães/bebês com suspeita de DA (G1)		Mães/bebês ouvintes (G2)	
	N	%	N	%
<b>Idade do bebê: 4 a 6 meses</b>	7	28	7	28
<b>7 a 9 meses</b>	9	36	9	36
<b>10 a 12 meses</b>	9	36	9	36
<b>Sexo do bebê: Masculino (1)</b>	13	52	13	52
<b>Feminino (2)</b>	12	48	12	48
<b>Idade materna Até 25 anos</b>	9	36	7	28
<b>De 26 a 30 anos</b>	6	24	7	28
<b>De 31 a 35 anos</b>	4	16	4	16
<b>36 anos ou mais</b>	4	16	7	28
<b>Não informado*</b>	2	8	0	0
<b>Escolaridade: Ensino fundamental completo</b>	5	20	2	8

<sup>2</sup> Apesar de terem duas avós como participantes, utilizaremos a palavra “mãe” em todo o texto.

Tabela 2. Caracterização dos bebês e mães dos dois grupos.

Item	Mães/bebês com suspeita de DA (G1)		Mães/bebês ouvintes (G2)	
	N	%	N	%
<b>Ensino médio completo</b>	14	56	15	60
<b>Ensino superior completo</b>	4	16	8	32
<b>Não informado*</b>	2	8	0	0
<b>Estado civil: União estável</b>	21	84	23	92
<b>Outros</b>	2	8	2	8
<b>Não informado*</b>	2	8	0	0
<b>Número de filhos: Um filho</b>	11	44	17	68
<b>Dois ou mais filhos</b>	12	48	8	32
<b>Não informado*</b>	2	8	0	0

Fonte: Elaborada pela autora.

\*Os dados se referem à duas avós que são responsáveis pelos bebês

## Local

Os dados foram coletados na Divisão de Saúde Auditiva, do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (DSA HRAC/USP Bauru/SP) e na Centro de Psicologia Aplicada (CPA/UNESP, Bauru/SP). Em ambos os locais havia uma sala apropriada para a coleta de dados, sem ruído ou outros estímulos, garantindo a privacidade da mãe e do bebê.

## Material

### *Para a coleta de dados sociodemográficos*

Uma entrevista inicial foi utilizada, na qual também constam dados sobre informações anteriores ao nascimento do bebê, as condições de nascimento e informações sobre o bebê atualmente (Apêndice 2).

### *Para o registro da interação mãe-bebê*

Foram utilizados uma filmadora digital e brinquedos infantis (dois bichinhos de borracha, um móbile e um chocalho).

*Para a avaliação da interação mãe-bebê*

Para análise da interação foi utilizado o Sistema de Codificação da Interação Mãe Criança Revisado (CITMI-R) (ALVARENGA; CERZO, 2013) (Quadros 1 e 2). O CITMI-R conta com uma série de categorias e códigos para avaliação da interação. Para avaliar os comportamentos infantis há uma categoria interativa de Aproximação Social com valência positiva, neutra e negativa e uma categoria não interativa denominada Não Responsivo. Todavia, após o início das análises identificou-se a necessidade de adaptações para garantir a fidedignidade entre observadores.

Para avaliação dos comportamentos maternos há três categorias interativas: o comportamento Sensível com valência positiva, neutra e negativa e uma categoria não interativa, o comportamento Não-Responsivo.

Para o presente estudo, categorias foram incluídas e detalhadas, tanto relativo aos comportamentos maternos como os do bebê. O Quadro 1 mostra as categorias para análise do comportamento interativo do bebê.

Quadro 1. Descrição dos comportamentos interativos do bebê adaptados do CITMI-R (ALVARENGA; CERZO, 2013).

	<b>Código</b>	<b>Sigla</b>	<b>Definição</b>
Aproximação Social Positiva A+	A+1	CVs	Contato visual com mãe <b>com sorriso</b>
	A+2	CVv+	Contato visual com mãe <b>com vocalizações*</b>
	A+3	CVsv+	Contato visual com mãe <b>com sorriso e vocalizações*</b> que indiquem alegria e/ou satisfação
	A+4b A+4o A+4m	CVs/b/o/ m	Contato visual com mãe <b>com sorriso</b> utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo (movimentando-as)
	A+5b A+5o A+5m	CVv+- b/o/m	Contato visual com mãe <b>com vocalizações*</b> que indiquem alegria e/ou satisfação, utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo (movimentando-as)
	A+6b A+6o A+6m	CVs/v+- b/o/m	Contato visual com mãe <b>com sorriso e vocalizações</b> que indiquem alegria e/ou satisfação, utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo movimentando-as
Aproximação Social Neutra A0	A01	CV	Contato visual com mãe
	A02	CVv	Contato visual com mãe <b>com vocalizações neutras</b>
	A03b A03o A03m	CVb/o/m	Contato visual com mãe utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo movimentando-as

	A04b A04o A04m	CVvb/o/ m	Contato visual com mãe <b>com vocalizações neutras</b> utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo movimentando-as
	A05	Om	Olhar a mãe
	A06b A06o A06m	Omb/o/m	Olhar a mãe <b>com vocalizações neutras</b> utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo movimentando-as
Aproximação Social Negativa A-	A-1	CVch	Contato visual com mãe <b>com choro</b>
	A-2	CV/mb	Contato visual com mãe com <b>movimentação brusca</b> de braços e pernas
	A-3	CVch/m b	Contato visual com mãe <b>com choro</b> e com <b>movimentação brusca</b> de braços e pernas
	A-4	CVvp	Contato visual com a mãe e <b>vocalizações de protesto</b>
	A-5	Omch	Olhar para mãe <b>com choro</b>
	A-6	Om/mb	Olhar para mãe com <b>movimentação brusca</b> de braços e pernas
	A-7	Omch/m b	Olhar para mãe <b>com choro</b> e com <b>movimentação brusca</b> de braços e pernas
	A-8	Omvp	Olhar para mãe com <b>vocalizações de protesto</b>
Não responsivo	J	Jogo	Exploração de objetos ou do próprio corpo sem interação com a mãe. Atenta-se e mantém o olhar dirigido a outros locais da sala
	R	Regulação	Comportamentos de auto conforto (colocar as mãos ou pés na boca, chupeta ou outros objetos, como a roupa, fechar os olhos, desviar o olhar da mãe, balançar-se para trás, para frente ou para os lados, tocar em objetos próximos, apertar as mãos uma contra a outra, comportamentos de bloqueio, como trazer as mãos a frente da cabeça)
	L	Choro/ Protesto	Bebê, <b>sem interação com a mãe</b> , chora ou protesta
	Pa	Apatia	Olhar vago, não direcionado à estímulos do ambiente
	MP	Movimento/ Protesto	Bebê, <b>sem interação com a mãe</b> , chora ou protesta, movimentando-se e arqueando o corpo

\* *Vocalizações: balbucio, suspiro, sons variados*

Fonte: Adaptação da autora

O Quadro 2 mostra as categorias para análise do comportamento interativo materno.

Quadro 2. Descrição dos comportamentos interativos maternos adaptados do CITMI-R (ALVARENGA; CERZO, 2013).

<b>Categoria</b>	<b>Código</b>	<b>Sigla</b>	<b>Definição</b>
Sensível Positivo S+	S+1	CVs	Contato visual com bebê com <b>sorriso</b>
	S+2	CVs/vm	Contato visual com bebê com <b>sorriso e vocalizações</b> “manhês”
	S+3b S+3o S+3ts	CVs-b/o/ts	Contato visual com bebê <b>com sorriso</b> , utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
	S+4b S+4o	CVvm- b/o/ts	Contato visual com o bebê <b>com vocalizações</b> “manhês”, utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves

	S+4ts		
	S+5b S+5o S+5ts	CVs/vm- b/o/ts	Contato visual com bebê <b>com sorriso e vocalizações</b> “manhês”, utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
	S+6	CVs-cc	Contato visual com bebê <b>com sorriso</b> e de cuidados*
	S+7	CV vm-cc	Contato visual com bebê <b>com vocalizações</b> “manhês” e de cuidados*
	S+8	CVs/vm- cc	Contato visual com bebê <b>com sorriso e vocalizações</b> e de cuidados*
	S+9	Obbs	Olhar bebê <b>com sorriso</b>
	S+10	Obb/vm	Olhar bebê <b>com vocalizações</b> “manhês”
	S+11	Obbs/vm	Olhar bebê <b>com sorriso e vocalizações</b> “manhês”
	S+12b S+12o S+12ts	Obbs-b/o/ts	Olhar bebê <b>com sorriso</b> utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
	S+13b S+13o S+13ts	Obbvm-b/o/ts	Olhar bebê <b>com vocalizações</b> “manhês” utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
	S+14b S+14o S+14ts	Obbs/vm-b/o/ts	Olhar bebê <b>com sorriso e vocalizações</b> “manhês” utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
	S+15	Obbs-cc	Olhar bebê <b>com sorriso</b> e comportamentos de cuidados*
	S+16	Obb-vm-cc	Olhar bebê <b>com vocalizações</b> “manhês” e comportamentos de cuidados*
	S+17	Obbs/vm- cc	Olhar bebê <b>com sorriso e vocalizações</b> “manhês” e comportamentos de cuidados*
Sensível Neutro S0	S01	CV	Contato visual com bebê
	S02b S02o S02ts	CV- b/o/ts	Contato visual com bebê utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
	S03	CV- cc	Contato visual com bebê e comportamentos de cuidados*
	S04	CVv	Contato visual com bebê <b>com vocalizações</b>
	S05b S05o S05ts	CVv- b/o/ts	Contato visual com bebê <b>com vocalizações</b> utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
	S06	CVv- cc	Contato visual com bebê, <b>com vocalizações</b> e comportamentos de cuidados*
	S07	Obb	Olhar bebê
	S08b S08o S08ts	Obb- b/o/ts	Olhar bebê utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
	S09	Obb-cc	Olhar bebê e comportamentos de cuidados*
	S010	Obbv	Olhar bebê <b>com vocalizações</b>
	S011b S011o S011ts	Obbv- b/o/ts	Olhar bebê <b>com vocalizações</b> utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
	S012	Obbv-cc	Olhar bebê <b>com vocalizações</b> e comportamentos de cuidados*
Sensível Negativo S-	S-1	CVvr	Contato visual <b>com verbalizações rudes</b>
	S-2b S-2o	CVvr- b/o/ts	Contato visual <b>com verbalizações rudes</b> utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves

