

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Faculdade de Ciências

Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Gilda Maria Albaricci Nex Alves

**INDICADORES DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE
MÃES DE BEBÊS COM RISCO AO DESENVOLVIMENTO**

BAURU

2015

Gilda Maria Albaricci Nex Alves

INDICADORES DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE MÃES DE BEBÊS
COM RISCO AO DESENVOLVIMENTO

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”- Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração DESENVOLVIMENTO: COMPORTAMENTO E SAÚDE, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES

BAURU
2015

Alves, Gilda Maria Albaricci Nex.

Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de
mães de bebês com risco ao desenvolvimento / Gilda
Maria Albaricci Nex Alves, 2015
177 f.

Orientador: Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2015

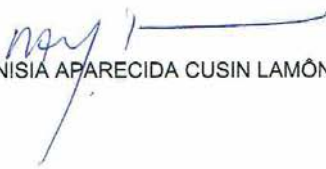
1. Estresse materno. 2. Ansiedade materna. 3.
Depressão materna. 4. Bebês com risco ao
desenvolvimento. I. Universidade Estadual Paulista.
Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE GILDA MARIA ALBARICCI NEX ALVES, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 24 dias do mês de abril do ano de 2015, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. FLÁVIA HELENA PEREIRA PADOVANI do(a) Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria / Faculdade de Medicina de Botucatu, Profa. Dra. DIONISIA APARECIDA CUSIN LAMÔNICA do(a) Departamento de Fonoaudiologia Da Faculdade de Odontologia de Bauru / Universidade de São Paulo, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de GILDA MARIA ALBARICCI NEX ALVES, intitulada "Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco ao desenvolvimento". 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 P ROLIM RODRIGUES


Profa. Dra. FLÁVIA HELENA PEREIRA PADOVANI


Profa. Dra. DIONISIA APARECIDA CUSIN LAMÔNICA

AGRADECIMENTOS

À Deus, por essa oportunidade, pelos caminhos que a vida trilhou, por sentir em cada passo a Tua mão. “Pois, eu, o Senhor, teu Deus, eu te seguro pela mão e te digo: “Nada temas, eu venho em teu auxílio”.

À minha orientadora Profa Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, que desde a graduação foi uma importante referência em minha trajetória profissional, exemplo de dedicação a um ideal, minha eterna gratidão e reconhecimento.

Ao meu esposo Eduardo e meu filho Guilherme, pelo companheirismo e compreensão, sem esse amor não teria sido possível.

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo em tantos momentos nesta caminhada. Em especial aos meus tios Mário e Maria Antônia e aos meus primos Junior, Fernanda e Carolina. Aos queridos Bernardo, João Pedro, Leonardo, Maraina, Maria Júlia e Wiliam agradeço pela alegria e carinho.

Às mães participantes deste estudo, pela confiança e disponibilidade em compartilhar seus sentimentos.

Aos bebês agradeço por me ensinarem que é possível superar os desafios. Todo meu esforço em buscar o conhecimento é por vocês.

Às professoras Dra. Flávia Helena Pereira Padovani (UNESP Botucatu), Dra. Dionísia Aparecida Cusin Lamônica (USP Bauru), Dra. Ligia Ebner Melchiori (UNESP Bauru) e Dra. Sandra Leal Calais (UNESP Bauru) que gentilmente aceitaram participar da Banca de Qualificação e Defesa. Agradeço pelas valiosas contribuições com este trabalho.

Ao Centro de Reabilitação SORRI-BAURU pela oportunidade da coleta de dados e pela possibilidade da melhoria constante da prática.

Às companheiras de ideais Cláudia Bentim, Fernanda Luz e Patricia Bueno, agradeço todo o apoio e por estarem ao meu lado a cada momento.

Às amigas Fernanda Dota e Tais Chiodelli por dividirem os conhecimentos e me ajudarem neste caminho.

Ao professor Dr. Hugo Ferrari Cardoso pela valiosa contribuição com a análise estatística e por dividir esta etapa do estudo.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho, minha gratidão.

ALVES, G. M. A. N. **Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco ao desenvolvimento**. 2015. 177 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2015.

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo descrever os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão das mães de bebês e relacioná-los com variáveis maternas (idade, estado civil, escolaridade e adesão ao programa) e do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho e gravidade da condição) e também, identificar e correlacionar indicadores clínicos para estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com riscos ao desenvolvimento, antes e depois da sua participação em um Programa de Apoio às Famílias, parte de um Programa de Estimulação Essencial. Foram aplicados os instrumentos Índice de Stress Parental (PSI-4 Short Form), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e Escala Baptista de Depressão – EBADEP-A. O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira, analisou-se uma amostra de 53 mães por ocasião da procura pelo serviço de estimulação para o filho. Na segunda fase participaram 36 mães que permaneceram na instituição com seus bebês e participaram do Grupo de Apoio à Família. Os dados relativos à primeira fase apontaram que a maioria dos bebês da amostra chega para o serviço com menos de seis meses. Entre as mães são mais frequentes aquelas com união estável e com ensino médio ou superior completos. Os resultados na pré-avaliação apontaram estresse em Angústia Parental em 26% das participantes. No IDATE, 40% das mães apresentaram Ansiedade Traço; a maioria das participantes relatou ausência de depressão. Comparando a saúde emocional de mães com bebês com risco severo ao desenvolvimento e mães de bebês com risco moderado observou-se resultado médio maior entre as mães de bebês com risco severo para o desenvolvimento, nos três instrumentos utilizados, porém observou-se diferenças significantes somente em relação à Ansiedade Traço. Analisando a adesão ou não ao programa, observou-se que 69% tem filhos com quadro de gravidade severo e considerando os seus indicadores emocionais elas apresentaram médias mais altas quanto aos indicadores de estresse parental; mais mães apresentaram nível clínico de Ansiedade Estado e em Ansiedade Traço assim como relataram significativamente mais sintomas de depressão. Na segunda etapa, após a participação da mãe no Programa de Apoio às Famílias, realizado pelo setor de Psicologia e após um período mínimo de dois meses, foi realizada a reaplicação dos instrumentos. Observou-se diminuição nas medidas de estresse clínico em todas as dimensões analisadas, em especial em Angústia

Parental; diminuição no percentual de mães com nível clínico de ansiedade, principalmente em Ansiedade Traço e também, resultados significativamente menores em relação a aspectos voltados a depressão. Entre as mães que aderiram ao programa, 42% fizeram uso de outros serviços de Psicologia e/ou Psiquiatria. Todavia, independente se utilizaram ou não outros serviços todas as participantes tiveram pontuações médias significativamente inferiores na segunda aplicação dos instrumentos. A presença de estresse, ansiedade e depressão associou-se com menor escolaridade, maior idade e estado civil solteira ou separada. Das variáveis dos bebês, a severidade da condição de saúde do bebê, o bebê ser mais velho e ser do sexo masculino apontaram para o aumento nos indicadores emocionais maternos. Os achados do presente estudo evidenciam a necessidade de identificar os componentes emocionais das mães dos bebês de risco, disponibilizar o atendimento, com objetivos de ganhos não só para os bebês, como também para a família, que pode ter suas necessidades atendidas.

Palavras-chave: Estresse materno, Ansiedade materna, Depressão materna, bebês com risco ao desenvolvimento.

ALVES, G. M. A. N. **Indicators of stress, anxiety and depression of mothers of babies at risk to development.** 2015. 177 f. Thesis. (Master in Psychology of Development and Learning) – Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" UNESP, College of Sciences, Bauru, 2015.

ABSTRACT

This study aimed to describe the parental stress indicators, anxiety and depression in mothers of babies and relating them to maternal variables (age, marital status, education and adherence to the program) and to the baby (gender, age, birth order, unit of use and severity of the condition) and also identify and correlate clinical indicators for stress, anxiety and depression of mothers of babies at risks to development, before and after their participation in a Family Support Program, part of a Essentials stimulation program. The instruments Parental Stress Index (PSI-4 Short Form), State- Trait Anxiety Inventory-State (STAI) and Baptista Depression Scale – EBADEP-A were applied. The study was performed in two stages. At first, we analyzed a sample of 53 mothers during the search for stimulation service to the child. The second stage they attended 36 mothers who remained in the institution with their babies and participated in the Family Support Group. The data relating to the first phase indicated that most of the sample of babies look for the service at less than six months. Among mothers, those with stable union and high school or completed college are most frequent. The results in the pre-assessment showed stress on Parental Distress in 26% of participants. On the IDATE, 40% of mothers had Trait Anxiety; most of participants reported no depression. Comparing the emotional health of mothers of babies at severe risk to the development and mothers of babies at moderate risk, it was observed medium result being higher among mothers of babies at severe risk to the development in the three instruments used, but there was significant difference only in relation to Trait Anxiety. Analyzing accession or not to the program, it was observed that 69% have children with severe gravity condition and considering their emotional indicators they had higher average regarding to the parental stress indicators; more mothers showed clinical level of Anxiety State and Trait Anxiety as reported significantly more symptoms of depression. In the second stage, after the mother's participation in the Family Support Program, conducted by the Psychology sector and after a minimum period of two months, the reapplication of the instruments was performed. There was a decrease in clinical stress measurements in all dimensions analyzed, especially in Distress Parental; decrease in the percentage of mothers with clinical level of anxiety, especially in Trait Anxiety and also significantly lower results regarding aspects

related to depression. Among mothers who joined the program, 42% used other psychology/psychiatry services. However, regardless of whether used or not other services all participants had average scores significantly lower during the second application of the instruments. The presence of stress, anxiety and depression was associated to lower education, higher age and single or separated marital status. The variables of babies, the severity of the baby's health condition, the baby being older and being be male pointed to the increase in mothers' emotional indicators. The findings of this study highlight the need to identify emotional components of mothers of babies at risk, providing service, with profit goals not only for babies but also for the family, which may have their needs met.

Keywords: Maternal stress, Maternal anxiety, Maternal depression, babies at risk to development.

LISTA DE TABELAS

ETAPA 1

CAPÍTULO 1 Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco para o desenvolvimento e relação com variáveis maternas e do bebê

Tabela 1. Caracterização dos bebês	049
Tabela 2. Caracterização das mães participantes	050
Tabela 3. Distribuição das participantes de acordo com o percentil obtido no Índice de Stress Parental PSI.....	051
Tabela 4. Distribuição das participantes de acordo com a pontuação obtida no Inventário de Ansiedade IDATE	051
Tabela 5. Distribuição das participantes de acordo com a pontuação obtida na Escala de Depressão EBADEP-A.....	052
Tabela 6. Correlação entre variáveis da mãe (idade, escolaridade e estado civil) e sintomas de estresse, ansiedade e depressão	053
Tabela 7. Correlação entre variáveis do bebê (sexo, idade, uso de aparelho e gravidade da condição) e sintomas de estresse, ansiedade e depressão da mãe	055
Tabela 8. Regressão entre as variáveis e a pontuação obtida no Índice de Stress Parental PSI.....	056
Tabela 9. Regressão entre as variáveis e a pontuação obtida no Inventário de Ansiedade IDATE	057
Tabela 10. Regressão entre as variáveis e a pontuação obtida na Escala de Depressão EBADEP-A	058
Tabela 11. Correlação entre os resultados obtidos e os instrumentos aplicados	059

CAPÍTULO 2 Indicadores emocionais maternos e condição de gravidade de bebês de risco

Tabela 1. Caracterização dos bebês, filhos das participantes dos dois grupos	082
Tabela 2. Caracterização das mães, participantes dos dois grupos.....	083
Tabela 3. Distribuição das participantes dos dois grupos, de acordo com o percentil obtido no Índice de Stress Parental PSI	084
Tabela 4. Análises estatísticas (Teste t), média e desvio padrão dos resultados brutos obtidos pelas mães dos dois grupos na Escala Índice de Stress Parental PSI	085

Tabela 5. Distribuição das mães dos dois grupos, de acordo com o resultado obtido no Inventário de Ansiedade IDATE	086
--	-----

Tabela 6. Resultados médios e desvio padrão no Inventário de Ansiedade IDATE das mães dos grupos 1 e 2	086
--	-----

Tabela 7. Distribuição das mães participantes dos dois grupos de acordo com a pontuação obtida na Escala de Depressão EBADEP-A	087
--	-----

Tabela 8. Média e desvio padrão das mães participantes dos dois grupos, considerando a Escala de Depressão EBADEP-A	087
---	-----

Tabela 9. Correlação entre variáveis do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho) e adesão ao programa e sintomas de estresse, ansiedade e depressão da mãe	089
--	-----

Tabela 10. Correlação entre variáveis da mãe (idade, escolaridade e estado civil) e indicadores de estresse, ansiedade e depressão para os dois grupos	091
--	-----

CAPÍTULO 3 Indicadores emocionais considerando a adesão de mães a um programa de estimulação essencial de bebês com risco para o desenvolvimento

Tabela 1. Caracterização dos bebês, filhos das participantes dos dois grupos	111
--	-----

Tabela 2. Caracterização das mães, participantes dos dois grupos.....	112
---	-----

Tabela 3. Distribuição das participantes dos grupos A e B, de acordo com o percentil obtido no Índice de Stress Parental PSI	113
--	-----

Tabela 4. Análise estatística (teste t), média e desvio padrão dos resultados brutos obtidos pelas mães dos grupos A e B na Escala Índice de Stress Parental PSI (Pré-teste)	114
--	-----

Tabela 5. Distribuição das mães dos Grupos A e B de acordo com os resultados obtidos no Inventário de Ansiedade – IDATE	115
---	-----

Tabela 6. Resultados médios e desvio padrão no Inventário de Ansiedade IDATE das mães dos grupos A e B	115
--	-----

Tabela 7. Distribuição das participantes dos grupos A e B de acordo com a pontuação obtida na Escala de Depressão EBADEP-A	116
--	-----

Tabela 8. Média e Desvio Padrão das mães dos Grupos A e B considerando a Escala Baptista de Depressão Versão Adulto - EBADEP-A	116
--	-----

Tabela 9. Correlação entre variáveis do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho, gravidade da condição) e indicadores emocionais da mãe	119
---	-----

Tabela 10. Correlação entre variáveis da mãe (idade, escolaridade e estado civil) e indicadores de estresse, ansiedade e depressão para os dois grupos	120
--	-----

ETAPA 2

A participação no Grupo de Apoio às Famílias e a influência sobre os indicadores de saúde emocional materna

Tabela 1. Caracterização dos bebês, filhos das participantes	145
Tabela 2. Caracterização das mães participantes	146
Tabela 3. Distribuição das mães dos dois grupos, de acordo com o percentil obtido no Índice de Stress Parental PSI	148
Tabela 4. Análises estatísticas (Teste t), Média e Desvio Padrão dos resultados obtidos pelas mães nas aplicações antes e depois da participação em Programa de Apoio às Famílias, no Índice de Stress Parental – PSI	149
Tabela 5. Distribuição das mães de acordo com os resultados obtidos no Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE, antes e depois da participação no Programa de Apoio às Famílias	149
Tabela 6. Análises estatísticas (Teste t), Média e Desvio Padrão dos resultados obtidos pelas mães nas aplicações antes e depois da participação em Programa de Apoio às Famílias, no Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE	150
Tabela 7. Distribuição das mães participantes, antes e depois do Programa de Apoio às Famílias, de acordo com a pontuação obtida na escala de depressão EBADEP-A	151
Tabela 8. Análises estatísticas (Teste t), Média e Desvio Padrão dos resultados obtidos pelas mães nas aplicações antes e depois da participação em Programa de Apoio às Famílias, na Escala Baptista de Depressão – EBADEP-A	151
Tabela 9. Comparação dos resultados obtidos no Índice de Stress Parental - PSI para cada grupo: Pré e Pós-teste	152
Tabela 10. Resultado obtidos no Inventário de Ansiedade - IDATE, considerando a pontuação média, comparando as fases Pré e Pós	153
Tabela 11. Resultados para cada um dos grupos, de acordo com a escala de depressão - EBADEP-A, antes e depois da participação no Programa de Apoio às Famílias	154
Tabela 12. Resultado para cada um dos grupos, de acordo com os resultados do Índice de Stress Parental - PSI, antes e depois da participação no programa	155
Tabela 13. Resultado para cada um dos grupos no Inventário de Ansiedade IDATE, antes e depois da participação no programa	156
Tabela 14. Resultado para cada um dos grupos na escala de depressão EBADEP- A, antes e depois da participação no programa	156

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.....	174
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	176
Anexo 3. Formulário Sociodemográfico e Clínico.....	177

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	015
2 INTRODUÇÃO.....	017
2.1. Riscos para o desenvolvimento infantil.....	017
2.2. O impacto do nascimento de uma criança com riscos ao desenvolvimento.....	019
2.3. Saúde emocional materna.....	020
2.3.1. Estresse materno.....	021
2.3.2. Ansiedade materna.....	023
2.3.3. Depressão materna.....	024
2.4 Estimulação Precoce.....	025
2.4.1. Programa de Estimulação Essencial da SORRI-BAURU.....	027
3 OBJETIVOS.....	031
3.1. Objetivo Geral.....	031
3.2. Objetivos específicos.....	031
4 MÉTODO.....	033
4.1. Aspectos éticos.....	033
4.2. Participantes.....	034
4.3. Local.....	034
4.4. Materiais.....	034
4.5. Procedimento de coleta.....	035
ETAPA 1	
5. CAPÍTULO 1 Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco para o desenvolvimento e relação com variáveis maternas e do bebê.....	036
5.1. Introdução.....	036
5.2. Objetivos.....	042
5.3. Método.....	042
5.3.1. Participantes.....	042
5.3.2. Local.....	043
5.3.3. Materiais.....	043
5.3.4. Procedimentos de coleta.....	041
5.3.5. Análise dos dados.....	047
5.4. Resultados.....	048
5.5. Discussão.....	059
5.6. Considerações finais.....	064
5.7. Referências.....	066
6 CAPÍTULO 2 Indicadores emocionais maternos e condição de gravidade de bebês de risco.....	070
6.1. Introdução.....	070
6.2. Objetivos.....	077
6.3. Método.....	077
6.3.1. Participantes.....	077
6.3.2. Local.....	078
6.3.3. Materiais.....	078

6.3.4. Procedimentos de coleta.....	080
6.3.5. Análise dos dados.....	081
6.4. Resultados.....	081
6.5. Discussão.....	091
6.6. Considerações finais.....	094
6.7. Referências.....	095
 7 CAPÍTULO 3 Indicadores emocionais considerando a adesão de mães a um programa de estimulação essencial de bebês com risco para o desenvolvimento.....	099
7.1. Introdução.....	099
7.2. Objetivos.....	104
7.3. Método.....	104
7.3.1. Participantes.....	104
7.3.2. Local.....	105
7.3.3. Materiais.....	105
7.3.4. Procedimentos de coleta.....	108
7.3.5. Análise dos dados.....	109
7.4. Resultados.....	110
7.5. Discussão.....	121
7.6. Considerações finais.....	127
7.7. Referências.....	129
 ETAPA 2	
8 A participação no Grupo de Apoio às Famílias e a influência sobre os indicadores de saúde emocional materna.....	133
8.1. Introdução.....	133
8.2. Objetivos.....	136
8.3. Método.....	136
8.3.1. Participantes.....	136
8.3.2. Local.....	137
8.3.3. Materiais.....	137
8.3.4. Procedimentos de coleta.....	141
8.3.5. Análise dos dados.....	144
8.4. Resultados.....	145
8.5. Discussão.....	157
8.6. Considerações finais.....	160
8.7. Referências.....	163
 9 CONCLUSÕES GERAIS.....	166
10 REFERÊNCIAS.....	169
11 ANEXOS.....	173

1 APRESENTAÇÃO

O contato com os bebês e suas famílias em minha atuação profissional no Programa de Estimulação Essencial, da SORRI-BAURU, vem reforçando a ideia de que é imprescindível mais dedicação aos momentos iniciais de vida de um bebê e, principalmente, de sua mãe. Durante as intervenções, observo as mães demonstrando sinais de insegurança e com muitas dúvidas em relação ao desenvolvimento do bebê e ao processo de habilitação / reabilitação do mesmo.

O trabalho na área de Psicologia com estas mães no referido programa do Centro Especializado de Reabilitação SORRI-BAURU indicou a necessidade em aprimorar os serviços e visualizou-se, na inserção em um curso de mestrado, uma grande oportunidade para atingir este objetivo. Também, a vivência no meio acadêmico revelou-se de imensa riqueza no que se refere à contribuição da pesquisa para a melhoria da prática no campo de atendimento de mães e seus bebês.

Em nossa cultura, a mãe exerce papel de cuidadora principal dos filhos. Consequentemente, se vivenciam problemas de ordem emocional estes, além de prejudiciais ao bem estar materno, podem interferir no curso de desenvolvimento das crianças atendidas.

Entende-se que o sucesso de programas de atendimentos a bebês de risco, bem como a estimulação adequada do desenvolvimento oferecida pelas famílias depende diretamente da saúde emocional materna. Neste sentido, a atuação profissional no Centro Especializado SORRI-BAURU apresenta a mãe como foco nas intervenções diárias. Certamente a identificação dos fatores emocionais maternos poderá subsidiar programas de intervenção direcionados aos bebês, mas também às suas mães.

A experiência, em consonância com a literatura, demonstra que as intervenções refletem positivamente na diminuição de sentimentos negativos das mães em relação ao nascimento de um bebê de risco, maior interação com seus bebês e maior crença nas suas habilidades para exercer seu papel. Analisar os indicadores maternos para estresse, ansiedade e depressão pode ser útil para estabelecer novas estratégias para o trabalho com mães de crianças com risco para o desenvolvimento.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Riscos para o desenvolvimento infantil

O avanço da tecnologia e de conhecimentos na área da saúde colaborou para o aumento das chances de sobrevivência dos bebês de baixa idade gestacional, baixo peso e com deficiência. A taxa de mortalidade de crianças menores de um ano de idade no Brasil mantém tendência contínua de queda desde 1990. De acordo com dados do Portal da Saúde, os óbitos passaram de 47,1, em 1990 (para cada mil bebês nascidos vivos) para 19,3 mortes, em 2007, uma redução de 59,7% nesse período (BRASIL, 2012). Todavia, a melhora na sobrevivência aumentou a demanda e os cuidados desses bebês.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) considera como recém-nascido (RN) de risco aquele exposto a situações em que há maior probabilidade de evolução desfavorável, que deve ser prontamente reconhecida pela equipe de saúde, pois demanda atenção especial e prioritária. Essas situações podem estar presentes no nascimento ou acontecer ao longo da vida da criança, como a desnutrição e internações por doenças crônicas ou de repetição. O Ministério da Saúde pontua os seguintes critérios para identificação do RN de risco: ser filho de mãe com baixa instrução, adolescente ou com baixo nível socioeconômico; apresentar história de morte de criança menor de cinco anos na família; criança explicitamente indesejada; nascimento pré-termo com menos de 37 semanas de gestação e, baixo peso ao nascer, considerando peso menor que 2.500 g. Com relação ao RN de alto risco, preconiza, ainda, asfixia grave ao nascer (índice em escala Apgar menor que sete no quinto minuto),

prematuridade com idade gestacional abaixo de 35 semanas e peso ao nascer inferior a 2.000 g e/ou outras doenças graves.

De acordo com o Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) a definição para o termo risco para o desenvolvimento refere-se à probabilidade de alterações no ritmo do desenvolvimento decorrente de fatores adversos na interação entre as características biológicas e as experiências oferecidas pelo ambiente (OPAS, 2005).

Consta aumento da incidência da prematuridade e do baixo peso ao nascer em capitais e cidades de maior porte no país, como Rio de Janeiro, que registra 12%, e Pelotas, 16%, conforme dados extraídos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Quanto ao peso no nascimento, a mesma fonte do Ministério da Saúde refere o baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g) com maior incidência nos extremos de idade da mãe (mais de 35 anos e menos de 18 anos) e a porcentagem em torno de 8% no país. Considerando a prevalência nas diferentes regiões brasileiras, as maiores são a Sudeste (9,2%) e a Sul (8,7%). Dentre as possíveis causas estão as maiores taxas de cesariana. Já em relação às crianças nascidas com baixíssimo peso (menos de 1.500 g), os dados registram 1% na região Norte e 1,4% na Sudeste. Quanto aos Registros do Ministério da Saúde sobre a incidência de malformações congênitas (MFC) no Brasil, em 2010, foram 0,8% dos nascidos vivos, das quais as mais frequentes relacionadas ao aparelho osteomuscular (43%), do sistema nervoso (11,3%) e dos órgãos genitais (9,8%).

Diversos estudos apontam alta incidência de mortalidade, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, dificuldades escolares, déficit de atenção e dificuldades em resolução de problemas para os bebês nascidos com idade gestacional menor (LINHARES, 2003; PINTO, 2009; FERRAZ et al., 2010; LINHARES et al., 2000; RODRIGUES; BOLSONI-SILVA, 2011; SASSÁ et al., 2011).

Linhares (2003) considera as possibilidades de enfrentamento dos efeitos adversos provocados pelas condições de risco e enfatiza o ambiente social como atenuante às dificuldades do desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo. Neste contexto, o desenvolvimento da criança está associado à saúde do bebê, às condições emocionais maternas e a programas de intervenção precoce (FRAGA et al. 2008; LINHARES, 2003).

Alguns aspectos sociodemográficos familiares (melhor nível socioeconômico e escolaridade, por exemplo), a identificação precoce de indicadores emocionais maternos e trabalhos preventivos que cuidam da saúde emocional materna se configuram como fatores de proteção ao desenvolvimento infantil, mas a ausência destes aspectos pode se constituir em fator de risco cujos efeitos podem se prolongar além da primeira infância (FLORES et al., 2013; FRIZZO; PICCININI 2007; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014).

2.2 O impacto do nascimento de uma criança com riscos ao desenvolvimento na família

Após o nascimento de um bebê com riscos ao desenvolvimento, a família pode vivenciar mudanças e sentimentos como frustração, medo, desespero, negação, culpa e ansiedade (FRAGA et al., 2008; OLIVIER, 2008). Linhares et al. (2000) destaca a mãe como mais suscetível a sentimentos de impotência e de estresse.

A sobrecarga de cuidados necessários pode ocasionar instabilidade emocional e sobrecarga em familiares de crianças com desenvolvimento atípico. A família passa por um processo de superação até a aceitação da situação e precisa encontrar formas de

adaptação e reorganização após o impacto decorrente do nascimento de uma criança de risco (PEREIRA-SILVA; DESSEN, 2006).

Cabe considerar, também, que a família configura-se como um poderoso sistema que poderá trazer implicações significativas para o desenvolvimento da criança. A variedade e a qualidade dos estímulos proporcionados pela família influenciam a adaptação e desenvolvimento de suas potencialidades físicas, cognitivas, sociais e emocionais (PEREIRA-SILVA; DESSEN, 2006; FORMIGA; PEDRAZZANI; LIMA, 2004).

2.3 Saúde emocional materna

A literatura aponta associação entre o estado emocional materno e a presença de risco ao desenvolvimento infantil (FRAGA et al., 2008; GRAMINHA; MARTINS, 1997; FLORES et al., 2013; MOTTA; LUCION; MANFRO, 2005). Fernandes e Cotrin (2013) realizaram levantamento bibliográfico sobre a depressão pós-parto e os resultados apontaram que os efeitos do estado emocional afetam significativamente a função materna de acolher e estimular o bebê, dificultando o estabelecimento do vínculo afetivo e trazendo implicações negativas para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. Os autores concluem sobre a necessidade de se acompanhar o estado emocional no período puerperal.

Considerando as eventuais diferenças na interação triádica (pai-mãe-bebê) e diádica (mãe-bebê, pai-bebê e mãe-pai) em famílias com e sem depressão materna, Frizzo e Piccinini (2007) não encontraram diferenças estatisticamente significantes entre as famílias com e sem depressão materna. Os resultados do estudo revelaram que mães, embora deprimidas, conseguiam prover uma estimulação adequada para seus

bebês. Os autores apontaram, como aspectos que podem ter colaborado para a interação positiva das mães com seus bebês, o apoio do companheiro e da família, uma vez que as mães do presente estudo eram casadas e o companheiro estava presente na rotina da criança.

A partir dos dados apresentados, podemos destacar a importância de estudos que enfatizem a saúde emocional materna, considerando os componentes do estresse, ansiedade e depressão e o reflexo desses para as necessidades da criança.

2.3.1. Estresse materno

Entre os critérios apontados pelo DSM-5 (2014) o estresse ocorre como uma resposta ao evento traumático, consistindo no desenvolvimento de sintomas dissociativos, podendo ocasionar diminuição nas reações emocionais, dificuldade em experimentar prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, sentimento frequente de culpa ao desempenhar tarefas do dia a dia, prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outros setores da vida do indivíduo. Pode envolver dificuldade de concentração, sentimento de desligamento do corpo ou sentir o mundo como irreal.