	S-2ts		
	S-3	CV-tbr/intr	Contato visual com <b>toques bruscos</b> , interrompendo a atividade do bebê
	S-4	CVvr- cc	Contato visual <b>com verbalizações rudes</b> e comportamentos de cuidados*
	S-5	CV-tbr/cc	Contato visual <b>com toques bruscos</b> e comportamentos de cuidados*
	S-6	Obbvr	Olhar bebê <b>com verbalizações rudes ou negativas</b>
	S-7b S-7o S-7ts	Obbvr- b/o/ts	Olhar bebê <b>com verbalizações rudes ou negativas</b> utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
	S-8	Obb-tbr/intr	Olhar bebê com <b>toques bruscos</b> , interrompendo a atividade do bebê
	S-9	Obbvr- cc	Olhar bebê <b>com verbalizações rudes ou negativas</b> e comportamentos de cuidados*
	S-10	Ob-tbr/cc	Olhar bebê <b>com toques bruscos</b> e comportamentos de cuidados*
Não responsivo	F1b F1o F1ts	B/o/m	Disponibilizar para o bebê, brinquedos, objetos
	P	Cc	Realizar comportamentos de cuidado (posicionar o bebê, limpar a boca/nariz do bebê, arrumar roupa, tirar a mão/pé do bebê da boca)
	F2	Oo	Contato visual com a câmera e objetos e outros materiais disponíveis na sala.

\*Comportamentos de cuidado: posicionar o bebê, limpar a boca/nariz do bebê, arrumar roupa, etc.

Fonte: Adaptação da autora

#### *Para a avaliação da saúde emocional materna*

Para avaliar o estresse materno, foi utilizada a Escala de Estresse Percebido (PSS) (Anexo 3). Foi elaborada inicialmente por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) e validada por Luft et al. (2007). A escala é composta de 14 questões, seguindo o modelo Likert, com alternativas que variam de zero a quatro. Os escores podem variar de zero a 56 e o total é a soma das pontuações. A consistência interna, verificada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, foi de 0,82 (LUFT et al., 2007). Na presente pesquisa foi utilizada pontuação acima de 42 pontos para considerar alto nível de estresse.

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) foi elaborado por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) e validado por Biaggio e Natalício (1979). O instrumento é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, que possibilitam a avaliação dos dois



conceitos (traço e estado). O traço de ansiedade se refere à característica estável do indivíduo na propensão à ansiedade e o estado de ansiedade é transitório, caracterizado por sentimentos de tensão (SCHIAVO, 2011). A escala de IDATE/estado possui as seguintes opções de respostas: Absolutamente não (peso 1), Um pouco (peso 2), Bastante (peso 3) e, MUITÍSSIMO (peso 4). A escala de IDATE/traço tem as opções: Quase nunca (peso 1); Às vezes (peso 2); Frequentemente (peso 3) e, Quase sempre (peso 4). Em ambos, há itens com o peso invertido. Os escores podem variar de 20 a 80 pontos, sendo que a baixa pontuação indica baixo nível de ansiedade e a alta, o oposto. Foi utilizado como indicativo de sintomas de ansiedade em nível clínico o escore igual ou acima do percentil 75, conforme utilizado nos estudos de Perosa et al. (2009) e Schiavo (2011). A consistência interna em traço para mulheres foi de 0,87 e em estado foi de 0,88 (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

A depressão foi avaliada pelo Inventário de Depressão Beck (BDI), que foi elaborado por Beck et al. (1961) e validado por Cunha (2001). O instrumento é composto por uma escala de auto-relato, com 21 itens, sendo que cada um contém quatro alternativas, permitindo verificar os níveis de intensidade da depressão, com escores de 0 a 3. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais. Foi utilizado escore superior a 18 como corte clínico, conforme o estudo de Schiavo (2016). A correlação entre teste e reteste foi de 0,95 ( $p < 0,001$ ) e a consistência interna foi de 0,84 (CUNHA, 2001).

## **Procedimentos**

### *Para a coleta de dados*

Os bebês com suspeita de deficiência auditiva foram identificados na Divisão de Saúde Auditiva no setor de agendamento. Quando da sua presença no hospital, em horário de inter-consulta, as mães foram abordadas e convidadas a participar do projeto. Após o aceite e

cumprimento das formalidades éticas (assinatura do TCLE e informação sobre sigilo) foi agendado um horário para a coleta de dados.

As mães de bebês ouvintes foram contatadas no projeto de extensão “Acompanhamento de bebês: avaliação e orientação aos pais”, que acontece no Centro de Psicologia Aplicada, da UNESP, Bauru. Os bebês nascidos em Bauru são cadastrados no Banco de Leite Humano, da Secretaria Municipal de Saúde, de Bauru. A partir do acesso à essa listagem, as mães foram contatadas via telefone e convidadas para participar do projeto de extensão. Em caso de aceite, é previsto que os pais, durante o primeiro ano de vida do bebê, tragam-no mensalmente para a avaliação do seu desenvolvimento. Entre o quarto e o décimo segundo mês do bebê, as mães foram convidadas a participar do presente projeto. Neste momento foram explicadas as atividades inerentes à sua participação e resolvidas as dúvidas e, após cumpridas as formalidades éticas (assinatura do TCLE e informação sobre sigilo), foi agendado um horário para a coleta.

#### *Para a interação mãe-bebê*

Em situação de interação livre, com brinquedos disponibilizados, mas não sugerido seu uso, as díades foram filmadas durante 10 minutos. A única instrução apresentada foi que deveriam brincar com seus bebês como costumam fazer no cotidiano. Uma câmera digital foi utilizada para a filmagem da interação da mãe e seu bebê. Inicialmente havia a previsão de utilização de duas câmeras, uma focalizada na mãe e outra no bebê. Todavia, as condições de filmagem do novo local não permitiram o seu uso, optando, então, por uma única câmera.

#### *Para a avaliação da saúde emocional materna*

Inicialmente foi feita uma entrevista para coleta de dados sociodemográficos da mãe e do bebê. A entrevista assim como a Escala de Estresse Percebido (PSS), o Inventário de

Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e o Inventário de Depressão Beck (BDI) foram aplicados individualmente. Foram fornecidas explicações às mães sobre os objetivos de cada instrumento e o modo de preenchimento. A pesquisadora permaneceu na situação para resolver possíveis dúvidas durante o preenchimento dos protocolos. A aplicação dos referidos instrumentos demorou, em média 40 minutos. A participação da díade em todas as atividades do projeto demorou, em média, 50 minutos. Quando foram identificados indicadores clínicos em qualquer dos instrumentos, a mãe foi encaminhada para serviços psicológicos da sua cidade de origem.

#### *Para a análise dos dados*

O tempo de filmagem foi dividido em episódios de cinco segundos, quando foram analisados os comportamentos maternos e do bebê, de acordo com as categorias previstas pelo instrumento de análise.

Foi convencionado que, no primeiro intervalo, o observador começa codificando o comportamento infantil e, em seguida, é codificado o comportamento materno. Essa marcação permite o cálculo da fidedignidade entre os observadores. Os episódios eram analisados em uma ou quantas vezes fossem necessárias para a obtenção precisa dos comportamentos emitidos pela díade. Para 30% das filmagens de cada grupo foram realizadas análises por observador duplo cego, para aferição de fidedignidade. Esse cálculo foi feito após a finalização da coleta, com o sorteio dos vídeos que foram analisados por um observador independente e não participante da coleta dos dados. Os dados de fidedignidade obtidos foram obtidos em torno de 85% para os comportamentos interativos dos bebês e em torno de 50% das mães.

A Escala de Estresse Percebido (PSS), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e o Inventário de Depressão Beck (BDI) foram analisados e categorizados de acordo com seus respectivos manuais de correção.

Os dados foram submetidos a análises estatísticas não paramétricas, o Teste de Mann Whitney, comparando os dois grupos envolvidos. Também foi utilizado o teste de Spearman, para análises de correlação dos comportamentos de interação, com as variáveis de saúde emocional maternas.

## **RESULTADOS**

O primeiro conjunto de dados se refere à descrição e comparação da interação entre as díades de mães e bebês ouvintes e mães e bebês com suspeita de deficiência auditiva. A Tabela 3 mostra os dados relativos à descrição dos comportamentos dos bebês. Foram excluídos da análise comportamentos que apareceram com frequência baixa para os dois grupos (até três comportamentos durante o período de filmagem). Observa-se que os bebês dos dois grupos envolveram-se, majoritariamente, em comportamentos Não Responsivos, mais especificamente no comportamento de Jogo (J), com frequência mais alta para os bebês ouvintes (99,36%). O grupo de bebês ouvintes tiveram mais comportamentos de Aproximação Social Positiva, principalmente em “Contato visual com mãe com sorriso” (CVs), com 53,63% e em “Contato visual com mãe com sorriso utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo (movimentando-as)” (CVsbom), com 31,89%. Eles também apresentaram mais comportamentos neutros “Olhar a mãe” (Om), com 35,60%, “Contato visual com mãe” (CV) com 32,20% e “Contato visual com mãe utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo movimentando-as” (CVbom) com 23,72%. Os dois grupos apresentaram pouco e igualmente comportamentos de Aproximação Social Negativa.

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa dos comportamentos interativos dos bebês.