Selye (1959, citado por RIBEIRO; PORTO; VANDENBERGHE, 2013) em relação à descrição do termo estresse, discorre como a síndrome produzida por vários agentes nocivos que causam uma resposta não específica do organismo a situações que o enfraquecem ou que o fazem adoecer. Para Selye as manifestações do estresse são compostas por três fases que caracterizam a adaptação: alerta; resistência e exaustão ou esgotamento.

A definição de estresse parental reconhece a existência de vários fatores importantes que determinam a forma como as exigências da parentalidade são percebidas e vividas pelos pais. Entre esses fatores destacam-se as suas características, as características da criança e as características do contexto social e familiar (ABIDIN, 1992).

Barbosa e Oliveira (2008) desenvolveram estudo cujo um dos objetivos foi avaliar o nível de estresse de pais de crianças e adolescentes com deficiência. Nesse estudo, aproximadamente 82% dos participantes possuíam sintomas significativos de estresse. Os autores enfatizaram que a presença de estresse nos pais de crianças com deficiência pode estar relacionada tanto às características de desenvolvimento dos filhos quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas por eles para lidar com situações relacionadas à questão da deficiência.

Comparando níveis de estresse parental de pais de filhos com deficiência intelectual, síndrome de Down e desenvolvimento típico, Minetto (2010) identificou, nos pais de filhos com deficiência intelectual, maior índice de estresse parental, seguido dos pais de filhos com síndrome de Down. O mais baixo foi o de pais com filhos com desenvolvimento típico.

Nos resultados do estudo de Baião (2009), evidenciou-se que as mães de bebês prematuros se sentem mais apoiadas pelos cônjuges, podendo pressupor que essas interpretem o apoio conjugal que recebem como suficiente e auxiliador no modo como lidam com a prematuridade, o que poderá contribuir para níveis mais baixos de estresse, reforçando a ideia da importância de um apoio conjugal, familiar e social. O mesmo estudo descreve sobre o fator prematuridade do bebê contribuindo para aumentar o apoio recebido das demais pessoas da família ou amigos com mais intensidade do que em uma situação de ausência desta condição.

A literatura aponta diversos estudos que enfatizam que o estresse parental tem um papel fundamental para um funcionamento positivo ou negativo da família e, que, se em níveis clínicos, tem repercussões negativas no comportamento dos pais e, conseqüentemente, configuram-se como fatores de risco para o desenvolvimento da criança (ABIDIN, 1992; SANTOS, 2008).

2.3.2. Ansiedade materna

De acordo com o DSM-5 (2014), a ansiedade caracteriza-se por preocupação excessiva acerca de um conjunto de acontecimentos ou atividades e dificuldade em controlar a apreensão, agitação, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbações no sono. Para a Análise do Comportamento, a ansiedade é um fenômeno que sinaliza um estímulo pré-aversivo, responsável por deliberar determinadas condições fisiológicas e reduzir as respostas mantidas por reforço positivo (COELHO; TOURINHO, 2008).

Essa condição fisiológica pode ter uma função estabelecedora, ‘imobilizando’ o indivíduo e afetando, assim, sua responsividade a contingências ambientais (COELHO; TOURINHO, 2008, p. 176).

Zamignani e Banaco (2005) creditam a presença da ansiedade a um repertório limitado frente as habilidades necessárias para a resolução de problemas como uma ação que pode produzir poucas consequências reforçadoras. Assim, poucas habilidades sociais e um ambiente pobre de reforçadores se configuram como operações estabelecedoras da ansiedade. Os autores consideram as respostas de ansiedade como respondentes, bem como, podem apresentar como causa os estímulos aversivos condicionados. Eles descrevem os critérios para a definição da ansiedade como

fenômeno clínico quando implica um comprometimento ocupacional do indivíduo, envolvendo um grau de sofrimento considerado por ela como significativo e, quando as respostas de evitação e eliminação ocuparem um tempo considerável do seu dia.

Com o objetivo de analisar possíveis correlações entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e estado ansioso materno Beltrami, Moraes e Souza (2013) desenvolveram um estudo. Os resultados apontaram que, apesar da baixa frequência de ansiedade em níveis moderado e grave na amostra, os bebês das mães ansiosas apresentaram risco maior para seu desenvolvimento do que os bebês de mães não ansiosas. O estudo também constatou nível de ansiedade materna maior na faixa de renda menor que um salário mínimo em relação à faixa com mais de um salário mínimo e, ainda maior entre as mães solteiras, em relação às mães que possuem um companheiro no lar.

2.3.3. Depressão materna

Conforme o DSM-5 (2014), a depressão é caracterizada pela presença de humor triste, vazio ou irritável, além de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente o funcionamento do indivíduo. Entre as características que envolvem o humor deprimido estão: a perda de interesse por quase todas as atividades; alterações no apetite, no sono; perda de peso; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal; diminuição da autoconfiança; sentimento de culpa; dificuldade em tomar decisões e pensamentos recorrentes sobre morte ou tentativas suicidas. Os sintomas devem estar presentes pelo menos por duas semanas para se configurar como uma perturbação depressiva mais grave.

Dougher e Hackbert (2003) acrescentam outros sinais que envolvem um quadro de humor deprimido: ruminação; expressões de desamparo; desesperança; insatisfação crônica; raiva e problemas de relacionamento. Para Ferster (1973), dentre as características mais evidentes da depressão estão a diminuição das atividades, com alta frequência de comportamentos de evitação, fuga, queixa, choro e irritabilidade.

Francisco et al. (2007) e Brum e Schermann (2006) ao discorrerem à respeito da depressão materna, citam como sintomas sentimentos de incapacidade em relação aos cuidados com o bebê, crises de choro, desânimo, irritabilidade, perturbações do sono e do apetite, labilidade de humor, fadiga, queixas somáticas, isolamento social, sentimentos de culpa e desamparo.

2.4. Estimulação precoce

As diretrizes educacionais do MEC (BRASIL, 1995) adotam como definição para a Estimulação Precoce “... o conjunto dinâmico de atividades e recursos humanos e ambientais incentivadores que são destinados a proporcionar à criança, nos seus primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento no seu processo evolutivo” (p.11) e, enfatiza, como finalidade dos programas de Estimulação Precoce, proporcionar à criança atendida o melhor desenvolvimento possível.

Entre as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde em relação aos marcadores assistenciais ao Recém Nascido de Risco estão o acompanhamento pela Atenção Básica e o atendimento em Ambulatório Especializado até pelo menos o segundo ano de vida, incluindo no mínimo duas avaliações por ano. O mesmo

documento acrescenta que tal acompanhamento é desejável até a criança completar cinco anos, possibilitando verificar as habilidades cognitivas, habilidades motoras, linguagem e comportamento (BRASIL, 2012). Ferraz et al. (2010) e Linhares (2003) citam a importância do acompanhamento dos bebês nascidos pré-termo e com baixo peso e destacam como objetivos do seguimento a detecção de alterações no desenvolvimento.

As Diretrizes Educacionais da Estimulação Essencial preconizam, entre as atividades essenciais na intervenção, o foco nas atitudes das pessoas que assumem o papel de cuidadores junto à criança (BRASIL, 1995). Os serviços oferecidos no período pós-natal, nos momentos iniciais da vida do bebê, como é apontado por Guralnick (1997), podem ser procedimentos mais eficazes, influenciando toda a família, bem como o desenvolvimento do bebê. O autor destaca a contribuição da intervenção precoce como um componente importante junto à família de crianças com deficiência, tornando-a mais competente para solucionar os problemas diários.

Formiga, Pedrazzani e Lima (2004) citam a ênfase creditada na literatura estrangeira à importância do envolvimento da família. As autoras atribuem à presença da família nos cuidados com o bebê e ao estabelecimento de um vínculo positivo, uma maior probabilidade de desenvolvimento adequado e destacam a maior eficácia destes programas.

Dessa forma, a família e os estímulos oferecidos por ela, poderão facilitar as respostas adaptativas da criança. A variedade e a qualidade destes estímulos influenciam o desenvolvimento de suas potencialidades físicas, cognitivas, sociais e emocionais (FORMIGA; PEDRAZZANI; LIMA, 2004). Contudo, os indicadores emocionais maternos estão entre os fatores que interferem no ambiente e na sua função de estimulação (FLORES et al., 2013; FRIZZO; PICCININI, 2007).

Considerar como foco a família e não apenas o bebê nos Programas de Intervenção Precoce é apontado por Barbosa e Oliveira (2008) e Minetto (2012) como fundamental para estimular a adaptação positiva à situação. As autoras sugerem a organização de programas estruturados para trabalhar com pais e filhos e estabilizar os componentes emocionais das mães, favorecendo a elaboração de estratégias de enfrentamento.

Diante dessas informações e dada a importância da família em um processo de habilitação/reabilitação, revela-se como fundamental os programas de intervenções precoces voltados ao atendimento do bebê e família.

2.4.1 O Programa de Estimulação Essencial da SORRI-BAURU

O Centro de Habilitação e Reabilitação SORRI-BAURU, com sede na cidade de Bauru, é uma instituição estabelecida desde 1976, que atende pessoas com deficiências e necessidades especiais de todas as idades de Bauru e região. Nos seus quase 40 anos de existência ampliou seus serviços atendendo a uma gama variada de problemáticas envolvendo a qualidade de vida das pessoas. O Programa de Estimulação Essencial, existente na Instituição desde 2005, atende bebês e crianças de zero a cinco anos e onze meses. Os casos são encaminhados pelas maternidades, hospitais, postos de saúde, escolas, centros de referência da assistência social e demais recursos especializados, além de receber a demanda espontânea.

Os critérios para a inclusão no Programa abrangem: peso no nascimento inferior a 2.500 g; contagem de Apgar menor ou igual a seis no quinto minuto; idade gestacional abaixo de 37 semanas ou acima de 42 semanas; constatação de atrasos nos marcos do

desenvolvimento padrão; presença de *déficits* sensoriais; acontecimento de intercorrências na gestação (pré-eclampsia, toxoplasmose, sífilis); uso de drogas pela genitora durante a gestação; crises convulsivas no nascimento; bebê a termo com intercorrências pós-parto e/ou diagnóstico de deficiências e, com síndromes genéticas.

O objetivo do serviço é colaborar para a promoção e proteção do desenvolvimento do bebê, detectar e intervir precocemente em alterações, visando evitar ou minimizar atrasos. A identificação precoce de desvios de desenvolvimento possibilita a implementação de planos personalizados de atendimento.

Envolve uma equipe básica composta pelas áreas: Assistência Social, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina especializada em Neurologia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional. Quando necessário poderá ser acionada a equipe complementar com as áreas: Fisioterapia especializada no sistema respiratório, Fonoaudiologia especializada em disfagia, Medicina especializada em Fisiatria e ou Ortopedia e, ainda, Psiquiatria e Psicologia Clínica para intervenções às questões individualizadas da família ou genitores específicos. Assim, o programa apresenta como focos o bebê e a família.

As intervenções ao bebê englobam a estimulação dos aspectos sensorial, motor, linguagem, auditivo, visual, cognitivo e social, incluindo orientações quanto a saúde geral, aleitamento, fórmulas e alimentação com a realização de aulas culinárias de papinhas e sucos. Além dos atendimentos convencionais, são realizadas atividades como musicalização, teatro e natação envolvendo a participação conjunta do bebê e sua mãe ou principal cuidador, buscando fortalecer o vínculo afetivo e estimular o desenvolvimento. Também são utilizadas estratégias no parque adaptado para bebês e crianças com deficiência, na equoterapia e pet terapia.

As intervenções com foco na família envolvem a organização do ambiente como meio para favorecer estimulações adequadas ao bebê. Tais ações incluem atendimentos de toda a equipe à mãe, pai e ou responsável, visitas domiciliares voltadas aos horários de rotina de sono e alimentação, adequação dos espaços da residência, condições de saúde da família e, também, pode ser disponibilizado auxílio de profissionais para higiene e organização da residência.

O trabalho da Psicologia na Clínica de Estimulação Essencial tem o Programa de Apoio às Famílias, voltado às mães, pais e responsáveis objetivando favorecer estratégias de enfrentamento, estimular a expressão de sentimentos e o reconhecimento da possibilidade de adaptação à situação, orientar como lidar com o bebê (manusear, cuidar, brincar e estimular de acordo com suas capacidades) e promover a confiança dos familiares para trabalhar com a criança em casa e aprender a identificar os seus progressos.

Nesta perspectiva, as mães, pais ou responsáveis são vistos como indivíduos que necessitam de cuidados e, também, podem ser atendidos pela área psicológica em suas demandas emocionais, incluindo ansiedade, depressão, estresse, conflitos conjugais, entre outras queixas. Assim, sempre que necessário são encaminhados para a equipe de atendimento psicológico adulto ou o setor de Psiquiatria.

A instituição busca a inclusão dos usuários da Clínica de Estimulação Essencial em creches e escolas regulares. Em contrapartida, realiza orientações aos profissionais das unidades pedagógicas e de plantão, com foco em maneiras para lidar e estimular o bebê com deficiência, prematuro ou em risco para o desenvolvimento.

Os bebês são atendidos na Instituição até os cinco anos e onze meses. Até um ano de idade são acompanhadas mensalmente. Com um ano de idade completo são acompanhadas trimestralmente até completarem dois anos e, semestralmente, até a

idade limite do Programa. Todavia, aquelas crianças que apresentarem atrasos importantes permanecem em atendimentos semanais. Aos seis anos completos a criança tem alta do programa e, se necessário, poderão ser encaminhadas aos demais serviços da Instituição que incluem serviços específicos.

De acordo com o exposto e, baseando-se no pressuposto que os programas de intervenção centrados apenas na criança têm demonstrado menor índice de resultados quando comparados às intervenções baseadas na família (FEIJÓ, 1998; BARBOSA; OLIVEIRA, 2008; MINETTO, 2012) e, considerando ainda, a importância do tema, constata-se a necessidade de pesquisas sistemáticas na área com o intuito de contribuir para a qualidade dos programas de intervenção precoce atuais. Neste sentido, o presente trabalho pretende, por meio da identificação dos indicadores maternos, contribuir para a elaboração de ações efetivas do Programa de Estimulação Essencial junto à família.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar e correlacionar indicadores clínicos para estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com riscos ao desenvolvimento, analisando a participação em um Programa de Apoio às Famílias.

3.2 Objetivos específicos

1- Descrever os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco ao desenvolvimento que são encaminhados para um programa de estimulação essencial.

2- Verificar os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão das mães de bebês, encaminhados para um programa de estimulação essencial, relacionados com variáveis maternas (idade, estado civil, escolaridade e adesão ao programa) e com variáveis do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho e gravidade da condição).

3- Identificar a influência de variáveis maternas (idade, estado civil, escolaridade e adesão ao programa) e variáveis do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho e gravidade da condição) sobre os indicadores de estresse parental, ansiedade e

depressão das mães de bebês, encaminhados para um programa de estimulação essencial.

4- Descrever e comparar os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco severo e de mães do grupo de bebês com risco moderado ao desenvolvimento, encaminhados para um programa de estimulação essencial.

5- Descrever e comparar os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão de mães de bebês que aderem e as que não aderem a um programa de estimulação essencial.

6- Descrever e comparar os indicadores de depressão, estresse parental e ansiedade das mães antes e depois da participação no Programa de Apoio às Famílias.

7- Comparar os indicadores de depressão, estresse parental e ansiedade das mães dos grupos de bebês com risco severo (Grupo 1) e das mães dos grupos de bebês com risco moderado (Grupo 2) ao desenvolvimento antes e depois da participação no programa.

8- Comparar os indicadores de depressão, estresse parental e ansiedade das mães considerando sua participação (Grupo A) ou não (Grupo B) do serviço de Psicoterapia Individual antes e depois da participação no programa.

Dado o número de objetivos específicos, a forma de apresentação da presente dissertação envolverá duas etapas: a primeira referente à avaliação anterior à participação do bebê no Programa de Intervenção de Estimulação Essencial e, conseqüentemente, das mães desse estudo no Grupo de Pais e, a segunda referente a

reaplicação dos instrumentos voltados a aspectos emocionais maternos após a participação no referido serviço. A primeira etapa é composta de três capítulos: 1) Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco para o desenvolvimento e relação com variáveis maternas e do bebê; 2) Indicadores emocionais maternos e condição de gravidade de bebês de risco e 3) Indicadores emocionais considerando a adesão de mães a um programa de estimulação essencial de bebês com riscos ao desenvolvimento. A segunda etapa é composta por um capítulo: A participação no Grupo de Pais e a influência sobre os indicadores de saúde mental materna. Ainda que cada capítulo contemple um estudo em separado com introdução, objetivos, método, discussão, considerações finais e referências, um método único contempla os objetivos propostos para o estudo como um todo, contendo indicação para os anexos e apêndices utilizados.

4 MÉTODO

4.1 Aspectos Éticos

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, sob o processo CAAE nº 20525213.0.0000.5398. Foram tomadas todas as providências junto aos participantes com relação às informações sobre os objetivos e atividades do projeto. Garantiu-se a manutenção dos demais serviços por eles usufruídos na SORRI-BAURU, em caso de desistência, o que poderia ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e esclarecidas todas as dúvidas, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (BRASIL, 1996).

4.2 Participantes

Participaram, na primeira etapa, 53 mães de bebês com risco para o desenvolvimento. Na segunda etapa, participaram 36 delas.

4.3. Local

As duas etapas foram realizadas no Centro Especializado de Reabilitação SORRI-BAURU, especificamente nas dependências do Programa de Estimulação Essencial.

4.4. Materiais

Foram utilizados no presente estudo e são descritos nos capítulos subsequentes: o Formulário Sociodemográfico e Clínico (Anexo 3), o Índice de Stress Parental - PSI, o Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE e a Escala Baptista de Depressão – EBADEP-A.

4.5. Procedimento de coleta de dados

No primeiro atendimento na instituição, o protocolo prevê uma Avaliação Global da criança com a equipe composta pelas áreas de Neurologia, Psicologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia para a realização de entrevistas, aplicação de testes e escalas para realizar o diagnóstico e fazer os encaminhamentos aos profissionais necessários.

Em seguida, o projeto foi apresentado para as mães de bebês até um ano e onze meses e estas foram convidadas a participarem do mesmo. Após a concordância, os participantes assinaram o Termo de Consentimento (Anexo 2) no qual constavam todas as informações sobre este estudo. Foram aplicados individualmente o Formulário Sociodemográfico e Clínico e os instrumentos para a avaliação dos indicadores emocionais. As aplicações ocorreram em horários previamente agendados e em local livre de estímulos, garantindo a privacidade dos participantes. Durante a aplicação, a pesquisadora permaneceu no local para responder às dúvidas ou ler o material para a mãe quando necessário. Após a aplicação dos instrumentos, as mães receberam informações sobre o Programa de Estimulação Essencial e foram motivadas para a adesão ao serviço. O Grupo de Apoio às Famílias é uma atividade obrigatória do referido programa, ele está descrito em detalhes no Capítulo 1, da Etapa 2. Após a participação no Grupo de Apoio às Famílias, as mães responderam novamente aos instrumentos PSI, IDATE e EBADEP-A.

A análise de dados está descrita em cada um dos capítulos a seguir, de acordo com os objetivos propostos.

ETAPA 1

5 Capítulo 1. Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco para o desenvolvimento e relação com variáveis maternas e do bebê

5.1 Introdução

A probabilidade de risco para a mortalidade, problemas de saúde e demais atrasos no desenvolvimento é maior para bebês que nascem com idade gestacional ou peso menor (LINHARES, 2003; PINTO, 2009). Considerando a condição de risco, estes bebês, quando comparados a bebês nascidos a termo e com peso adequado, apresentam-se mais sujeitos a sequelas no desenvolvimento neuropsicomotor, a dificuldades escolares e problemas de comportamento como inadequação no convívio social, *déficit* de atenção e menor capacidade em lidar com problemas (FERRAZ et al., 2010; LINHARES et al., 2000; RODRIGUES; BOLSONI-SILVA, 2011; SASSÁ et al., 2011). Também outras são as possibilidades de nascimento de crianças não prematuras, mas com risco ao desenvolvimento por portarem malformação, síndrome ou nascerem com doença grave.

Independente da condição, a chegada de uma criança com riscos ao desenvolvimento pode trazer mudanças familiares e a vivência intensa de sentimentos como frustração, medo, desespero, culpa e ansiedade. Linhares et al. (2000) consideram o nascimento prematuro como uma “situação imprevisível e ansiogênica” (p. 61) e destaca a mãe como mais suscetível a sentimentos de impotência e de estresse.

Flores et al. (2013) destacam, ainda, que o estado materno tende a influenciar a relação mãe-bebê. As pesquisadoras estudaram a associação entre os estados emocionais maternos em relação à presença de risco ao desenvolvimento infantil na faixa etária de 0 a 4 meses. Os resultados apontaram para associação significativa entre ansiedade e depressão maternas e presença de risco ao desenvolvimento infantil, além de alta correlação da combinação da depressão à ansiedade, concluindo sobre a necessidade de se acompanhar o estado emocional no período puerperal.

Neste contexto, diversos estudos consideram a saúde emocional materna e seus componentes de estresse, ansiedade e depressão no período pós-gestacional como um fator de risco para o desenvolvimento infantil (BIGRAS; LEMAY; BRUNSON, 2012; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014; FRIZZO; PICCININI, 2005). Segundo os autores, a presença desses indicadores afeta a disponibilidade de cuidados e a interação mãe-criança e, conseqüentemente, o desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança.

Em relação ao estresse, o DSM-5 (2014) refere relação direta entre este componente e a ansiedade. Definido pelo manual como sofrimento psicológico intenso ou prolongado envolvendo reações fisiológicas e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas do indivíduo, a apresentação clínica envolve uma resposta de ansiedade em relação ao evento traumático. Entre os critérios estão elencados incapacidade de vivenciar emoções positivas, senso de realidade alterado acerca de si mesmo ou do ambiente, esforços para evitar lembranças angustiantes, dificuldade em iniciar e manter o sono, irritabilidade e reação agressiva diante de pouca ou nenhuma provocação. Pode envolver dificuldade de concentração, sentimento de desligamento do corpo ou sentir o mundo como irreal.

O estresse parental pode ser descrito como o sentimento vivido pelos genitores nas suas funções de pai e de mãe e está relacionado às suas características, às da criança, às demandas de cuidados com o filho, ao vínculo entre eles (ABIDIN, 1992). Está, também, relacionado às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais, a fatores sociais, como o acesso a apoio social, a fatores socioeconômicos e ao contexto cultural (RIBEIRO; PORTO; VANDENBERGHE, 2013).

A literatura aponta diversos estudos que enfatizam o conceito de que o estresse parental é multideterminado e que, se em níveis clínicos, tem repercussões negativas no comportamento dos pais e, conseqüentemente, configuram-se como fatores de risco para o desenvolvimento da criança (ABIDIN, 1992; SANTOS, 2008).

Minetto (2010) comparou níveis de estresse parental de pais de filhos com deficiência intelectual, síndrome de Down e desenvolvimento típico, utilizando do instrumento PSI (ABIDIN, 1995). A autora identificou, nas famílias com filhos com deficiência intelectual, maior índice geral de estresse parental, seguido dos filhos com síndrome de Down e o mais baixo foi o de pais com filhos com desenvolvimento típico.

Ainda em relação a escala PSI (ABIDIN, 1995), é importante ressaltar que esse instrumento tem sido usado em outras investigações relacionadas ao desenvolvimento infantil no contexto brasileiro, mostrando-se bastante adequado. Dessen e Szelbrackowski (2004) avaliaram a relação entre o estresse parental e o comportamento exteriorizado em crianças pré-escolares, com idade média de cinco anos, aplicando a escala aos pais, aos padrastos e às mães. Os dados demonstraram capacidade intelectual destas crianças abaixo do esperado para a idade e foram levantados índice de estresse nas famílias estudadas acima da amostra de padronização da escala. Não foi identificada diferença no nível de estresse dos pais e das mães, no entanto, os padrastos apresentaram índice mais elevado de estresse parental. As autoras destacaram no estudo,

a contribuição da avaliação do estresse parental, considerando sua influência em relação às práticas disciplinares e estas por sua vez, podendo aumentar o comportamento agressivo da criança.

Em um estudo com mães de crianças e jovens com Síndrome de Down com idade entre seis meses e vinte e seis anos, Figueiredo et al. (2010) utilizaram o instrumento Índice de Estresse Parental e verificaram nível de estresse aumentado na subescala interações disfuncionais pais-filhos e no índice total. Também identificaram que as mães de filhos maiores de 18 anos apresentaram-se mais estressadas. Foi constatado que 86,1% das mães da amostra não recebiam apoio psicológico, embora apresentassem níveis elevados de estresse. As autoras destacam os efeitos negativos da ausência da intervenção da psicologia elencando o distanciamento da família e a pessoa com deficiência, dificuldades na adaptação e no fortalecimento do vínculo afetivo.

De acordo com o DSM-5 (2014), a ansiedade caracteriza-se por preocupação excessiva, antecipação de ameaça futura e comportamentos de cautela e fuga. Manifesta-se em dificuldade de controlar a apreensão, agitação, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbações no sono.

Os indicadores emocionais de mães de bebês com nascimento prematuro foram estudados por Padovani (2005) e, para avaliação de ansiedade a autora utilizou o IDATE. Participaram 50 mães de bebês nascidos pré-termo e com muito baixo peso e 25 mães de bebês nascidos a termo. De acordo com os resultados obtidos, as mães de bebês pré-termo apresentaram escores indicativos de ansiedade-estado significativamente maior do que mães de bebês nascido a termo.

Beltrami, Moraes e Souza (2013) avaliaram 182 mães e o processo de interação com seus bebês, os resultados apontaram para correlação positiva entre ansiedade materna e índices de risco para o desenvolvimento infantil. As autoras destacam a

importância do suporte à mãe como fundamental para que ela possa efetivamente promover o desenvolvimento do seu bebê.

Conforme o DSM-5 (2014), a depressão é caracterizada pela presença de humor triste, vazio ou irritável, além de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente o funcionamento do indivíduo. Entre as características que envolvem o humor deprimido estão: a perda de interesse por quase todas as atividades; alterações no apetite, no sono; perda de peso; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal; diminuição da autoconfiança; sentimento de culpa; dificuldade em tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte ou tentativas suicidas. Os sintomas devem estar presentes, pelo menos, por duas semanas para se configurar como uma perturbação depressiva mais grave.

Sanini, Brum e Bosa (2010) estudaram os efeitos da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil de crianças autistas, a partir de um estudo de revisão. De acordo com a análise de 14 artigos selecionados, as autoras concluem que a presença do autismo em um filho pode resultar em um quadro depressivo materno que pode influenciar negativamente nas interações estabelecidas com seu filho. Objetivando garantir a saúde emocional materna e seu impacto para o desenvolvimento da criança, as autoras sugerem a identificação precoce de depressão materna e o oferecimento de serviços de suporte à mãe.

Pereira et al. (2011) realizaram um trabalho de revisão e, nos estudos selecionados constaram que ansiedade e depressão foram maiores em mães de bebês com diagnóstico de malformações do que em mães de bebês saudáveis. Os autores discorrem sobre a importância dos cuidados maternos para a sobrevivência e desenvolvimento da criança e a interferência das condições emocionais da mãe no estabelecimento do vínculo com o bebê, podendo repercutir em dificuldades nos

cuidados com a criança, agravando a condição de saúde existente. Maggi, Prux e Palma (2009) avaliaram a ansiedade e depressão de vinte e duas mães de bebês internados em uma Unidade de Cuidado Intensivo. Encontraram níveis elevados de relatos das mesmas em relação à preocupação com a saúde do bebê e com o afastamento, sugerindo a necessidade do encaminhando para serviços especializados e o envolvimento de uma rede de apoio como proteção à saúde emocional materna.

Em pesquisa sobre o impacto da depressão materna em relação ao desenvolvimento linguístico e psicológico do bebê, Carlesso, Souza e Moraes (2014) avaliaram cento e sessenta e cinco mães e seus bebês com idade abaixo de quatro meses e identificaram uma prevalência de depressão pós-parto de aproximadamente 30%. O estudo também apontou associação positiva entre a presença de riscos ao desenvolvimento infantil relacionado com níveis elevados de depressão materna.

Analisar os indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com riscos ao desenvolvimento pode contribuir para o conhecimento dos seus desdobramentos tanto para a saúde emocional da mulher como para aumentar sua adesão aos processos de desenvolvimento de seu filho.