Comportamento do bebê	Bebês com suspeita de DA (G1)		Bebês ouvintes (G2)	
	N	%	N	%
<b>Aproximação Social Positiva</b>				
CVs	2	16,67	37	53,63
CVv+	1	8,33	1	1,44
CVsv+	1	8,33	1	1,44
Cvsbom	2	16,67	22	31,89
CVv+bom	6	50	8	11,60
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>
<b>Aproximação Social Neutra</b>				
CV	11	20	38	32,20
CVv	0	0	3	2,55
Cvbom	8	14,55	28	23,72
Cvvbom	0	0	2	1,70
Om	24	43,64	42	35,60
Ombom	12	21,81	5	4,23
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Não Responsivo</b>				
J	2291	98,97	2154	99,36
R	8	0,34	4	0,19
L	1	0,04	8	0,37
Pa	11	0,47	1	0,04
MP	4	0,18	1	0,04
<b>Total</b>	<b>2315</b>	<b>100</b>	<b>2168</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Análises estatísticas foram conduzidas considerando as médias dos comportamentos interativos dos bebês, comparando os dois grupos. A Tabela 4 mostra que os bebês do G2 envolveram-se significativamente mais em comportamentos de “Contato visual com mãe com sorriso” (CVs), do comportamento interativo de Aproximação Social Positiva ( $p=0,027$ ) e em Aproximação Social Neutra ( $p=0,042$ ), considerando o total dos comportamentos e apresentaram menos comportamentos não interativos, também levando em consideração o total ( $p=0,024$ ) do que os bebês do G1. De forma geral, os bebês do G1 tiveram quase todas as médias menores em comportamentos positivos e neutros e tiveram médias maiores em comportamentos não responsivos, ou seja, não interativos. Estes dados mostram as diferenças entre os dois grupos.

Tabela 4. Dados comparativos dos dois grupos de bebês considerando a média de comportamentos interativos.

Comportamento do bebê	Bebês com suspeita de DA (G1)			Bebês ouvintes (G2)			P
	MD	Mín	Máx	MD	Mín	Máx	
<b>Aproximação Social Positiva</b>	<b>MD</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>MD</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P</b>
CVs	23,31	0	3	29,69	0	11	<b>0,027</b>
CVv+	26,50	0	1	26,50	0	1	1,000
CVsv+	26,50	0	1	26,50	0	1	1,000
Cvsbom	24,00	0	2	29,00	0	14	0,071
CVv+bom	26,92	0	4	26,08	0	7	0,734
<b>Total</b>	<b>23,40</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>29,60</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>0,059</b>
<b>Aproximação Social Neutra</b>	<b>MD</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>MD</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P</b>
CV	24,29	0	5	28,71	0	9	0,198
<b>Aproximação Social Neutra</b>	<b>MD</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>MD</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P</b>
CVv	25,50	0	0	27,50	0	3	0,153
Cvbom	23,88	0	3	29,12	0	7	0,119
Cvvbom	25,50	0	0	27,50	0	2	0,153
Om	23,23	0	8	29,77	0	10	0,086
Ombom	26,15	0	10	26,85	0	3	0,781
<b>Total</b>	<b>22,35</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>30,65</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>0,042</b>
<b>Não Responsivo</b>	<b>MD</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>MD</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P</b>
J	29,81	0	96	23,19	0	96	0,111
R	27,50	0	6	25,50	0	4	0,391
L	26,42	0	1	26,58	0	8	0,937
Pa	27,12	0	8	25,88	0	1	0,567
MP	26,58	0	4	26,42	0	1	0,937
<b>Total</b>	<b>31,15</b>	<b>0</b>	<b>96</b>	<b>21,85</b>	<b>0</b>	<b>96</b>	<b>0,024</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

O segundo conjunto de dados se refere ao comportamento interativo materno. A Tabela 5 mostra esses dados. As mães dos dois grupos apresentaram comportamentos interativos, sejam eles Sensível Positivo ou Sensível Neutro, sendo o primeiro o mais frequente. Considerando os Comportamentos Sensíveis Positivos, as mães de bebês ouvintes apresentaram com mais frequência, 10 dos 12 comportamentos observados. Dos comportamentos mais frequentes, as mães de bebês com suspeita de DA apresentaram “Olhar bebê com sorriso e vocalizações manhês e comportamentos de cuidado” (Obbsvmcc) com 50% e “Olhar bebê com vocalizações manhês utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves” (Obbvmbots) com 15,38%. As mães dos bebês ouvintes apresentaram mais os comportamentos “Olhar bebê com vocalizações manhês utilizando brinquedos, objetos ou

com toques suaves” (Obbvmbots) com 33,95%, “Olhar bebê com vocalizações manhês “ (Obbvm) com 18,10% e “Olhar bebê com sorriso e vocalizações manhês utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves” (Obbsvmbots), com 14,57%. Dos comportamentos Sensível Neutro, os comportamentos mais frequentes para as mães de ambos os grupos foram “Olhar bebê” (Obb) e “Olhar bebê utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves” (Obbbots), sendo o primeiro comportamento com frequência maior para as mães do G2 (34,21) e o segundo comportamento para as mães do G1 (56,84). A frequência de comportamentos não responsivos foi mais alta para as mães dos bebês com suspeita de DA. Nenhuma mãe de qualquer dos grupos apresentou comportamentos negativos.

Tabela 5. Frequência absoluta e relativa dos comportamentos interativos maternos.

Comportamento materno	Mães de bebês com suspeita de DA (G1)		Mães de bebês ouvintes (G2)	
	N	%	N	%
<b>Sensível Positivo</b>				
CVsvm	4	0,22	28	2,25
Cvsbots	2	0,11	6	0,48
Cvymbots	8	0,44	17	1,37
Cvsymbots	7	0,39	45	3,62
Obbs	47	2,60	75	6,03
Obbvm	128	7,10	225	18,10
Obbsvm	39	2,17	79	6,35
Obbsbots	240	13,32	119	9,58
Obbvmbots	277	15,38	422	33,95
Obbsymbots	140	7,77	181	14,57
Obbvmcc	9	0,50	36	2,90
Obbsvmcc	901	50	10	0,80
<b>Total</b>	<b>1802</b>	<b>100</b>	<b>1243</b>	<b>100</b>
<b>Sensível Neutro</b>				
CV	0	0	5	0,53
CVv	3	0,26	27	2,87
Obb	314	27,71	323	34,21
Obbbots	644	56,84	495	52,44
Obbv	44	3,89	26	2,75
Obbvbots	128	11,30	68	7,20
<b>Total</b>	<b>1133</b>	<b>100</b>	<b>944</b>	<b>100</b>
<b>Não Responsivo</b>				
Bom	107	30,92	54	34,18
Cc	78	22,54	66	41,77
Oo	161	46,54	38	24,05
<b>Total</b>	<b>346</b>	<b>100</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Análises estatísticas entre as médias dos comportamentos interativos maternos foram conduzidas. As mães de bebês do G2 apresentaram significativamente mais comportamentos Sensível Positivo e Sensível Neutro. Em relação à primeira categoria, os comportamentos com diferenças significativas foram “Contato visual com bebê com sorriso e vocalizações manhês” (CVsvm), “Olhar bebê com sorriso e vocalizações manhês utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves” (Obbsvmbots) ( $p=0,011$  ambos), “Olhar bebê com vocalizações manhês” (Obbvm) e “Olhar bebê com sorriso e vocalizações manhês” (Obbsvm) ( $p=0,013$  ambos). Quanto à segunda categoria de comportamentos significativos, “Contato visual com bebê” (CV) ( $p=0,020$ ) e “Contato visual com bebê com vocalizações” (CVv) ( $p=0,038$ ) foram encontrados. As mães do G1 tiveram comportamento significativo na categoria Sensível Positivo em “Olhar bebê com sorriso e vocalizações manhês e comportamentos de cuidado” (Obbsvmcc) ( $p=0,000$ ) e também tiveram significativamente mais comportamentos não interativos do que as mães de bebês ouvintes, mais especificamente no Total ( $p=0,008$ ), em “Contato visual com a câmera e objetos e outros materiais disponíveis na sala” (Oo) e “Disponibilizar para o bebê brinquedos, objetos” (Bom) ( $p=0,043$  ambos), conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6. Dados comparativos dos dois grupos de díades considerando a média de comportamentos interativos maternos.

Comportamento materno	Mães de Bebês com suspeita de DA (G1)			Mães de Bebês ouvintes (G2)			P
	MD	Mín	Máx	MD	Mín	Máx	
<b>Sensível Positivo</b>							
CVsvm	22,58	0	4	<b>30,42</b>	0	7	<b>0,011</b>
Cvsbots	25,04	0	2	27,96	0	3	0,241
Cvymbots	23,71	0	3	29,29	0	3	0,104
Cvsvmbots	24,25	0	2	28,75	0	13	0,170
Obbs	22,98	0	20	30,02	0	21	0,081
Obbvm	21,29	0	28	<b>31,71</b>	0	28	<b>0,013</b>
Obbsvm	21,54	0	16	<b>31,46</b>	0	18	<b>0,013</b>
Obbsbots	26,58	0	67	26,42	0	17	0,971
Obbvmbots	22,81	0	52	30,19	0	63	0,078
Obbsvmbots	21,25	0	35	<b>31,75</b>	0	29	<b>0,011</b>
Obbsvmcc	23,56	0	5	29,44	0	13	0,073
Obbsvmcc	<b>38,50</b>	0	0	14,50	0	8	<b>0,000</b>
<b>Total</b>	28,71	0	79	24,29	0	91	0,293



Tabela 6. Dados comparativos dos dois grupos de díades considerando a média de comportamentos interativos maternos.