5.2 Objetivos

- 1- Descrever os indicadores de depressão, estresse parental e ansiedade de mães de bebês com risco ao desenvolvimento, encaminhados para um programa de estimulação essencial.
2. Verificar os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão das mães de bebês, encaminhados para um programa de estimulação essencial relacionados com variáveis maternas (idade, estado civil, escolaridade e adesão ao programa) e com variáveis do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho e gravidade da condição).
3. Analisar a influência de variáveis maternas (idade, estado civil, escolaridade, adesão ao programa) e de variáveis do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho, e gravidade da condição) sobre os indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês, encaminhados para um programa de estimulação essencial.

5.3 Método

5.3.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 53 mães de bebês de risco ao desenvolvimento candidatas ao Programa de Estimulação Essencial da SORRI-BAURU, no período compreendido entre agosto de 2013 e outubro de 2014.

Para a participação das mães de bebês no projeto foram considerados os seguintes critérios. Para os bebês: idade até um ano e onze meses com nascimento pré-termo com idade gestacional abaixo de 37 semanas e/ou com diagnóstico de síndromes e ou deficiência de acordo com a definição do CID-10, utilizando ou não aparelhos de uso contínuo como oxigenoterapia, ventilação mecânica não-invasiva, traqueostomia e/ou gastrostomia¹. Para as mães: não apresentar histórico ou características psiquiátricas.

5.3.2 Local

A coleta de dados ocorreu em uma sala do setor de Psicologia, do Centro de Reabilitação SORRI-BAURU, situado na cidade de Bauru, estado de São Paulo.

5.3.3 Materiais

Formulário Sociodemográfico e Clínico

O Formulário Sociodemográfico e Clínico, elaborado para este estudo, coletou informações sobre aspectos sociodemográficos e clínicos do bebê (sexo, idade ao iniciar o Programa de Estimulação, peso no nascimento, idade gestacional em semanas,

¹Oxigenoterapia: inalação de oxigênio em concentração superior a do ambiente, administrado por meio de cateteres ou máscaras nasais. Ventilação Mecânica Não Invasiva: utiliza máscara ou peça bucal para conectar o ventilador à pessoa. Traqueostomia: procedimento cirúrgico, por meio da colocação de uma cânula na traquéia (DONOSO et al., 2013). Gastrostomia: tubo de alimentação inserido cirurgicamente e estabelece o acesso ao estômago por meio da parede abdominal (MARTINS, 2013).

diagnóstico, utilização de aparelhos de uso contínuo, ordem do nascimento, adesão ao programa, informações que permitiram avaliar a gravidade da condição do bebê) e da mãe (idade, estado civil e escolaridade).

Índice de Stress Parental (PSI)

O Índice de Stress Parental (PSI-4 Short Form) (ABIDIN, 2012) é constituído por 36 questões divididas em três domínios. O primeiro deles, “Angústia dos pais” (PD), determina o nível de angústia que a mãe experiencia em seu papel de mãe, em função de fatores pessoais que estão diretamente relacionados com a parentalidade. O outro domínio, “Disfuncionalidade na interação mãe-filho” (P-CDI), focaliza na percepção materna de que a criança não preenche suas expectativas e no fato das interações com a criança não serem reforçadoras. O terceiro domínio, “Criança difícil”, incide sobre algumas das características comportamentais básicas da criança que tornam fácil ou difícil administrá-la. O “Estresse total” corresponde a uma identificação do nível geral de estresse de um indivíduo e a sua pontuação reflete o estresse relatado nos três domínios já citados. As respostas são ajustadas a uma escala do tipo Likert: concordo completamente (1), concordo (2), não tenho certeza (3), discordo (4), e discordo completamente (5). As respostas são corrigidas pontuando-as de forma invertida, ou seja, quem responde 1 pontua 5, 2 pontua 4, assim por diante. O índice de estresse parental foi calculado somando-se as respostas das mães, obtendo-se um escore bruto e este transformado em percentil obtendo-se o índice de estresse vivenciado por elas. Quanto maior o percentil, maior o estresse.

Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (SPIELBERGER,

GORSUCH; LUSHENE, 2003) é composto por duas escalas distintas, elaboradas para medir dois conceitos distintos de ansiedade: estado de ansiedade e traço de ansiedade. A folha de resposta contém 20 afirmações que requerem que o sujeito assinale aquela que descreva como geralmente se sente e outras 20 afirmações, que requerem que o sujeito assinale como se sente em determinado momento, em uma escala Likert, variando de 1 (absolutamente não) a 4 (muitíssimo), para a sub-escala Ansiedade-Estado e variando de 1 (quase nunca) a 4 (quase sempre), para a sub-escala Ansiedade-Traço. As participantes responderam a cada item do instrumento, circulando o número apropriado à direita de cada afirmação na folha de respostas. A amplitude de escores possíveis para o IDATE varia de 20 a 80 pontos, em ambas as subescalas (A-traço e A-estado), conforme descrito no manual (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 2003). Tanto para os indicadores de Ansiedade-Traço quanto para os de Ansiedade-Estado utilizou-se o critério de corte de escore igual ou acima do percentil 75 (ou escore 48) para definir sintomas de Ansiedade Clínica, que na tabela do manual se refere à população brasileira. Há, na literatura, estudos que utilizaram este mesmo critério para definir Ansiedade Clínica (PADOVANI et al., 2004; PADOVANI, 2005; PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008; SCHIAVO, 2011). As participantes que não atingiram escores acima do percentil 75 foram definidas como sintomas de Ansiedade Controlada, definição também já utilizada na literatura (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; SCHIAVO, 2011).

Escala Baptista de Depressão – EBADEP-A

O EBADEP-A (BAPTISTA, 2012), versão adulto, é um instrumento construído no Brasil, de rastreio de sintomatologia depressiva, direcionado tanto a amostras psiquiátricas quanto a não-psiquiátricas. A escala é constituída por 90 frases, as quais

são apresentadas em pares, formando 45 itens, com quatro alternativas que podem pontuar zero, um, dois ou três pontos. Cada item apresenta um indicador de sintomatologia com uma frase de cunho positivo e outra de cunho negativo. A EBADEP-A é estruturada em formato *Likert* com a possibilidade de um escore total de 135 pontos. As pontuações entre 0 e 59 não são consideradas como indicativas de sintomas depressivos, as pontuações entre 60 e 76 indicativas de sintomas leves, de 77 a 110, indicativas de sintomas moderados e de 111 a 135 indicam sintomas depressivos graves. Para sua interpretação, considera-se quanto menor a pontuação, menor sintomatologia em depressão.

5.3.4 Procedimento para a coleta de dados

O projeto foi apresentado para as mães de bebês até um ano e onze meses que participavam da triagem inicial na Instituição que foram convidadas a participarem do mesmo. Após a concordância, os participantes assinaram o Termo de Consentimento no qual constavam todas as informações sobre este estudo. Foram aplicados individualmente o Formulário Sociodemográfico e Clínico e os instrumentos para a avaliação dos indicadores emocionais. As aplicações ocorreram em horários previamente agendados e em local livre de estímulos garantindo a privacidade dos participantes. Durante a aplicação, a pesquisadora permaneceu no local para responder às dúvidas ou ler o material para a mãe quando necessário. Após a aplicação dos instrumentos, as mães receberam informações sobre o Programa de Estimulação Essencial e foram motivadas para a adesão ao mesmo.

5.3.5 Análise dos dados

As respostas ao Formulário Sociodemográfico e Clínico foram devidamente contabilizadas e os dados foram utilizados para a descrição das participantes e seus filhos.

Os dados obtidos no PSI, IDATE e EBADEP foram codificados seguindo-se as normas do manual. Em algumas análises estatísticas, utilizou-se a pontuação bruta, para comparação entre grupos.

As análises foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico SPSS – Versão 22.0. Os escores obtidos nos diversos instrumentos foram analisados descrevendo os diferentes indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão para a amostra avaliada.

O teste de Pearson foi utilizado para avaliar a correlação entre as variáveis maternas e do bebê com os indicadores emocionais maternos, bem como entre os instrumentos aplicados.

Para aferir o valor preditivo das variáveis das mães e dos bebês sobre os indicadores emocionais foram realizadas análises de regressão linear múltipla (utilizando o método *Stepwise*) entre as variáveis independentes relacionadas à mãe (idade, estado civil, escolaridade, adesão ao programa) e de variáveis do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho) com variáveis dependentes como estresse, ansiedade e depressão materna.

5.4 Resultados

5.4.1 Dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos se referem a variáveis do bebê (sexo, idade, idade gestacional, peso ao nascer, ordem de nascimento, uso de aparelho e gravidade da condição) e da mãe (estado civil, idade e escolaridade). A Tabela 1 mostra os dados referentes aos bebês. Quanto ao sexo, 53% eram meninas e, quanto à idade, 47% estavam na faixa etária de 0 a 3 meses de idade ao iniciar o Programa (idade mínima: 1 mês, idade máxima: 21 meses, idade média: 5,6 meses) e apenas 7% dos bebês que iniciaram o Programa de Estimulação Essencial estavam com mais de 1 ano.

Considerando a idade gestacional, 26% dos bebês nasceram a termo, enquanto 51% apresentaram idade gestacional abaixo de 34 semanas. Consequentemente, constata-se peso no nascimento acima de 2500 g em 42% dos bebês, enquanto 56% nasceram com peso inferior a 2500 g. Na amostra estudada foram registrados 17% de bebês gemelares, 34% primeiro filho ou único e 49% o segundo filho na ordem de nascimento.

Com relação ao uso de aparelho de suporte à vida, constatou-se que 9% dos bebês o utilizam. Dos bebês, 62% da amostra caracterizam-se como condição de gravidade severa. Entre as participantes, 65% apresentaram adesão ao Programa.

Tabela 1: Caracterização dos bebês, filhos das participantes.

Dados dos bebês	Total	
	n=53	%
Sexo dos bebês		
Masculino	25	47%
Feminino	28	53%
Idade Gestacional		
Igual ou maior que 37 semanas	14	26%
De 35 a 36 semanas	11	21%
Menos que 34 semanas	27	51%
Sem informação	1*	2%
Peso no nascimento		
Acima de 2501 g	22	42%
De 2001 a 2500 g	09	17%
De 1501 a 2000 g	07	13%
Abaixo de 1500 g	14	26%
Sem informação	1*	2%
Idade de início no programa		
De 0 a 3 meses	25	47%
De 4 a 6 meses	12	23%
De 7 a 9 meses	7	14%
De 10 a 12 meses	5	9%
Acima de 13 meses	4	7%
Ordem do Nascimento		
Primeiro ou único	18	34%
Segundo ou mais	26	49%
Gemelar	9	17%
Aparelho de uso contínuo		
Não usa	47	91%
Usa	6	9%
Gravidade da condição		
Severa	33	62%
Moderada	20	38%
Adesão ao programa		
Sim	36	68%
Não	17	32%

* Bebê adotado

A Tabela 2 mostra os dados referentes às mães. Quanto ao estado civil 75% das mães declararam em união estável. Considerando a idade observa-se que 51% das participantes tinham até 29 anos de idade (idade mínima: 15 anos, idade máxima: 42, média: 27,9). Em relação à escolaridade, 47% das mães possuíam o ensino médio ou superior.

Tabela 2: Caracterização das mães participantes.

Dados das mães	Total	
	n=53	%
Estado Civil da mãe		
União estável	40	75%
Solteira + separada	13	25%
Idade da mãe		
De 15 a 29 anos	27	51%
Acima de 30 anos	26	49%
Escolaridade das mães		
Fundamental incompleto e completo	22	41,5%
Médio + ensino superior	25	47%
Não informado	6	11,5%

Os dados a seguir se referem aos indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão das mães participantes deste estudo que procuraram o Programa de Estimulação Essencial, da SORRI-BAURU.

5.4.2 Índice de Stress Parental - PSI-4 Short Form

A Escala PSI avaliou os seguintes domínios do estresse parental: Angústia dos pais (PD); Disfuncionalidade na interação mãe-filho (P-CDI); Criança difícil (DC) e o Estresse total (TS). A Tabela 3 mostra a distribuição das participantes em cada domínio.

Os dados foram quantificados seguindo as normas contidas no manual do teste e classificados em ausência de estresse (até Percentil 15), estresse normal (Percentil de 16 a 84), estresse alto (Percentil de 85 a 89) e estresse clínico (Percentil 90 ou mais). Observa-se que em Angústia Parental, 72% das mães apresentaram ausência de estresse ou estresse normal; em Disfuncionalidade na Interação mãe-filho, 96% das mães; em Criança Dificil, 91% e no domínio Estresse Total 94% das mães apresentaram ausência de estresse e estresse normal. O maior índice de estresse foi encontrado em Angústia Parental com 26%.

Tabela 3. Distribuição das participantes de acordo com o **percentil** obtido no Índice de Stress Parental PSI.

	Ausência de estresse (até P 15)		Estresse Normal (P 16 a 84)		Estresse Alto (P 85 a 89)		Estresse Clínico (P 90 ou mais)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Angústia parental	16	30	22	42	1	2	14	26
Disfuncionalidade na interação mãe-filho	24	45	27	51	0	0	2	4
Criança difícil	27	51	21	40	0	0	5	9
Estresse Total	17	32	33	62	0	0	3	6

5.4.3 Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE

A Escala de Ansiedade – Estado avaliou como os sujeitos se sentem no momento e a de Ansiedade-Traço como eles se sentem geralmente. Para análise dos dados foram considerados percentis iguais ou acima de 75 como indicativos de ansiedade clínica. A Tabela 4 mostra que 83% das participantes não apresentaram Ansiedade Estado. A Ansiedade Traço estava em nível controlado para 60% das participantes. O maior índice de ansiedade foi em Traço, presente em 40% das participantes.

Tabela 4. Distribuição das participantes de acordo com a pontuação no Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE.

	Até Percentil 74		Percentil 75 ou mais	
	n	%	n	%
Ansiedade – Estado	44	83%	9	17%
Ansiedade – Traço	32	60%	21	40%

5.4.4 Escala Baptista de Depressão Versão Adulto - EBADEP-A

O EBADEP-A avaliou os sintomas de depressão por meio da soma das pontuações obtidas no inventário. Em relação aos indicadores de depressão, 82% das participantes não relataram sintomas indicativos de depressão (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das participantes de acordo com a pontuação obtida na Escala de Depressão EBADEP-A.