Comportamento materno	Mães de Bebês com suspeita de DA (G1)			Mães de Bebês ouvintes (G2)			P
	MD	Mín	Máx	MD	Mín	Máx	
<b>Sensível Neutro</b>							
CV	24,00	0	0	<b>29,00</b>	0	2	<b>0,020</b>
CVv	23,50	0	3	<b>29,50</b>	0	12	<b>0,038</b>
Obb	25,63	0	35	27,37	0	40	0,680
Obbbots	27,88	0	72	25,12	0	52	0,510
Obbv	26,40	0	22	26,60	0	10	0,959
Obbvbots	27,48	0	37	25,52	0	21	0,623
<b>Total</b>	<b>28,54</b>	<b>0</b>	<b>86</b>	<b>24,46</b>	<b>0</b>	<b>73</b>	<b>0,332</b>
<b>Não Responsivo</b>							
Bom	<b>30,65</b>	0	11	22,35	0	11	<b>0,043</b>
Cc	27,23	0	10	25,77	0	7	0,995
Oo	<b>31,38</b>	0	40	21,62	0	20	<b>0,043</b>
<b>Total</b>	<b>32,29</b>	<b>0</b>	<b>55</b>	<b>20,71</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>0,008</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 7 mostra os indicadores emocionais maternos dos dois grupos. Observa-se que as mães do G1 apresentaram mais indicadores clínicos para depressão (20%), ansiedade estado (28%) e ansiedade traço (36%) do que G2.

Tabela 7. Frequência absoluta e relativa dos indicadores emocionais maternos para os dois grupos.

Indicadores emocionais maternos	Mães de bebês com suspeita de DA (G1)				Mães de bebês ouvintes (G2)			
	Clínicos		Não Clínicos		Clínicos		Não Clínicos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PSS	0	0	25	100	1	4	24	96
BDI	5	20	20	80	3	12	22	88
IDATE Estado	7	28	18	72	5	20	20	80
IDATE Traço	9	36	16	64	6	24	19	76

Fonte: Elaborada pela autora.

Comparando a pontuação média dos grupos nos diferentes instrumentos utilizados observou-se que as mães do G1 apresentaram significativamente mais indicadores para ansiedade estado ( $p=0,040$ ) do que as mães do G2. Não houve diferenças estatisticamente significativas nos demais instrumentos. Estes dados estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Dados comparativos dos indicadores de saúde emocional materna dos dois grupos de mães, considerando a pontuação média.

Indicadores emocionais maternos	Mães de bebês com suspeita de DA (G1)			Mães de bebês ouvintes (G2)			P
	MD	Mín	Máx	MD	Mín	Máx	
PSS	26,08	12	39	24,92	9	49	0,778
BDI	28,08	1	43	22,92	1	25	0,210
IDATE Estado	29,72	31	59	21,28	23	66	<b>0,040</b>
IDATE Traço	29,48	33	62	21,52	29	68	0,053

Fonte: Elaborada pela autora.

Os indicadores de saúde emocional analisados foram relacionados aos comportamentos interativos maternos e do bebê para cada um dos grupos. A Tabela 9 mostra os dados de G1. Os resultados do BDI correlacionaram positivamente com o comportamento de Aproximação Social Neutra, “Olhar a mãe” (Om) indicando que quanto maior a pontuação das mães, maior a frequência do comportamento apresentado pelo bebê. Também observou-se correlação positiva entre os resultados do IDATE Traço e o comportamento não responsivo de “Apatia” (Pa), significando que quanto maior a pontuação da mãe (mais ansiedade traço) mais o bebê se apresentou apático.

Tabela 9. Relação entre saúde emocional de mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva (G1) e os comportamentos interativos do bebê.

Aproximação Social Neutra	PSS	BDI	IDATE Estado	IDATE Traço
<b>Om</b>	-	R=0,402*	-	-
	-	P= <b>0,046</b>	-	-
Não Responsivo	PSS	BDI	IDATE Estado	IDATE Traço
<b>Pa</b>	-	-	-	R=0,407*
	-	-	-	P= <b>0,043</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 10 mostra os dados de G2. Houve correlação positiva entre o PSS, BDI, IDATE Estado e Traço e o comportamento de Aproximação Social Positiva “Contato visual

com mãe com sorriso utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo (movimentando-as)” (CVsbom). Em relação ao total dos comportamentos apresentados, houve correlação positiva com o BDI e IDATE Estado. Ambos casos indicaram que quanto maior a pontuação nos instrumentos, mais o bebê se comportava desse modo. Não houve correlação entre os comportamentos neutros e não responsivo.

Tabela 10. Relação entre saúde emocional de mães de bebês ouvintes (G2) e os comportamentos interativos do bebê.

<b>Aproximação Social Positiva</b>	<b>PSS</b>	<b>BDI</b>	<b>IDATE Estado</b>	<b>IDATE Traço</b>
<b>Cvsbom</b>	R=0,444* P= <b>0,026</b>	R=0,574** P= <b>0,003</b>	R=0,517** P= <b>0,008</b>	R=0,516** P= <b>0,008</b>
<b>Total</b>	- -	R=0,447* P= <b>0,025</b>	R=0,496* P= <b>0,012</b>	- -

Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 11 mostra a correlação entre a saúde emocional de mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva (G1) e os comportamentos interativos maternos. Para esse grupo se observou correlação negativa entre o comportamento interativo Sensível Positivo de “Olhar bebê com sorriso” (Obbs) e o IDATE Traço, o que significa que quanto mais alta a ansiedade traço, menos as mães se comportam desse modo. Outro comportamento positivo com correlação negativa significamente com o PSS é o “Olhar bebê com sorriso utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves” (Obbsbots), o que significa que, quanto mais elas apresentam este comportamento, menos estressadas estão. Também se observou correlação negativa entre os comportamentos Sensível Neutro de “Olhar bebê” (Obb) e “Olhar bebê utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves” (Obbbots) e o PSS, indicando que, quanto mais estresse, menos elas apresentam esses comportamentos. Não houve correlação

com os comportamentos Não Responsivo.

Tabela 11. Relação entre saúde emocional de mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva (G1) e os comportamentos interativos maternos.

<b>Sensível Positivo</b>	<b>PSS</b>	<b>BDI</b>	<b>IDATE Estado</b>	<b>IDATE Traço</b>
<b>Obbs</b>	-	-	-	R= -0,493*
				<b>P=0,012</b>
<b>Obbsbots</b>	R= -0,433 <b>P=0,031</b>	-	-	-
<b>Sensível Neutro</b>	<b>PSS</b>	<b>BDI</b>	<b>IDATE Estado</b>	<b>IDATE Traço</b>
<b>Obb</b>	R= -0,409* <b>P=0,043</b>	-	-	-
<b>Obbhots</b>	R= -0,411* <b>P=0,041</b>	-	-	-

Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 12 mostra a correlação entre a saúde emocional de mães de bebês ouvintes (G2) e os comportamentos interativos maternos. Para esse grupo se observou correlação positiva entre o comportamento Sensível Positivo de “Contato visual com bebê com sorriso e vocalizações manhês, utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves” (CVsvmbots) e os instrumentos BDI, IDATE Estado e Traço, indicando que quanto mais elas apresentam indícios de depressão, ansiedade estado e traço, mais elas se comportam desse modo. O comportamento Sensível Neutro “Contato visual com bebê com vocalizações” (CVv) também apresentou correlação positiva com o IDATE Estado, o que significa que, quanto mais alta a ansiedade estado, mais elas apresentam esse comportamento. Não houve correlação com o comportamento Não Responsivo.

Tabela 12. Relação entre saúde emocional de mães de bebês ouvintes (G2) e os comportamentos interativos maternos.

<b>Sensível Positivo</b>	<b>PSS</b>	<b>BDI</b>	<b>IDATE Estado</b>	<b>IDATE Traço</b>
<b>Cvsymbots</b>	-	R=0,419*	R=0,583**	R=0,408*
	-	<b>P=0,037</b>	<b>P=0,002</b>	<b>P=0,043</b>
<b>Sensível Neutro</b>	<b>PSS</b>	<b>BDI</b>	<b>IDATE Estado</b>	<b>IDATE Traço</b>
<b>CVv</b>	-	-	R=0,551**	-
	-	-	<b>P=0,004</b>	-

Fonte: Elaborada pela autora.

Para as mães com filhos com suspeita de deficiência auditiva (G1), observou-se correlação entre os instrumentos de saúde emocional, conforme a Tabela 13. A correlação encontrada é, na maioria dos dados, moderada.

Tabela 13. Relação entre os instrumentos de saúde emocional de mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva (G1).

	<b>PSS</b>	<b>BDI</b>	<b>IDATE Estado</b>	<b>IDATE Traço</b>
<b>PSS</b>	-	R=0,613**	R=0,463	R=0,573**
	-	<b>P=0,001</b>	<b>P=0,020</b>	<b>P=0,003</b>
<b>BDI</b>	R=0,613**	-	R=0,744**	R=0,573**
	<b>P=0,001</b>	-	<b>P=0,000</b>	<b>P=0,003</b>
<b>IDATE Estado</b>	R=0,463*	R=0,744**	-	R=0,500*
	<b>P=0,020</b>	<b>P=0,00</b>	-	<b>P=0,011</b>
<b>IDATE Traço</b>	R=0,573**	R=0,573**	R=0,500*	-
	<b>P=0,003</b>	<b>P=0,003</b>	<b>P=0,011</b>	-

Para as mães com filhos ouvintes (G2), também observou-se correlação entre todos os instrumentos de saúde emocional, conforme a Tabela 14.

Tabela 14. Relação entre os instrumentos de saúde emocional de mães de bebês ouvintes (G2).

	<b>PSS</b>	<b>BDI</b>	<b>IDATE Estado</b>	<b>IDATE Traço</b>
<b>PSS</b>	-	R=0,709**	R=0,801**	R=0,734**
	-	<b>P=0,000</b>	<b>P=0,000</b>	<b>P=0,000</b>
<b>BDI</b>	R=0,709**	-	R=0,734**	R=0,769**
	<b>P=0,000</b>	-	<b>P=0,000</b>	<b>P=0,000</b>

Tabela 14. Relação entre os instrumentos de saúde emocional de mães de bebês ouvintes (G2).

	<b>PSS</b>	<b>BDI</b>	<b>IDATE Estado</b>	<b>IDATE Traço</b>
<b>IDATE Estado</b>	R=0,801** P=0,000	R=0,734** P=0,000	- -	R=0,702** P=0,000
<b>IDATE Traço</b>	R=0,734** P=0,000	R=0,769** P=0,000	R=0,702** P=0,000	- -

Fonte: Elaborada pela autora.

## DISCUSSÃO

A análise dos comportamentos interativos e não-interativos infantis e maternos, possibilitou a identificação de aspectos da relação mãe-bebê e suas estratégias de interação, em dois grupos, um com bebês com suspeita de deficiência auditiva e outro com bebês ouvintes. Medeiros e Salomão (2014) também utilizaram a filmagem como técnica para a observação e análise dos comportamentos de interação em uma díade na qual a criança possuía deficiência visual. Elas justificam a utilização da filmagem como um meio de contato com as trocas interativas e a descrição detalhada do contexto. Outros estudos também utilizaram filmagem para a interação mãe-bebê com deficiência (FONTE, 2013; STERLING; WARREN, 2014; GUIJO; DELGADO-PINHEIRO, 2016). Porém, realizar filmagem também pode ser processo difícil, já que exige análises minuciosas.

Na análise dos comportamentos interativos dos bebês observou-se diferenças entre os ouvintes (G2) e os com suspeita de deficiência auditiva (G1). Os bebês do G1 apresentaram menos comportamentos de Aproximação Social Positiva do que o G2 (Tabela 3). Estes dados não corroboram com os do estudo de Ferreira (2017), que avaliou a interação mãe-bebê de bebês com e sem Síndrome de Down (SD). Neste estudo, os bebês do G1 (com a SD) apresentaram mais comportamentos interativos positivos do que os bebês sem a síndrome. Os dados também não corroboram com o estudo de Cusson e Yin (1998), nos quais os bebês prematuros apresentaram mais comportamentos positivos do que os bebês a termo, em uma situação de interação com a mãe. Os comportamentos positivos que os bebês emitem, como

sorrir, manter contato visual e vocalizar, assim como os comportamentos negativos, podem ter sido reforçados nas interações com a mãe (CHIODELLI, 2016). Porém, os dados corroboram com o estudo de Laing et al. (2010), que analisaram a qualidade da interação mãe-criança com defeitos congênitos, no qual se observou que as crianças demonstraram interatividade significativamente menos positiva com suas mães, quando comparadas com as crianças com desenvolvimento típico.

Levando em consideração que os comportamentos de Aproximação Social Positiva incluem contato visual com a mãe, os dados da presente pesquisa também corroboram com os achados de Belini e Fernandes (2008), que investigaram a interação mãe-bebê com Síndrome de Down e desenvolvimento típico e constataram que a criança com suspeita da síndrome, mas ainda não de sua confirmação, respondia menos à mãe, por meio do contato ocular.

Em relação aos comportamentos não interativos Não Responsivos, os dados deste estudo mostram que, independente se tem ou não suspeita de deficiência auditiva, os bebês dos dois grupos apresentaram uma frequência alta de comportamento de “Jogo” (J) respondendo pouco às interações das suas mães (98,97% e 99,36%, respectivamente) (Tabela 3). Os dados corroboram com o estudo de Campos (2016), no qual os comportamentos não interativos dos bebês, principalmente na subcategoria Conduta de Jogo, foram os mais frequentes. Ferreira (2017) também encontrou dados semelhantes. Uma hipótese é que mães de bebês muito novos parecem brincar pouco com seus bebês o que resulta em eles não saberem responder ativamente às interações maternas, envolvendo-se em comportamentos voltados para exploração do próprio corpo (mãos da boca), olhar para o ambiente, dentre outros. Quando os grupos são comparados, os bebês do G2 tiveram significativamente mais o comportamento positivo de “Contato visual com sorriso” (CVs) ( $p=0,027$ ) e o Total dos comportamentos considerados neutros ( $p=0,042$ ). Os bebês do G1 tiveram significativamente mais comportamentos Não Responsivos, considerando o Total ( $p=0,024$ ). Observando as

subcategorias dos comportamentos, os bebês do G1 tiveram quase todas as médias menores em comportamentos positivos e neutros e tiveram médias maiores em comportamentos não responsivos, ou seja, não interativos (Tabela 4).

Os comportamentos interativos apresentados pelas mães, independente se do G1 ou G2, dividiram-se em positivos e neutros. Observou-se que as mães do G2 apresentaram 10 dos 12 comportamentos Sensíveis Positivos observados e o comportamento mais frequente das mães do G1 foi “Olhar bebê com sorriso e vocalizações manhês e comportamentos de cuidado” (Obsvsmcc) com 50% de frequência (e G2 com 0,80%), o que pode significar que as mães dos bebês com a suspeita de deficiência auditiva se esforçam mais, utilizam mais recursos nos cuidados com seus bebês. Em nenhum dos grupos observou-se comportamentos interativos negativos (Tabela 5). Tais dados podem ser atribuídos ao fato da mãe saber que está sendo filmada e o que se espera dela. Chiodelli (2016) também argumenta que a situação da filmagem pode influenciar na emissão dos comportamentos interativos da mãe, fazendo com que ela aja de acordo com o que é desejado socialmente.

Em relação às médias dos comportamentos apresentados, as mães do G2 apresentaram mais comportamentos interativos significativos na categoria Sensível Positivo e Sensível Neutro (Tabela 6), diferentemente da pesquisa de Ferreira (2017), em que as mães do G1 apresentaram, com mais frequência os comportamentos interativos positivos, porém as mães do G2 também se comportaram mais na categoria Sensível Neutro, corroborando com a presente pesquisa. Como as mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva apresentaram menos comportamentos positivos e neutros, conseqüentemente apresentaram mais comportamentos não responsivos do que as mães do G2. Estes dados corroboram com os dados de Medeiros e Salomão (2012), que avaliaram a interação mãe-bebê com deficiência visual, nos quais foram constatados que as mães apresentaram mais comportamentos de observação dos bebês, ou seja, comportamentos não-interativos. Outras pesquisas que tiveram



como resultados mães menos responsivas e intrusivas foi a de Laing et al. (2010), ao analisar a interação mãe-criança com defeito congênito, assim como o estudo de Moro e Souza (2011), que teve como resultado a dificuldade materna durante o brincar com o filho com autismo, apresentando a não interação das mães no contexto interativo com o filho. Tais dados poderiam ser atribuídos à incerteza do diagnóstico e, portanto, não saber o que fazer com um bebê que tem chance de não ouvir e que precisará de outras formas de comunicação. A suspeita e ameaça de uma possível deficiência auditiva passa a refletir angústica, tristeza, medo, confusão e desespero nas mães, assim como sentimentos ambivalentes, parecendo diminuir a interação de afetividade com o bebê (YAMADA et al., 2014).

Os dados apresentados acima mostram a diferença entre os dois grupos, pois as mães do G2 apresentaram significativamente mais comportamentos de contato visual, vocalizações “manhês”, sorrisos com seus bebês, enquanto que as mães do G1 demonstraram significativamente mais comportamento de vocalizações manhês com cuidados dirigidos aos seus bebês.

Em relação à saúde emocional materna, as mães do G1 tiveram mais indicadores clínicos em ansiedade traço (36%), ansiedade estado (28%) e depressão (20%) do que o G2 (Tabela 7). Embora os dados não sejam significativos, eles corroboram com o estudo de Agostini et al. (2014), que analisou a saúde emocional de mães de bebês prematuros e mães de bebês nascidos a termo, sendo que no primeiro grupo, houve maior prevalência de sintomas depressivos.

Comparando a pontuação média dos grupos, somente em Ansiedade Estado é que a diferença foi significativa para o G1 ( $p=0,040$ ) (Tabela 8). Considerando o que avalia o instrumento, as mães do G1 estão vivenciando uma situação de confirmação (ou não) de uma deficiência, o que justifica tais indicadores. Perosa, Silveira e Canavez (2008) avaliaram indicadores de ansiedade e depressão, em mães de bebês com malformações, após o

nascimento e três meses após alta hospitalar e, assim como a presente pesquisa, as mães apresentaram indicativos clínicos de ansiedade estado e traço e depressão no primeiro momento e uma redução significativa de ansiedade estado e depressão no segundo momento. Outro estudo que avaliou as características do estresse em pais de indivíduos com deficiência foi o de Barbosa e Oliveira (2008), que constataram sintomas de estresse nesses pais. Os pesquisadores também afirmaram que pais de pessoas com deficiência são mais vulneráveis ao desenvolvimento desses sintomas.

Quanto à saúde emocional materna e os comportamentos dos bebês do G1, houve correlação positiva entre o nível de depressão materna com o comportamento neutro do bebê de “Olhar a mãe” (Om) e entre ansiedade traço com o comportamento não responsivo do bebê de apatia, o que já é um dado esperado (Tabela 9). Sendo assim, pode ser um diferencial do estudo o dado de que quanto mais depressão a mãe apresentava, mais o bebê olhava para ela, podendo ser um indicativo de querer a atenção materna. Os dados também corroboram com o estudo de Paradis e Koester (2015), no qual as mães ouvintes de bebês com deficiência auditiva tiveram uma diferença significativa quanto à disponibilidade emocional, tendendo a ter uma pontuação mais baixa em suas subcategorias. Também foi possível verificar correlação positiva e negativa entre a saúde emocional e os comportamentos interativos e não interativos infantis e maternos.

Em relação à saúde emocional materna e os comportamentos interativos dos bebês do G2, houve correlação positiva entre todos os instrumentos e o comportamento infantil positivo de “Contato visual com mãe com sorriso, utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo (movimentando-as)” (CVsbom) e também correlação positiva em depressão e ansiedade estado com o total de comportamentos positivos do bebê. Quanto maior a pontuação das mães nos instrumentos, mais os bebês se comportavam desse modo (Tabela 10). Estes dados corroboram com a pesquisa de Schwengber e Piccinini (2003), que realizaram um estudo de

revisão sobre depressão pós-parto e o impacto na interação mãe-bebê, no qual eles afirmam que o bebê consegue perceber uma deficiência na interação, devido a algum fator emocional por parte da mãe, mesmo que essa seja sutil. Sendo assim, eles mencionam que o estado depressivo da mãe pode repercutir no bebê e, conseqüentemente, em seu desenvolvimento.