Classificação	n	%
Sem depressão (0 a 59 pontos)	43	82
Sintomas leves de depressão (60 a 76 pontos)	5	9
Sintomas moderados de depressão (77 a 110 pontos)	5	9
Sintomas graves de depressão (111 a 135 pontos)	0	0

5.4.5 Relação entre os indicadores de estresse, ansiedade e depressão e variáveis maternas e do bebê

Os resultados obtidos em cada um dos instrumentos (PSI, IDATE e EBADEP) para a amostra total das mães foram correlacionados (Teste de Pearson) com variáveis maternas e do bebê. Considerando as variáveis maternas (Tabela 6) os resultados mostraram que não há correlação com os dados do PSI e EBADEP. Com os resultados do IDATE observou-se correlação positiva entre idade e Ansiedade Estado mostrando que quanto maior a idade maior a Ansiedade ($r=0,281^*$; $p=0,042$). Com escolaridade a correlação foi negativa ($r=-0,291^*$; $p=0,047$).

Tabela 6. Correlação entre variáveis da mãe (idade, escolaridade, estado civil) e sintomas de estresse, ansiedade e depressão.

Instrumentos	r	p
PSI		
Angústia dos pais X idade	0,073	0,603
Angústia dos pais X escolaridade	-0,191	0,200
Angústia dos pais X estado civil	0,026	0,854
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X idade	-0,030	0,832
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X escolaridade	0,010	0,949
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X estado civil	0,108	0,440
Criança difícil X idade	0,186	0,182
Criança difícil X escolaridade	-0,054	0,720
Criança difícil X estado civil	-0,133	0,344
Estresse total X idade	0,092	0,512
Estresse total X escolaridade	-0,151	0,311
Estresse total X estado civil	-0,026	0,854
IDATE		
Ansiedade-estado X idade	0,281*	0,042
Ansiedade-estado X escolaridade	-0,049	0,744
Ansiedade-estado X estado civil	0,155	0,267
Ansiedade-traço X idade	0,217	0,118
Ansiedade-traço X escolaridade	-0,291*	0,047
Ansiedade-traço X estado civil	-0,004	0,976
EBADEP-A		
Depressão X estado civil	-0,016	0,911
Depressão X idade materna	0,182	0,193
Depressão X escolaridade	-0,118	0,430

(teste de correlação de Pearson)

A Tabela 7 apresenta os dados do PSI, IDATE e EBADEP e as variáveis dos bebês (sexo, idade, gravidade e uso de aparelho). Considerando os dados obtidos com o PSI observou-se, em nível de 95%, correlação positiva ($r=0,296$; $p=0,033$) entre Angústia parental e gravidade do quadro do bebê, ou seja, quanto maior o comprometimento, maior o índice de angústia parental. Em Disfuncionalidade na Interação mãe-bebê observou-se uma tendência, em nível de 90%, na correlação positiva ($r=0,232$; $p=0,098$) com o uso do aparelho.

No domínio Criança Difícil verificou-se correlação negativa ($r=-0,417^{**}$; $p=0,002$) entre sexo do bebê (masculino) e estresse da mãe e correlação positiva ($r=0,338$; $p=0,014$) com maior gravidade do caso. Observou-se, também, uma tendência com a idade da criança ($r=0,265$; $p=0,058$), significando mais estresse à medida que a

criança cresce. Em Estresse Total observou-se correlação positiva ($r=0,338^*$; $p=0,014$) com idade (quanto maior a idade, maior o índice total de estresse). Todavia, também observou-se tendência de correlação ($r=0,257$; $p=0,066$) com a maior gravidade do caso.

Quanto aos indicadores de ansiedade e as variáveis do bebê foi encontrada correlação positiva ($r=0,583^{**}$; $p=0,000$) entre Ansiedade Estado e ordem do nascimento, mostrando que as mães de gêmeos estão mais ansiosas. Quanto a Ansiedade Traço observou-se correlação positiva ($r=0,367^*$; $p=0,007$) com maior gravidade do caso. Ainda observou-se tendência de correlação ($r=0,231$; $p=0,096$) com ordem de nascimento indicando que mães de gêmeos são mais ansiosas.

Os resultados do EBADEP apontaram para correlação positiva ($r=0,367^{**}$; $p=0,007$) com maior gravidade da condição de bebê e depressão materna. Também observou-se tendência à correlação ($r=0,254$; $p=0,067$) com ordem do nascimento apontando para maior depressão das mães de gêmeos. Com adesão ao programa observou-se uma tendência à correlação ($r=0,256$; $p=0,064$) apontando que mães mais depressivas são aquelas que aderem ao programa.

Tabela 7. Correlação entre variáveis do bebê (sexo, idade, uso de aparelho e gravidade da condição) e sintomas de estresse, ansiedade e depressão da mãe.

Correlação dos Indicadores	r	p
PSI		
Angústia dos pais X sexo bebê	0,188	0,182
Angústia dos pais X idade bebê	0,178	0,206
Angústia dos pais X ordem de nascimento	-0,042	0,767
Angústia dos pais X uso de aparelho bebê	0,135	0,341
Angústia parental X gravidade	0,296*	0,033
Angústia dos pais X adesão ao programa	0,097	0,491
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X sexo bebê	-0,088	0,535
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X idade bebê	0,181	0,199
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X ordem de nascimento	-0,083	0,553
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X uso de aparelho bebê	0,232	0,098
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X gravidade	0,018	0,901
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X adesão ao programa	-0,026	0,855
Criança difícil X sexo bebê	-0,417**	0,002
Criança difícil X idade bebê	0,265	0,058
Criança difícil X ordem de nascimento	-0,028	0,840
Criança difícil X uso de aparelho bebê	0,054	0,702
Criança difícil X adesão ao programa	-0,004	0,977
Criança difícil X gravidade	0,338*	0,014
Estresse total X sexo bebê	-0,017	0,906
Estresse total X idade bebê	0,290*	0,037
Estresse total X ordem de nascimento	-0,124	0,376
Estresse total X uso de aparelho bebê	0,207	0,142
Estresse total X gravidade	0,257	0,066
Estresse total X adesão ao programa	0,053	0,707
IDATE		
Ansiedade-estado X sexo bebê	-0,097	0,491
Ansiedade-estado X idade bebê	0,178	0,201
Ansiedade-estado X ordem nascimento	0,583**	0,000
Ansiedade-estado X uso de aparelho bebê	0,207	0,137
Ansiedade-estado X gravidade da condição	0,194	0,164
Ansiedade-estado X adesão ao programa	0,057	0,685
Ansiedade-traço X sexo bebê	0,093	0,509
Ansiedade-traço X idade bebê	0,115	0,412
Ansiedade-traço X ordem nascimento	0,231	0,096
Ansiedade-traço X uso de aparelho bebê	0,031	0,825
Ansiedade-traço X gravidade da condição	0,367**	0,007
Ansiedade-traço X adesão ao programa	0,153	0,273
EBADEP-A		
Depressão X sexo bebê	0,004	0,979
Depressão X idade bebê	0,172	0,218
Depressão X ordem de nascimento	0,254	0,067
Depressão X uso de aparelho bebê	0,017	0,903
Depressão X gravidade da condição	0,367**	0,007
Depressão X adesão ao programa	0,256	0,064

(teste de correlação de Pearson)

5.4.6 Análise da influência das variáveis maternas e do bebê sobre os indicadores de estresse, ansiedade e depressão

Analizou-se, também, utilizando a análise de regressão, a influência de variáveis maternas (idade, estado civil, escolaridade e adesão ao programa) e do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho e gravidade da condição), enquanto variáveis independentes sobre os indicadores de estresse, ansiedade e depressão, variáveis dependentes. Considerando as pontuações da escala de Estresse Parental (PSI), cujos dados podem ser visualizados na Tabela 8, observa-se que para Angústia Parental a idade gestacional foi a variável que mais pôde predizer a angústia vivenciada pelas mães, ou seja, quanto menor a idade gestacional maior o poder preditivo da Angústia.

Tabela 8. Regressão entre as variáveis e a pontuação no Índice de Stress Parental PSI.

Tabela 6. Regressão entre as variáveis e a pontuação no índice de Stress Parental PSI.						
Modelo		Coeficientes Não padronizados		Coeficiente Padronizado	t	Significância
		B	Erro padrão	Beta		
Angústia dos Pais - PCI-PD						
	(Constante)	49,372	9,880		4,997	0,000
1	Idade gest	-0,631	0,292	-0,289	-2,157	0,036
Criança Difícil						
	(Constante)	19,221	1,576		12,195	0,000
1	Adesão	1,319	0,399	0,420	3,303	0,002
2	(Constante)	28,733	4,086		7,032	0,000
	Adesão	1,281	0,380	0,408	3,368	0,001
	Sexo do bebê	-6,168	2,465	-0,303	-2,503	0,016
Estresse Total						
	(Constante)	68,711	3,686		18,640	0,000
1	Est. Civil	-1,489	0,699	-0,286	-2,130	0,038
(método Stepwise)						

(método Stepwise)

Em relação a Disfuncionalidade na interação – P-CDI, domínio que foca a percepção materna de que a criança não vai de encontro com suas expectativas e no fato das interações com a criança não estarem reforçando elas como mãe não foram encontradas variáveis relacionadas.

Para o domínio Criança difícil, a análise de regressão apontou a maior adesão e o sexo do bebê como as variáveis que mais podem prever o estresse vivenciado pelas mães em relação às características da criança, desta forma, os bebês do sexo masculino foram percebidos pelas mães com mais características comportamentais de difícil administração. A variável com maior poder preditor para o Estresse Total foi o estado civil solteira ou separada.

Outra análise realizada foi utilizando-se como variáveis dependentes as pontuações da escala de Ansiedade Estado-Traço IDATE e as variáveis independentes foram as maternas (idade, estado civil, escolaridade e adesão ao programa) e do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho e gravidade da condição). Os resultados dessa análise podem ser visualizados na Tabela 9.

Tabela 9. Regressão entre as variáveis e a pontuação obtida no Inventário de Ansiedade IDATE.

TABELA 1						
Modelo		Coeficientes Não padronizados		Coeficiente Padronizado	t	Significância
		B	Erro padrão	Beta		
Ansiedade Estado						
1	(Constante)	17,777	4,170		4,263	0,000
	Ordem nasc	7,555	2,131	0,445	3,546	0,001
Ansiedade Traço						
1	(Constante)	56,117	4,695		11,953	0,000
	Escolarid.	-10,564	3,057	-0,436	-3,456	0,001
2	(Constante)	33,305	8,105		4,109	0,000
	Escolaridade	-9,814	2,804	-0,405	-3,500	0,001
	Idade mãe	0,806	0,243	0,384	3,318	0,002
(método Stepwise)						

(método Stepwise)

A análise aponta a ordem de nascimento como a variável que mais pôde predizer a Ansiedade Estado vivenciada pelas mães, apontando a presença de gêmeos a variável com maior poder preditivo.

A escolaridade foi a variável que mais pôde predizer o traço de ansiedade, e após esta, a idade da mãe. Constatou-se que quanto menor a escolaridade e mais avançada a idade da mãe, maior a Ansiedade Traço.

Em relação à depressão, conforme demonstrado na Tabela 10, encontraram-se as variáveis adesão e escolaridade como fator preditivo, ou seja, as mães mais depressivas apresentaram maior índice de adesão ao Programa e as mães com menor escolaridade apresentaram maior nível de depressão de acordo com a escala EBADEP-A.

Tabela 10. Regressão entre as variáveis e a pontuação obtida na Escala de Depressão EBADEP-A.

Modelo	Coeficientes Não padronizados		Coeficiente Padronizado	t	Significância
	B	Erro padrão	Beta		
	(Constante)	6,941	12,881	0,539	0,592
1	Adesão	17,059	7,437	0,311	0,026
2	(Constante)	13,624	12,883	1,058	0,296
	Adesão	21,832	7,561	0,399	0,006
	Escolar. mãe	-10,820	5,235	-0,285	0,044

(método Stepwise)

5.4.7 Correlação entre os instrumentos utilizados para a identificação dos indicadores emocionais

O teste de correlação de Pearson foi utilizado para verificar se havia correlação entre os resultados obtidos pelas participantes nos três instrumentos utilizados.

Encontrou-se correlação entre Angústia Parental, Ansiedade Estado e Traço e EBADEP-A, além da correlação entre Disfuncionalidade na interação mãe e filho e EBADEP-A (Tabela 8). Também encontrou-se correlação entre o Domínio Criança Difícil, Ansiedade Traço e EBADEP-A e, estes mesmos indicadores correlacionaram-se com o Estresse Total. O indicador Ansiedade Estado apresentou correlação com Ansiedade Traço e Depressão. Ansiedade Traço correlacionou-se com Depressão.

Tabela 11. Correlação entre os resultados obtidos e os instrumentos aplicados.

Instrumentos	r	p
PD X IDATE ESTADO	0,370**	0,006
PD X IDATE TRAÇO	0,617**	0,000
PD X EBADEP A	0,673**	0,000
PCDI X IDATE ESTADO	0,098	0,486
PCDI X IDATE TRAÇO	0,208	0,135
PCDI X EBADEP A	0,310*	0,024
DC X IDATE ESTADO	0,080	0,571
DC X IDATE TRAÇO	0,298*	0,030
DC X EBADEP A	0,335*	0,014
TS X IDATE ESTADO	0,251	0,070
TS X IDATE TRAÇO	0,558**	0,000
TS X EBADEP A	0,599**	0,000
IDATE ESTADO X IDATE TRAÇO	0,335*	0,014
IDATE ESTADO X EBADEP A	0,415**	0,002
IDATE TRAÇO X EBADEP A	0,834**	0,000

(teste de correlação de Pearson)

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

5.5 Discussão

Pode-se identificar, diante dos dados demográficos, que a maioria dos bebês da amostra concentrou-se na faixa de idade abaixo de 1 ano, o que caracteriza

precocemente o encaminhamento de bebês de risco para um serviço de estimulação precoce. Entre as mães foram mais frequentes aquelas com união estável, em todas as faixas etárias e mais presentes, aquelas com ensino médio ou superior.

Dos domínios avaliados pelo Índice de Stress Parental (PSI) a Angústia Parental foi o mais frequente com cerca de 26% da amostra. Nos demais domínios Disfuncionalidade na interação mãe-filho (P-CDI), Criança difícil (DC) e o Estresse total (TS) prevaleceu a ausência de estresse e o estresse normal. Contrariamente ao esperado, as mães revelaram níveis baixos de estresse, confirmando resultados encontrados por Baião (2009) em estudo comparando mães de bebês prematuros inseridos em Serviço Hospitalar de Neonatologia com grupo de mães de bebês sem prematuridade; a autora identificou níveis mais baixos em relação ao grupo controle e atribui ao estado clínico favorável dos bebês da amostra, bem como ao serviço de apoio focado na melhoria da relação mãe e bebê oferecido no Serviço avaliado.

O estado de ansiedade é caracterizado como uma situação emocional transitória ou condição do organismo humano em que há sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, já a Ansiedade-Traço é caracterizada como um fator estável na tendência à ansiedade, representando o modo como o indivíduo tende a reagir diante de situações estressantes ou conflituosas (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 2003). A análise dos dados do IDATE mostrou que em Ansiedade Traço, 40% das mães a apresentaram. Este dado parece indicar que essas mães já apresentavam comprometimento emocional mais duradouro, ainda que não seja possível identificar se já ocorria antes, ou se estão nesta condição a partir do nascimento do bebê. Com relação à Ansiedade Estado prevaleceu a controlada (abaixo de Percentil 74). Uma hipótese é que as mães avaliadas no presente trabalho podem ter interpretado a inserção em um programa de estimulação e a acolhida inicial da equipe durante o processo de avaliação

global como positivas, refletindo em índices baixos de ansiedade-estado. No estudo realizado por Beltrami, Moraes e Souza (2013) também foi encontrada baixa frequência de ansiedade em níveis importantes (moderado e grave) em mães de bebês com idade até 4 meses com nascimento a termo e pré-termo.

A maioria das participantes relatou ausência de depressão. Este resultado contraria pesquisas que apontam índices elevados de depressão em mães de bebês e crianças com risco ao desenvolvimento. Carlesso, Souza e Moraes (2014) avaliaram cento e sessenta e cinco mães e seus bebês com idade abaixo de quatro meses e identificaram uma prevalência de depressão de aproximadamente 30%. Aqui a diferença de resultados pode se dever ao instrumento utilizado no presente estudo, uma vez que a pontuação para ausência de depressão varia de 0 a 59, caracterizando uma diferença muito grande.

A análise dos dados obtidos nos instrumentos aplicados constatou correlação positiva entre Ansiedade Estado com idade materna, apontando que quanto mais avançada a idade da mãe, mais ansiosa ela se apresentou. Vale ressaltar que o estado de ansiedade é uma situação provisória, relacionada a um episódio da vida do sujeito (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 2003). A Ansiedade Estado verificada nas participantes mais velhas pode estar relacionada com aspectos psicológicos manifestados na situação atual ao lidar com a prematuridade ou risco do bebê.

A Ansiedade Traço apontou para correlação negativa com escolaridade materna, mostrando que quanto menor a escolaridade maior a Ansiedade. Neste sentido, Zamignani e Banaco (2005) creditam a presença da ansiedade a um repertório comportamental limitado frente às habilidades necessárias para a resolução de problemas; podendo-se inferir que a baixa escolaridade esteja relacionada com menor desenvolvimento de habilidades sociais para a resolução de problemas. Vale ressaltar

que a análise de regressão confirmou o mesmo dado e a escolaridade foi a variável que mais pôde predizer o traço de ansiedade.

Analizando a correlação entre os resultados do PSI, IDATE e EBADEP com variáveis do bebê, observou-se correlação positiva entre a gravidade da condição e os domínios Angústia Parental, Criança Difícil e Estresse Total. O uso de aparelho apontou para maior estresse no domínio Disfuncionalidade na Interação mãe-bebê e o maior comprometimento da condição do bebê apontou para aumento no domínio Angústia Parental. Considerando os bebês com uso de aparelho como aqueles que apresentam maior comprometimento, os achados confirmam os estudos de Minetto (2012) com 61 pais, objetivando verificar o nível de estresse parental e as práticas educativas utilizadas por pais de crianças entre zero e seis anos de idade, tanto com desenvolvimento típico quanto com desenvolvimento atípico (deficiência intelectual e síndrome de Down). Utilizando a mesma escala, na dimensão Interação Disfuncional, também houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, esse resultado aponta que os pais de filhos com desenvolvimento típico apresentam menor Interação Disfuncional que os outros dois grupos de análise. No presente estudo, as mães de bebês cuja condição era mais grave, também apresentaram mais Ansiedade Traço e Depressão.

A idade do bebê teve correlação positiva com Criança Difícil e Estresse Total, apontando para maior estresse à medida que a criança cresce. Estes dados são corroborados pelos achados de Figueiredo et al. (2010), em relação ao segmento da Síndrome de Down, que também identificaram maior nível de estresse nas mães de filhos mais velhos, os autores atribuem este resultado a maior evidência das dificuldades destas crianças ao longo dos anos.

Em relação ao sexo do bebê, identificou-se correlação negativa com o domínio Criança Difícil, significando maior estresse quando o bebê era do sexo masculino, vale citar que o modelo de análise de regressão também apontou o mesmo resultado.

Analisando as correlações observadas entre variáveis do bebê e Ansiedade observou-se que as mães de gêmeos se mostraram com mais Ansiedade Estado e Ansiedade Traço do que as demais mães. Beltrami, Moraes e Souza (2013) também identificaram associação entre maior número de filhos com a presença de ansiedade materna.

A análise de correlação e regressão apontaram que as mães de gêmeos mostraram-se mais depressivas. Também são mais depressivas as mães que aderiram mais ao serviço. Uma hipótese é a busca de apoio uma vez que o serviço oferece atendimento individual às mães que dele necessitam.

Entre os instrumentos utilizados para avaliar a saúde emocional das mães participantes encontrou-se correlação entre os resultados obtidos pelas participantes nos três instrumentos utilizados. Encontrou-se correlação forte (**) entre seis das avaliações conduzidas, fraca em quatro (*) e nenhuma entre quatro. A Depressão correlacionou fortemente com Angústia Parental, Estresse Total, Ansiedade Estado e Ansiedade Traço e correlacionou, embora fraco, com Disfuncionalidade na interação mãe e filho e Criança Difícil. A Ansiedade Traço correlacionou fortemente com Angústia Parental e Estresse Total e fraco com Criança Difícil e Ansiedade Estado. Maggi, Prux e Palma (2009) levantaram os índices de ansiedade e depressão de vinte e duas mães de bebês de risco hospitalizados em unidade de terapia intensiva utilizando, entre outros instrumentos, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Os resultados apontaram associações significativas quanto à ansiedade-traço e depressão e ansiedade-estado e ansiedade-traço; a ansiedade e depressão apareciam em conjunto ou alternavam-se nos

casos avaliados. Os resultados também aproximam-se de pesquisa de Flores et al. (2013) com mães e bebês de zero a quatro meses, na amostra estudada foi encontrada alta correlação da combinação de ansiedade e depressão, apontando que as mães com maior grau de depressão, também obtiveram maior grau de ansiedade. A Ansiedade Estado correlacionou fortemente com Angústia Parental.

Observa-se que houve correlação entre os instrumentos utilizados mostrando que são constructos correlatos e que se, um dos componentes emocionais está presente, há uma possibilidade de que outros apareçam em algum momento indicando um atendimento psicológico atento às necessidades maternas.

5.6 Considerações Finais

O presente estudo pretendeu descrever os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco ao desenvolvimento que são encaminhados para um programa de estimulação essencial. Observou-se que o estresse pessoal está mais presente, assim como a Ansiedade Traço, mais do que Ansiedade Estado e depressão, na população estudada. A presença dos indicadores emocionais correlacionou-se mais com a escolaridade materna. Das variáveis dos bebês, a idade, o sexo, a gemelaridade, a gravidade da condição relacionaram positivamente com os indicadores de saúde emocional. Diante do exposto, acredita-se nas contribuições desta pesquisa para o campo de atendimentos aos bebês de risco, uma vez que identificar os componentes emocionais das mães destes bebês pode favorecer preventivamente a elaboração dos programas de intervenção precoce, pensando na qualidade de vida da mãe, bem como no desenvolvimento do bebê. Os resultados

encontrados, além de ampliar o conhecimento sobre o tema embasam o planejamento de ações que favoreçam a estimulação dos bebês e o atendimento às mães nas suas necessidades e demandas emocionais.

Quanto às limitações identificadas, os dados levantados neste estudo apontam a necessidade da utilização de outras escalas e instrumentos para refinamento da avaliação dos indicadores emocionais maternos em especial para a avaliação de depressão, que geraram dados diferentes de outros estudos. Vale ressaltar que estudos longitudinais e com populações maiores poderão contribuir para a ampliação dos conhecimentos sobre o acompanhamento de mães de bebês de risco.

5.7 Referências

ABIDIN, R. R. **Parenting Stress Index**. 4ª ed. Lutz, Florida: PAR, 2012.

ABIDIN, R. R. **Parenting Stress Index**. 3ª ed. Odessa, Florida: PAR, 1995.

ABIDIN, R. R. The determinants of parenting behavior. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 21, n. 4, p. 407-412, 1992.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAIÃO, R. D. M. **Stress parental e prematuridade**. 2009. 92f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia)-Universidade de Lisboa. Lisboa, 2009.

BAPTISTA, M. N. **Escala Baptista de Depressão: versão adulto (EBADEP-A)**. 1ª edição. São Paulo: Vetor, 2012.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v.7, n.1, p.39-48, 2006.

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

BIGRAS, N.; LEMAY L.; BRUNSON, L. Parental stress and daycare attendande. Does daycare quality and parental satisfaction with daycare moderate the relation between family income and stress level among parentes of four years old children? **Procedia – Social and Behavioral Sciences**, n. 55, p. 894-901, 2012.

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

DESSEN, M. A.; SZELBRACIKOWSKI, A. C. Crianças com problemas de comportamento exteriorizado e dinâmica familiar. **Interação em Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 171-180, 2004.

DONOSO, M. T. V. et al. **Oxigenoterapia e ventilação mecânica em atenção domiciliar**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

FERRAZ, S. T. et al. Programa de follow-up de recém-nascidos de alto risco: relato da experiência de uma equipe interdisciplinar. **Revista APS**, v. 13, n. 1, p. 133-139, 2010.

FIGUEIREDO, B. V. et al. Estresse parental em mães de bebês, crianças, adolescentes e adultos jovens com síndrome de down. **Revista Movimenta**, v. 3, n. 4, p. 1984-4298, 2010.

FLORES, M. R. et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, v.15, n.2, p.348-360, 2013.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 1, p. 47-55, 2005.

LINHARES, M. B. M. et al. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paideia**, v. 10, n. 18, p. 60-69, 2000.

LINHARES, M. B. M. Prematuridade, risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento. **Temas sobre desenvolvimento**, v. 12, n. especial, p. 18-24, 2003.

MAGGI, A.; PRUX, H. D. S.; PALMA, Y. A. Bebês de risco: a caracterização psicossocial das mães e as possibilidades de intervenções psicológicas. *Aletheia*, v. 30, p. 129-141, 2009.

MARTINS, A. C. F. **Perfil de pacientes portadores de gastrostomia e o papel dos cuidadores no domicílio.** 2013. 128 f. Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Botucatu, 2013.

MINETTO, M. F. J. Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. **Educar em Revista**, n. 43, p. 117-132, 2012.

MINETTO, M. F. J. **Práticas educativas parentais, crenças parentais, estresse parental e funcionamento familiar de pais de crianças com desenvolvimento típico e atípico.** 2010. 155f. Tese (Doutorado em Psicologia)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PADOVANI, F. H. P. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 251-254, 2004.

PADOVANI, F. H. P. **Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré- termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo.** 2005. 155f. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

PEREIRA, P. K. et al. Malformação congênita do bebê e risco de transtornos mentais maternos durante o período gravídico-puerperal: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 2-10, 2011.

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. 29-36, 2008.

PINTO, E. B. O. O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 76-85, 2009.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 1, p. 215-226, 2014.

RIBEIRO, M. F. M.; PORTO, C. C.; VANDENBERGHE, L. Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, p. 1705-1715, 2013.

RODRIGUES, O. M. P. R.; BOLSONI-SILVA, A. T. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 1, p. 111-121, 2011.

SANINI, C.; BRUM, E. H. M.; BOSA, C. A. Depressão materna e implicações sobre o desenvolvimento infantil do autismo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 3, p. 809-815, 2010.

SANTOS, V. A. B. S. **Stress parental e práticas parentais em mães de crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção**. 2008. 85 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia)-Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.

SASSÁ, A. H. et al. Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 541-549, 2011.

SCHIAVO, R. A. **Presença de stress e ansiedade em primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto**. 2011. 126f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem)-Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Bauru, 2011.

SPIELBERGER, C. D; GORSUCH, R. L; LUSHENE, R. E. **Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: CEPA, 2003.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.

Capítulo 2. Indicadores emocionais maternos e condição de gravidade de bebês de risco

6.1 INTRODUÇÃO

Os fatores de risco no período neonatal podem ser de natureza biológica, ambiental, socioeconômica e cultural. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) a condição de risco pressupõe a necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde.

Diferentes concepções referem sequelas decorrentes de alterações iniciais na formação e maturação biológica do bebê. O Ministério da Saúde define o termo recém-nascido (RN) de risco como aquele exposto a situações em que há maior probabilidade de evolução desfavorável do seu desenvolvimento, que deve ser prontamente reconhecida pela equipe de saúde, pois demanda atenção especial e prioritária. Essas situações podem estar presentes no nascimento ou acontecer ao longo da vida da criança, como a desnutrição e internações por doenças crônicas ou de repetição. A mesma fonte pontua os seguintes critérios para identificação do RN de risco: ser filho de mãe com baixa instrução, adolescente ou com baixo nível socioeconômico; apresentar história de morte de criança menor de cinco anos na família; criança explicitamente indesejada; nascimento pré-termo com menos de 37 semanas de gestação; baixo peso ao nascer, considerando menos de 2.500 g. Em se tratando do RN de alto risco, preconiza, ainda, asfixia grave ao nascer (índice em escala Apgar menor que sete no quinto minuto), prematuridade com idade gestacional abaixo de 35 semanas e peso ao nascer inferior a 2.000 g e/ou presença de outras doenças graves (BRASIL, 2012). Os cuidados do ambiente, especialmente as condições familiares, podem maximizar ou minimizar os efeitos da vulnerabilidade biológica da criança

(GRAMINHA; MARTINS, 1997; LINHARES et al., 2000). As possibilidades de enfrentamento dos efeitos adversos provocados pelas condições de risco podem ser atenuadas pelo ambiente social sanando ou, pelo menos minimizando as dificuldades do desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo, fornecendo experiências compensatórias (LINHARES, 2003; GRAMINHA; MARTINS, 1997). Graminha e Martins (1997) apontam que entre os fatores de risco ao desenvolvimento, os estressores emocionais familiares e práticas inadequadas de cuidados são integrantes do risco ambiental. Em pesquisa realizada com as mães de crianças com atraso no desenvolvimento e idades entre um mês a oito anos, objetivando identificar os fatores de risco a que foram expostas, as autoras levantaram em 36% da amostra, riscos relacionados ao contexto familiar como bebê não desejado, insegurança dos pais e indiferença, condições estas que podem dificultar a interação com a criança e potencializar os riscos biológicos existentes.