Também foi observado a relação entre saúde emocional materna e os comportamentos das mães dos dois grupos. Na categoria Sensível Positivo, as mães do G1 apresentaram correlação negativa em estresse e ansiedade traço com os comportamentos maternos de “Olhar bebê com sorriso utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves” (Obbsbots) e “Olhar bebê com sorriso” (Obbs), respectivamente. O mesmo grupo apresentou correlação negativa entre o estresse e os comportamentos Sensível Neutro de “Olhar bebê” (Obb) e “Olhar bebê utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves” (Obbbots), indicando que, quanto maior era o estresse das mães, menos elas apresentavam esses comportamentos com o bebê (Tabela 11). Nos achados de Nardi et al. (2015), também foi possível verificar a relação entre a mãe com o bebê e sua saúde emocional.

Ainda relacionando a saúde emocional materna com seus comportamentos interativos, as mães do G2 apresentaram correlação positiva entre o comportamento positivo de “Contato visual com bebê com sorriso e vocalizações “manhês”, utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves” (Cvsvmbots) e indicadores clínicos de depressão e ansiedade estado e traço, assim como o comportamento neutro “Contato visual com bebê com vocalizações” (CVv) e ansiedade estado (Tabela 12). Quanto mais ansiedade elas tinham no momento, mais elas apresentavam esse comportamento. Estes dados não corroboram com o estudo de Schwengber e Piccinini (2003), que afirma que pesquisas realizadas no período do desenvolvimento no primeiro ano de vida do bebê, mostraram que, quanto mais deprimidas as mães estavam, menos expressões de afetos e exploração de objetos elas utilizavam com os filhos. Do mesmo modo, Ferreira e Tourinho (2013) afirmaram que as pessoas com indícios de depressão

tendem a apresentar comportamentos de esquiva e fuga, principalmente em situações que exijam variabilidade emocional.

Relacionando os instrumentos de saúde emocional, houve correlação positiva para os dois grupos em todos os aspectos emocionais analisados. Quanto maior o estresse, maior o nível de indicadores de depressão e ansiedade estado e traço, assim como o oposto (Tabelas 13 e 14). Este dado corrobora com os estudos de Nardi et al. (2015), que avaliou a interação mãe-bebê de bebês com Sequência de Robin e o estresse e ansiedade maternas e que também observou correlação entre os constructos que compõem a saúde emocional. Dessen e Szelbracikowski (2006) constataram maior nível de estresse em mães de bebês com a Síndrome de Down quando compararam à mães de bebês típicos, considerando o tipo de deficiência e a sobrecarga de cuidados como fatores de risco à qualidade de vida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo pretendeu descrever e comparar a interação de mães e bebês com suspeita de deficiência auditiva e de mães e bebês ouvintes, associando-a com indicadores emocionais maternos. Observou-se diferenças estatísticas entre os grupos, sendo que os bebês com suspeita de deficiência auditiva apresentaram menos comportamentos positivos e neutros e mais comportamentos não responsivos. A frequência dos comportamentos das mães de bebês com a suspeita ocorreram mais nas categorias de comportamentos positivos, neutros e não responsivos. Em relação à saúde emocional das mães dos bebês com a suspeita, elas apresentaram mais indicadores clínicos para depressão, ansiedade estado e traço e, quando relacionados com os comportamentos interativos de seus bebês e seus próprios, houve relação entre a saúde emocional e os comportamentos emitidos pelas díades.

Apesar da interação mãe-bebê apresentar diversos estudos, houve dificuldades em encontrar pesquisas relacionadas à interação mãe-bebê com deficiência auditiva,

principalmente na literatura nacional. Entretanto, os estudos internacionais mais encontrados foram na área de Fonoaudiologia, envolvendo especificamente a questão da linguagem/audição. Tais dados apontam para a necessidade de mais estudos sobre interação mãe bebê com deficiência, em especial a auditiva.

Entre as limitações do presente estudo estão a dificuldade em encontrar bebês com a deficiência auditiva comprovada, pois o processo diagnóstico a partir do teste da orelhinha acaba permeando o primeiro ano de vida do bebê. Outro aspecto é a necessidade de filmagem da díade, que pode interferir, principalmente nos comportamentos interativos da mãe com seu bebê e também por ser filmagem única, porém, a filmagem é a melhor forma de analisar a interação, permitindo uma análise minuciosa dos episódios interativos. Também podem ser citadas a dificuldade de categorização do instrumento utilizado para a análise da interação mãe-bebê e pela aferição de fidedignidade ter sido realizada somente com um observador duplo cego. Por fim, recomenda-se que novos estudos sejam realizados sobre a interação mãe-bebê com suspeita ou deficiência auditiva comprovada, devido á escassez sobre o tema. Sugere-se, também, estudos sobre interação mãe-bebê com outras deficiências implementando intervenções que auxiliem os pais a interagirem com seus filhos desde muito novos. Sugere-se, ainda, a pesquisa sistemática da saúde emocional de mães de bebês e, principalmente, de mães de bebês com deficiência ou em fase de diagnóstico da mesma, visando a implementação de intervenções terapêuticas de apoio em grupo ou individual, promovendo o seu bem estar e, conseqüentemente, a interação mãe-bebê com qualidade, contribuindo para o desenvolvimento infantil adequado.

## **REFERÊNCIAS**

ABELHA, L. Depressão, uma questão de saúde pública. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 223, 2014.

AGOSTINI, F. et al. Early interactive behaviours in preterm infants and their mothers: influences of maternal depressive symptomatology and neonatal birth weight. **Infant Behavior and Development**, v. 37, n. 1, p. 86–93, 2014.

ALFAYA, C. Depressão materna no sexto mês de vida do bebê: resultados iniciais. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, Lisboa, v.6, n. 1, 2015.

ALVARENGA, P.; CERESO, M. A. Interação mãe-criança: fidedignidade da versão brasileira do sistema observacional CITMI-R. **Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 3, p.307-316, 2013.

ALVARENGA, P.; PALMA, E. M. S. Indicadores de depressão materna e a interação mãe-criança aos 18 meses de vida. **PSICO**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 402-410, 2013.

AMBROSE S. E. Gesture Use in 14-Month-Old Toddlers With Hearing Loss and Their Mothers' Responses. **Am J Speech Lang Pathol.**, v. 25, n. 4, p. 519-531, nov. 2016.

ANTONIETTI, C. C. **Percepção de estresse e estilo de coping dos pacientes no período pré-procedimento colonoscópico**. 2012. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BARBOSA, A. J. G.; OLIVEIRA, L. D. Estresse e enfrentamento em pais de pessoas com necessidades especiais. **Psicologia em Pesquisa**, v. 2, n. 02, p. 36-50, jul-dez, 2008.

BARBOSA, K. C. et al. Efeitos da shantala na interação entre mãe e criança com síndrome de down. **Revista Brasileira e Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 356-361, 2011.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961.

BELINI, A. E. G.; FERNANDES, F. D. M. Olhar e contato ocular: desenvolvimento típico e comparação na Síndrome de Down. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, v.13, n.1, São Paulo, jan./mar., 2008.

BELTRAMI, L.; MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 229-239, 2013.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALICIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA, 1979.

BOSCOLO, C. C.; SANTOS, T. M. M. A deficiência auditiva e a família: sentimentos e expectativas de um grupo de pais de crianças com deficiência da audição. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-75, 2005.

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

BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal**. Brasília, DF, 2012.

CAMPOS, B. C. **Variáveis sociodemográficas, depressão pós-parto e a interação entre mães e bebês de quatro a seis meses de idade**. 2016. 75 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2016.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Revista CEFAC**. v. 16, n. 2, p. 500-510, 2014.

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**, v. 22, n. 5, p. 1683-1693, 2017.

CHIODELLI, T. **Temperamento e prematuridade: influências sobre a interação mãe-bebê**. 2016. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2016.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 677-683, 2007.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CUSSON, R; YIN, T. Face-to-face interaction between preterm infants and mothers: use of the still-face procedure. **Infant Behavior and Development**, v. 21, p. 368-368, 1998.

DA SILVA, M. N. S. et al. Avaliação funcional do desenvolvimento psicomotor e ambiente familiar de crianças com Síndrome de Down/Functional assessment of psychomotor

development and family environment of children with Down Syndrome. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, v. 1, n. 2, p. 186-201, 2017.

DESSEN, M. A.; SZELBRACIKOWSKI, A. C. Estabilidades e mudanças em padrões familiares de crianças com problemas de comportamento exteriorizado. **Paidéia**, v. 16, n. 33, p. 71-80, 2006.

DIB, E. P. **Interação mãe-bebê: implicações da ansiedade e depressão materna crônica**. 2016. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2016.

DOMINGUES, A. F.; MOTTI, T. F. G.; PALAMIN, M. E. G. O brincar e as habilidades sociais na interação da criança com deficiência auditiva e mãe ouvinte. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 37-44, 2008.

ESTANIESKI, I. I.; GUARANY, N. R. Qualidade de vida, estresse e desempenho ocupacional de mães cuidadoras de crianças e adolescentes autistas. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 26, n. 2, p. 194-200, 2015.

ESTEVES, C. M.; BORGES, E. S. O resgate do vínculo mãe-bebê: Estudo de caso de maus tratos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 27, n. 4, p. 760-775, 2007.

FERREIRA, D. C.; TOURINHO, E. Z. Desamparo Aprendido e Incontrolabilidade: Relevância para Abordagem Analítico-Comportamental da Depressão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 2, p. 211-219, 2013.

FERREIRA, T. S. **Síndrome de Down: As influências na interação mãe-bebê**. 2017. 89 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2017.

FONTE, R. F. L. Cenas de atenção conjunta na interação mãe-criança cega: contribuições à aquisição da linguagem. **Signótica**, Goiânia, v. 25, n. 2, p. 393-412, jul./dez. 2013.

GONTIJO, F. O. **Contato precoce pele a pele entre mãe e recém-nascido pré- termo de 1000g a 1800g: repercussões sobre indicadores de estresse materno**. 2014. 115 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

GUIJO, L. M.; DELGADO-PINHEIRO, E. M. C. Caracterização da interação comunicativa entre pais de crianças e adolescentes deficientes auditivos que utilizam comunicação oral. **Rev. CEFAC**, v.18, n.5, São Paulo set./out., 2016.



HALLAK, L. R. L.; HALLAK, J. E. C.; GOLFETO, J. H. O estresse materno e os fatores de risco em crianças com distúrbios psiquiátricos. **Pediatria Moderna**, v. 35, n. 9, p. 731-740, 1999.

KATON, W. J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. **Biology and Psychiatry**, v. 54, p. 216-26, 2003.

LAING, S. et al. Mother-child interaction and child developmental capacities in toddlers with major birth defects requiring newborn surgery. **Early Hum Dev.**, v. 86, n. 12, p. 793-800, 2010.

LAZZAROTTO, R.; SCHMIDT, E. B. Ser mãe de crianças com paralisia cerebral: sentimentos e experiências. **Perspectiva**, Erechim. v.37, n.140, p. 61-72, dezembro/2013.

LOPES FILHO, O. (Org). Deficiência auditiva. In: **Novo tratado de Fonoaudiologia**. 3 ed. Barueri: Manole, 2013.

LUFT, C. D. B. et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007.

MACHADO, W. L. et al. Dimensionalidade da escala de estresse percebido (Perceived Stress Scale, PSS-10) em uma amostra de professores. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 38-43, 2014.

MÄDER, C.V.N. et al. Avaliação do vínculo mãe-filho e saúde mental de mães de crianças com deficiência intelectual. **Enstein**, v. 11, n. 1, p. 63-70, 2013.

MEDEIROS, C. S.; SALOMÃO, N. M. R. Análise de dois contextos interativos em uma díade mãe-criança com deficiência visual. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 701-713, dez. 2014.

MEDEIROS, C. S.; SALOMÃO, N. M. R. Interação mãe-bebê com deficiência visual: estilos comunicativos e episódios interativos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29 (Supl.), p. 751-760, 2012.

MENDONÇA, C. L. **Diagnóstico precoce na deficiência auditiva**. 1999. Monografia de conclusão de curso de especialização - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, Recife, 1999.

MOREIRA, D. P.; FUREGATO, A. R. F. Estresse e depressão entre alunos do último período de dois cursos de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, jan.-fev., 2013.

MORO, M. P.; SOUZA, A. P. R. Três análises de linguagem no autismo. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 944-955, oct. 2011.

NARDI, C. G. A. et al. Bebês com Sequência de Pierre Robin: saúde mental materna e interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 1, p. 129-140, 2015.

NOGUEIRA, S. C. **Práticas parentais e indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos**. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2013.

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

OLIVEIRA, I. G.; POLETO, M. Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 102-119, 2015.

PALAMIN, M. E. G. et al. A ansiedade materna durante o diagnóstico da deficiência auditiva: contribuição da intervenção psicológica. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 20, n. 4, p. 569-580, dec. 2014 .

PARADIS, G.; KOESTER, L. S. Emotional Availability and Touch in Deaf and Hearing Dyads. **Am Ann Deaf**, v. 160, n. 3, p. 303-15, 2015.

PEREIRA, P. F. et al. Rastreamento de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres no pós-parto: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, pp. 294-304, 2015.

PEREIRA, V. A. et al. Desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida: variáveis maternas e sociodemográficas. **Pensando Famílias**, v. 18, n. 1, p. 64-77, 2014.

PEROSA, G. B. et al. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 433-439, set. 2009.

PEROSA, G. B.; SILVEIRA, F. C. P.; CANAVEZ, I. C. Ansiedade e Depressão de Mães de Recém-nascidos com Malformações Visíveis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 1, p. 029-036, 2008.

PERRELLI, J. G. A. et al. Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. **Revista Paulista de Pediatria**, v.32, n. 3, p. 257-265, 2014.

PICCININI, C. A. et al . Diferentes Perspectivas na Análise da Interação Pais-Bebê/Criança. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 14, n. 3, p. 469-485, 2001 .

RIZZINI, M. **Análise de instrumentos de mensuração em gestantes: Escala de Estresse Percebido (PSS) e Inventário de Eventos de Vida Produtores de Estresse (IEVPE)**. 2017. 101 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís-MA, 2017.

SAMPAIO, F. M. O. **Estudo da perda auditiva em crianças de zero a 14 anos atendidas em um serviço de referência**. 2001. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

SANTOS, B. L. A. **Associação entre estresse percebido durante a gravidez e anemia na criança**. 2016. 61 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

SANTOS, F. M. S.; MOURA, M. L. S. A relação mãe-bebê e o processo de entrada na creche: esboços de uma perspectiva sociocultural. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 88-97, 2002.

SANZOVO, C. E.; COELHO, M. E. C. Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 227-238, 2007.

SCHIAVO, R. A. **Desenvolvimento Infantil: associação com estresse, ansiedade e depressão materna, da gestação ao primeiro ano de vida**. 2016. 141 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2016.

SCHIAVO, R. A. **Presença de stress e ansiedade em primígestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto**. 2011. 139 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2011.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

SCORTEGAGNA, S. A. et al. O processo interativo mãe-bebê pré-termo. **Psicologia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 61-70, 2005.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Interações Iniciais Mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 295-302, 2004.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Interações mãe-bebê de um e cinco meses: aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 66-73, 2008.

SILVA, L. P. A.; QUEIROS, F.; LIMA, I. Fatores etiológicos da deficiência auditiva em crianças e adolescentes de um centro de referência APADA em Salvador-BA. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 72, n. 1, p. 33-36, 2006.

SILVA, R. S.; PORTO, M. C. A importância da interação mãe-bebê. **Ensaio Científico em Ciência Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 73-78, 2016.

SILVEIRA, L. L.; BICHARA, I. D. Um estudo sobre a sensibilidade materna na interação mãe-criança com necessidades especiais. **Revista de Saúde e Desenvolvimento**, v. 4, n. 2, p. 198-216, 2013.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Manual for the state-trait anxiety inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1970.

STERLING, A. M.; WARREN, S. F. Maternal Responsivity in Mothers of Young Children with Down Syndrome. **Dev Neurorehabil**, v. 17, n. 5, p. 306–317, oct. 2014.

TABAQUIM, M. L. M. et al. Avaliação do desenvolvimento cognitivo e afetivo-social de crianças com perda auditiva. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 6, p. 1475-1481, 2013.

YAMADA, M. O. et al. A relação mãe-bebê com deficiência auditiva no processo de diagnóstico. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 460-478, 2014.

## APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Centro de Psicologia Aplicada

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada à participar do projeto de pesquisa intitulado "Interação mãe-bebê com deficiência auditiva e indicadores de saúde emocional materna: comparação com díade mãe-bebê ouvinte".

A investigação das interações entre mães ouvintes e bebês com deficiência auditiva e da saúde emocional materna pode auxiliar no conhecimento sobre o assunto e contribuir para o desenvolvimento de intervenções que envolvam a família e o ambiente, assim como para a diminuição dos fatores de risco ao desenvolvimento infantil. Desta forma, o objetivo da pesquisa é identificar a influência da Deficiência Auditiva na interação mãe-bebê, avaliar a saúde emocional materna e comparar com mães e bebês sem risco para o desenvolvimento. Para isto, você participará de uma filmagem, sendo que esta será previamente agendada em horário da sua preferência e terá como foco um momento de interação entre você e seu bebê. Posteriormente, você responderá a três questionários sobre ansiedade, depressão e estresse.

Os riscos previsíveis para você e para seu bebê poderão ser em relação ao cansaço e à disposição. Para a realização da filmagem, você será orientada a brincar com seu bebê como costuma fazer no cotidiano, durante 10 minutos. Em relação aos questionários, estes não são de caráter invasivo, em que serão feitas perguntas/afirmações para assinalar, sem riscos à sua integridade. Esta aplicação deve demorar em média 40 minutos. Toda a filmagem/entrevista será realizada em sala privativa. O benefício esperado é a produção de conhecimento para orientar possíveis intervenções posteriores que auxiliarão no desempenho da maternidade e no desenvolvimento de bebês.

A aplicação ocorrerá em aproximadamente 50 minutos, no intervalo das consultas de rotina no hospital, com possibilidade de mais intervalos, dependendo da disposição, fadiga, interesse e disponibilidade sua e do bebê participante.

A pesquisadora se compromete a informar aos responsáveis os resultados da avaliação. Após o término da pesquisa, o material coletado será mantido sob a guarda da pesquisadora e orientadora, com fins específicos de publicação científica, evidentemente resguardando a identidade. Caso sejam observados prejuízos na avaliação, o participante será devidamente orientado e encaminhado aos serviços especializados na comunidade. Além disso, é garantida a indenização aos participantes diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Fica esclarecido que a sua participação e do bebê nesta pesquisa não envolve custos sobre possíveis ressarcimentos de condução e/ou alimentação, uma vez que está prevista a coleta em dias e horários que já fazem parte da sua rotina institucional, hospitalar ou escolar.



**Centro de Psicologia Aplicada**

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária e que você poderá, a qualquer momento, retirar seu consentimento livre e esclarecido e deixar de participar da pesquisa. Fica ciente que todas as informações prestadas serão confidenciais e guardadas por força do sigilo profissional, sem que isso lhe cause penalização, constrangimento ou interfira nas atividades realizadas na instituição hospitalar. Esclarecemos que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e futuras publicações garantindo o mais absoluto sigilo e confidencialidade dos seus dados e do seu filho, de modo a preservar a sua identidade.

Caso você queira contatar a pesquisadora Mariana de Freitas Pereira Pederro ou o Comitê de Ética em Pesquisa-HRAC-USP, para esclarecimentos de dúvidas sobre sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora por meio do endereço institucional Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 - Vargem Limpa, CEP: 17033-360 – Bauru/SP de segunda à sexta das 8 às 18 h, ou pelo telefone (14) 3103-6090, e-mail: [marianafreitasp@gmail.com](mailto:marianafreitasp@gmail.com) e, para denúncias e/ou reclamações entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa-HRAC-USP, à Rua Silvio Marchione, 3-20 - Vila Universitária - CEP 17012-900 - Bauru/SP, de segunda à sexta das 8 às 18 h, ou pelo telefone (14) 3235-8421, e-mail: [cep@centrinho.usp.br](mailto:cep@centrinho.usp.br) e com o CONEP, localizado no SEP 510, Norte, Bloco A, 3º Andar, Unidade II, Ministério da Saúde, Brasília/DF – CEP: 70750-521, telefone (61) 3315-5878, e-mail [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br), quando pertinente.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional. Por fim, como pesquisador(a) responsável pela pesquisa, comprometo-me a cumprir todas as exigências contidas na resolução do CNS/MS n. 466 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013.

Por estarmos de acordo com o presente termo elaborado em duas vias (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador), que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término.

Bauru, SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome/Assinatura do Pesquisador(a)

## APÊNDICE 2 – Entrevista Inicial

### ENTREVISTA INICIAL

Nº RG \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Data da filmagem \_\_/\_\_/\_\_

Nome do bebê: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_  
 Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Ordem de nascimento: ( ) 1º filho ( ) 2º filho ( ) 3º filho ( ) 4º filho ou mais. Quantos? \_\_\_\_\_

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Avaliação audiológica: ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª ( ) 4ª ( ) 5ª

Tem diagnóstico: ( ) sim ( ) não

Faz uso de aparelho auditivo? ( ) sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ ( ) não

Dados sobre a família:  
 ( ) Família Nuclear (pai/mãe/filhos) ( ) Família Nuclear mais agregados  
 ( ) Mãe solteira/separada/filhos ( ) pai+mãe com família de origem de um deles  
 ( ) Mãe + família de origem dela

**Informações Anteriores ao nascimento do bebê:**

Saúde da mãe antes da gestação: ( ) boa ( ) ruim \_\_\_\_\_

Saúde do pai antes da gestação: ( ) boa ( ) ruim \_\_\_\_\_

Mãe fumante: ( ) sim ( ) não Pai fumante: ( ) sim ( ) não

Saúde da mãe durante a gestação: ( ) boa

Número de consultas pré-natais realizadas: \_\_\_\_\_

Doenças: \_\_\_\_\_ Tratamento: \_\_\_\_\_

Internação (motivo): \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Ameaças de aborto: ( ) Não ( ) Sim Providências \_\_\_\_\_

A gravidez foi planejada: ( ) Sim ( ) Não Caso não: qual foi sua reação? \_\_\_\_\_

Apresentou outros problemas durante a gravidez? ( ) Sim ( ) Não





**ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho**

UNESP - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS CAMPUS DE BAURU  
- JÚLIO DE MESQUITA FILHO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E INDICADORES DE SAÚDE EMOCIONAL MATERNA: COMPARAÇÃO COM DÍADE MÃE-BEBÊ OUVINTE

**Pesquisador:** Mariana de Freitas Pereira Pederro

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 61210416.7.0000.5398

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.817.806

**Apresentação do Projeto:**

Adequando

**Objetivo da Pesquisa:**

Descrever e comparar a interação de mães ouvintes e bebês com deficiência auditiva e de mães e bebês ouvintes, associando-a com indicadores emocionais maternos

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Informado

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Adequando

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

No projeto de pesquisa é mencionado que o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC/USP)

**Recomendações:**

No projeto de pesquisa é mencionado que o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC/USP). Como será um projeto em cooperação, com coletas de dados na UNESP e na UNESP, o mesmo precisa ser encaminhado ao CEP da USP.

**Endereço:** Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 17.033-360

**UF:** SP

**Município:** BAURU

**Telefone:** (14)3103-6087

**Fax:** (14)3103-6087

**E-mail:** arimaia@fc.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS CAMPUS DE BAURU  
- JÚLIO DE MESQUITA FILHO



Continuação do Parecer: 1.817.806

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto em pauta se encontra elaborado em acordo com os parâmetros éticos presentes na Resolução 466/12 tanto em sua dimensão metodológica como em respeito aos direitos dos sujeitos envolvidos na investigação.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_801383.pdf	12/10/2016 12:46:04		Aceito
Outros	Termo_Coorientacao_Malu.jpg	12/10/2016 12:44:27	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Outros	Termo_Aquiescencia_Unesp.jpg	12/10/2016 12:42:55	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Outros	Termo_Aquiescencia_HRAC.jpg	12/10/2016 12:42:10	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/10/2016 12:38:44	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	12/10/2016 12:38:07	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	12/10/2016 12:36:50	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BAURU, 10 de Novembro de 2016

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Alessandro Moura Zagatto**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 17.033-360  
**UF:** SP **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)3103-6087 **Fax:** (14)3103-6087 **E-mail:** arimaia@fc.unesp.br

**ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC/USP)**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E INDICADORES DE SAÚDE EMOCIONAL MATERNA: COMPARAÇÃO COM DÍADE MÃE-BEBÊ OUVINTE

**Pesquisador:** Mariana de Freitas Pereira Pederro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 61210416.7.3001.5441

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.038.195

**Apresentação do Projeto:**

Projeto original é descrever e comparar a interação de mães ouvintes e bebês com deficiência auditiva e de mães e bebês ouvintes, associando-a com indicadores emocionais maternos

**Objetivo da Pesquisa:**

Apresentar uma emenda na qual define novo local de coleta de dados: Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru e Divisão de Saúde Auditiva do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, ambos com termos de aquiescência apresentados e adequados. Alteraram também a idade do grupo dos bebês estudados, de 4 a 6 meses para 4 a 12 meses.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Nada a declarar.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Autores apresentam a emenda e declaram a FOB como Co-Participante.

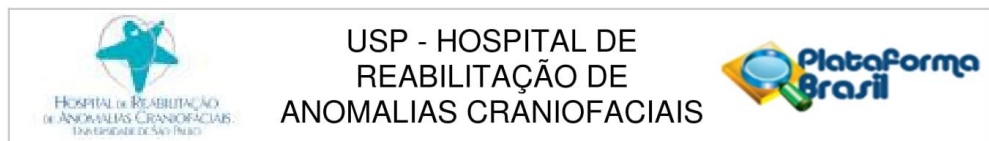
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentaram um novo TCLE adequadamente preenchido.

**Recomendações:**

Alterar a idade nos resumos.

**Endereço:** Rua Silvio Marchione, 3-20  
**Bairro:** Vila Nova Cidade Universitária **CEP:** 17.012-900  
**UF:** SP **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** cephrac@usp.br



Continuação do Parecer: 2.038.195

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

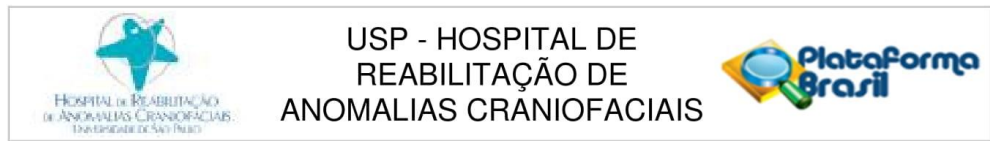
O pesquisador deve atentar que o projeto de pesquisa aprovado por este CEP refere-se ao protocolo submetido para avaliação. Portanto, conforme a Resolução CNS 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado", se caso houver alterações nesse projeto, este CEP deverá ser comunicado em emenda via Plataforma Brasil, para nova avaliação.

Cabe ao pesquisador notificar via Plataforma Brasil o relatório final para avaliação. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos e/ou outros Termos obrigatórios assinados pelos participantes da pesquisa deverão ser entregues ao CEP. Os relatórios semestrais devem ser notificados quando solicitados no parecer.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_888011 E1.pdf	23/03/2017 16:38:06		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimentoFOB.pdf	23/03/2017 16:22:25	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_EMENDA.pdf	23/03/2017 16:21:42	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Outros	Oficio_emenda.jpg	23/03/2017 15:54:55	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Outros	Declaracao_compromisso.jpg	23/03/2017 15:53:46	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Outros	Termo_Aquiesc_FOB.jpg	23/03/2017 15:51:42	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Outros	Termo_Aquiesc_HRAC.jpg	23/03/2017 15:50:41	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Outros	Questionario.pdf	23/03/2017 15:48:00	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Outros	Termo_Coorientacao_Malu.jpg	12/10/2016 12:44:27	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Outros	Termo_Aquiescencia_Unesp.jpg	12/10/2016 12:42:55	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
Outros	Termo_Aquiescencia_HRAC.jpg	12/10/2016 12:42:10	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito

**Endereço:** Rua Silvio Marchione, 3-20  
**Bairro:** Vila Nova Cidade Universitária **CEP:** 17.012-900  
**UF:** SP **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** cephrac@usp.br



Continuação do Parecer: 2.038.195

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	12/10/2016 12:36:50	Mariana de Freitas Pereira Pederro	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	---------------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BAURU, 28 de Abril de 2017

---

**Assinado por:**  
**Renata Paciello Yamashita**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Silvio Marchione, 3-20  
**Bairro:** Vila Nova Cidade Universitária **CEP:** 17.012-900  
**UF:** SP **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** cephrac@usp.br

### ANEXO 3 – Escala de Estresse Percebido (PSS)

#### ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

##### Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão freqüentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

- 0= nunca
- 1= quase nunca
- 2= às vezes
- 3= quase sempre
- 4= sempre

Neste último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4