O ambiente imediato do bebê, destacando-se a família e os estímulos oferecidos por ela, poderá facilitar as respostas adaptativas da criança. A variedade e a qualidade destes estímulos influenciam o desenvolvimento de suas potencialidades físicas, cognitivas, sociais e emocionais (FORMIGA; PEDRAZZANI; LIMA, 2004).

Todavia, para que este ambiente seja realmente estimulador é preciso pais responsivos e vigilantes. Entre os fatores que podem influenciar a qualidade do ambiente oferecido à criança no seu desenvolvimento estão os indicadores emocionais maternos. A saúde emocional materna se configura como um fator de proteção ao desenvolvimento infantil (FLORES et al., 2013; FRIZO; PICCININI, 2007; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014).

Ainda que seja difícil determinar se os indicadores de estresse, ansiedade ou depressão estavam presentes antes do nascimento do bebê ou se surgem em decorrência

dele, identificá-los auxilia na elaboração de estratégias para minimizá-los. Olivier (2008) descreve os sentimentos que podem ser vivenciados por ocasião da constatação da limitação do bebê, entre estes, o choque, a negação, a raiva, a desesperança e a ansiedade. O nascimento de uma criança com riscos ou deficiência, portanto, configura-se como uma situação inesperada, que envolve mudanças nas expectativas e nos planos dos pais (FIAMENGHI; MESSA, 2007). Somando-se aos sentimentos apontados, as exigências com as quais os pais têm que lidar na prestação dos cuidados diários ao seu filho podem se caracterizar como experiências que envolvem nível de estresse mais elevado do que os pais de outras crianças e prejuízos ao bem-estar psicológico. A família precisa se organizar após o impacto inicial frente ao nascimento de um bebê com risco de desenvolvimento atípico ou deficiência e se adaptar à situação atual (MONTEIRO; MATOS; COELHO, 2002).

O período pós-parto é considerado de grande vulnerabilidade. Singer et al. (1999) e Baião (2009) enfatizam que o impacto emocional decorrente da prematuridade pode ocasionar o aparecimento da depressão, estresse e transtornos ansiosos e, ainda, que tendem a mostrarem-se mais intensos quando relacionados com a condição de comprometimento do bebê. Monteiro, Silva e Silva (2002) avaliaram as reações das mães diante do nascimento do filho prematuro. Os dados indicaram que as mães desconheciam a prematuridade e seus desdobramentos. Consequentemente, relataram preocupação, tristeza e medo de não saber lidar com a criança.

Diante desses dados, estudos que enfatizem a saúde emocional materna, considerando os componentes do estresse, ansiedade e depressão, configuram-se como importantes tanto na esfera dos sentimentos maternos, bem como em relação ao reflexo desses para as necessidades da criança. É importante conhecer os componentes

emocionais relacionados com a vivência da prematuridade para que estratégias sejam pensadas a fim de minimizar o impacto na relação mãe-bebê (FLORES et al., 2013).

Entre os aspectos emocionais maternos está o estresse. A teoria proposta por Selye em 1959 (citado por RIBEIRO; PORTO; VANDENBERGHE, 2013), descreve-o como a síndrome produzida por vários agentes nocivos que causam uma resposta não específica do organismo a situações que o enfraquecem ou que o fazem adoecer. Ribeiro, Porto e Vandenberghe (2013) referem-se à descrição de Selye quanto às manifestações do estresse compostas por três fases que caracterizam a adaptação: alerta, resistência e exaustão ou esgotamento.

Abidin (1992) sugere o termo estresse parental, para definir o sentimento vivido pelos genitores nas suas funções de pai e de mãe. O estresse parental pode estar relacionado às características dos pais; às da criança, como a gravidade da deficiência, a presença de problemas emocionais e de comportamento; às demandas de cuidados com o filho e ao vínculo entre eles. Está, também, relacionado às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais, a fatores sociais, como o acesso a apoio social, a fatores socioeconômicos e ao contexto cultural (RIBEIRO; PORTO; VANDENBERGHE, 2013).

O estresse parental foi avaliado por Baião (2009) utilizando o Índice de Estresse Parental – PSI em 30 mães de bebês prematuros. Os resultados obtidos revelaram níveis mais baixos de estresse no domínio Estresse Total. A autora destaca que seus achados diferem dos comumente encontrados na literatura, que apresenta níveis de estresse mais elevados em mães de bebês prematuros. Uma hipótese levantada por ela é que o estado clínico do bebê, por ocasião da entrevista, já apresentava boas condições de saúde, em alta hospitalar ou em serviços de neonatologia.

Pereira-Silva e Dessen (2006) encontraram diferenças entre o nível de estresse nas famílias de crianças com deficiência e de crianças sem deficiência. Utilizando a escala Índice de Estresse Parental – PSI, as autoras verificaram o estresse dos genitores decorrentes de suas relações com o filho com síndrome de Down e de crianças com desenvolvimento típico e identificaram que as primeiras se percebem mais estressadas do que as mães de filhos sem deficiência. As autoras enfatizam que o nível de estresse pode estar ligado ao tipo de deficiência e à sobrecarga de cuidados que esta demanda. O estresse parental interfere nas relações entre os genitores e sua criança e apontam a mãe como a mais atingida por ser a cuidadora imediata da criança.

Um outro indicador emocional é a ansiedade. Ela é descrita por Coelho e Tourinho (2008), como uma resposta a um evento caracterizado como estímulo pré-aversivo, responsável por deliberar determinadas condições fisiológicas e reduzir as respostas mantidas por reforço positivo. Entre outros aspectos da vida, a chegada de uma criança de risco pode ser preditiva para sinais de ansiedade. Correia e Linhares (2007), em revisão da literatura, identificaram nos estudos analisados, que a presença de altos níveis de ansiedade em mães era fator de risco para o equilíbrio emocional materno e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de seus filhos. Neste levantamento, identificou-se em 52% das pesquisas a utilização do Inventário de Ansiedade Traço-estado (IDATE) para a avaliação da ansiedade materna. As autoras destacam a importância da identificação dos níveis de ansiedade materna como fundamental para a prevenção e intervenção precoce junto às mães e seus bebês.

Fraga et al. (2008) afirmam que nem sempre o nível de ansiedade pode ser caracterizado como fator de risco para o desenvolvimento dos filhos. Avaliando a ansiedade de 14 mães por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE e o desenvolvimento de seus bebês prematuros e com muito baixo peso por meio das

Escalas Bayley-II, os autores encontraram que, quanto maior o nível de Ansiedade-Estado e Traço durante o período de internação, após a alta e no final do primeiro ano de vida, melhor era o desempenho da criança na área de resolução de problemas e intencionalidade. Este fato pode estar relacionado com atitudes mais alertas e ativas das mães ansiosas na interação com o bebê. Entretanto, o desempenho foi pior em atividades relacionadas com o desenvolvimento motor principalmente após a alta hospitalar e no final do primeiro ano de vida, esse resultado pode estar relacionado à maior intrusividade apresentada pelas mães durante a interação com o bebê.

A depressão é um indicador emocional que também pode influenciar as práticas maternas e o desenvolvimento do bebê. É provável que a presença dos sintomas associados à depressão materna que envolvem crises de choro, desânimo, irritabilidade, perturbações do sono e do apetite, labilidade de humor, fadiga, queixas somáticas, isolamento social, sentimentos de culpa e desamparo possam prejudicar a interação mãe-bebê.

Francisco et al. (2007) e Brum e Schermann (2006) encontraram, em suas pesquisas, relatos de sentimentos de incapacidade relacionados com a maneira de cuidar do bebê. Francisco et al. (2007) ressaltam as consequências que a depressão pode causar na relação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil. Atribuem ao fato de as mães deprimidas estarem mais voltadas para si como preditor à pouca disponibilidade para o bebê, por isso definem a depressão materna como uma situação de risco para a mãe e a criança, na medida em que afeta os cuidados parentais e o relacionamento entre a díade.

A depressão materna é um fator de risco significativo e está associada à qualidade do desenvolvimento da criança desde o nascimento e ao longo dos períodos subsequentes. Breailo e Saldan (2003) em trabalho de revisão sistemática de literatura sobre a depressão materna e sua relação com aspectos da saúde e alimentação dos

filhos, levantou, entre os estudos analisados, maior prevalência de dificuldade em ganho de peso e estatura em crianças de mães com sintomas depressivos além de desnutrição, interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo ou do aleitamento materno, piores condições de cuidados em saúde, menos atenção aos cuidados preventivos e menores estímulos para o desenvolvimento. Nos diferentes estudos analisados, a depressão materna esteve associada às dificuldades apresentadas pelas crianças em idade escolar, como problemas comportamentais, sintomas depressivos e prejuízos cognitivos.

Considerando tais aspectos pretende-se responder às questões: o nível de estresse, ansiedade e depressão materna está associado à gravidade da condição do bebê? Há relação entre variáveis maternas e do bebê e as condições emocionais da mãe?

6.2 OBJETIVOS

- 1- Descrever e comparar os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão de mães dos grupos de bebês com risco severo e de mães dos grupos de bebês com risco moderado ao desenvolvimento.
2. Analisar a relação entre variáveis maternas (idade, estado civil, escolaridade) e de variáveis do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho, adesão ao programa) e os indicadores de estresse, ansiedade e depressão materna.

6.3 MÉTODO

6.3.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 53 mães de bebês de risco ao desenvolvimento, encaminhados para o Programa de Estimulação Essencial da SORRI-BAURU, no período compreendido entre agosto de 2013 e outubro de 2014.

Para a participação das mães de bebês no projeto foram considerados os seguintes critérios: para os bebês: idade até 1 ano e 11 meses com nascimento pré-termo com idade gestacional abaixo de 37 semanas e/ou com diagnóstico de síndromes e ou deficiência de acordo com a definição do CID-10 ou que utilizavam aparelhos de uso contínuo como oxigenoterapia¹, ventilação mecânica não-invasiva, traqueostomia e/ou gastrostomia²; para as mães: não apresentar histórico ou características psiquiátricas.

¹Oxigenoterapia: inalação de oxigênio em concentração superior a do ambiente, administrado por meio de cateteres ou máscaras nasais. Ventilação Mecânica Não Invasiva: utiliza máscara ou peça bucal para conectar o ventilador à pessoa. Traqueostomia: procedimento cirúrgico, por meio da colocação de uma cânula na traquéia (DONOSO et al., 2013).

²Gastrostomia: tubo de alimentação inserido cirurgicamente e estabelece o acesso ao estômago por meio da parede abdominal (MARTINS, 2013).

As mães foram divididas em dois grupos considerando a gravidade da condição da criança. Da amostra toda, para a classificação das mães (33) de bebês com risco severo (Grupo 1) foram considerados os critérios: nascimento pré-termo com idade gestacional abaixo de 35 semanas e/ou; peso no nascimento inferior a 2.000 g e/ou utilização de aparelhos de uso contínuo como oxigenoterapia¹, ventilação mecânica não-invasiva, traqueostomia e/ou gastrostomia³. As demais mães (20) compuseram o Grupo 2, de bebês com risco moderado.

6.3.2 Local

A coleta de dados ocorreu em uma sala do setor de Psicologia, do Centro de Reabilitação SORRI-BAURU, situado na cidade de Bauru, estado de São Paulo.

6.3.3 Materiais

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes materiais:

Formulário Sociodemográfico e Clínico

O Formulário Sociodemográfico e Clínico, elaborado para este estudo, contendo informações sobre aspectos sociodemográficos e clínicos do bebê (sexo, idade ao iniciar o Programa de Estimulação, peso no nascimento, idade gestacional em semanas, diagnóstico, utilização de aparelhos de uso contínuo, ordem do nascimento, adesão ao programa, informações que permitiram avaliar a gravidade da condição do bebê) e da mãe (idade, estado civil e escolaridade).

Índice de Stress Parental (PSI)

O Índice de Stress Parental (PSI-4 Short Form) (ABIDIN, 2012) é constituído por 36 questões divididas em três domínios: Angústia dos pais (PD); Disfuncionalidade na interação mãe-filho (P-CDI); Criança difícil (CD) e o Estresse Total (ST) que corresponde a uma identificação do nível geral de estresse de um indivíduo e a sua pontuação reflete o estresse relatado nos três domínios já citados. Nos domínios cada afirmação é seguida por uma escala do tipo Likert: concordo completamente (5), concordo (4), não tenho certeza (3), discordo (2), e discordo completamente (1). A pontuação de cada domínio é convertida em percentil e quanto maior o percentil, maior o estresse. Os dados obtidos foram codificados seguindo-se as normas do manual.

Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (SPIELBERGER, GORSUCH; LUSHENE, 2003) é composto por duas escalas elaboradas para medir dois conceitos distintos de ansiedade: estado de ansiedade (A-Estado) e traço de ansiedade (T-traço). A folha de resposta contém 20 afirmações que se referem a como ele geralmente se sente e outras 20 afirmações, que se referem a como se sente neste momento. Devem assinalar suas respostas em uma escala Likert, variando de 1 (absolutamente não) a 4 (muitíssimo), para a escala A-Estado e variando de 1 (quase nunca) a 4 (quase sempre), para a escala A-Traço.

Para avaliação do IDATE utilizou-se a pontuação bruta para comparação entre grupos e para descrição da amostra utilizou-se o critério de corte de escore igual ou acima do percentil 75 (ou escore 48) para definir sintomas de Ansiedade Clínica (PADOVANI et al., 2004; PADOVANI, 2005; PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008; SCHIAVO, 2011). As participantes que não atingiram escores acima do percentil

75 foram definidas como com sintomas de Ansiedade Controlada, definição também já utilizada na literatura (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; SCHIAVO, 2011).

Escala Baptista de Depressão – EBADEP-A

O EBADEP-A (BAPTISTA, 2012), versão adulto, objetiva o rastreio de sintomatologia depressiva. A escala é constituída por 90 frases, as quais são apresentadas em pares, formando 45 itens com quatro alternativas que podem pontuar zero, um, dois ou três pontos, variando de 45 a 135 pontos. Considera-se quanto menor a pontuação, menor sintomatologia em depressão.

6.3.4 Procedimento para a coleta de dados

No primeiro atendimento na instituição, o protocolo prevê uma Avaliação Global da criança com a equipe composta pelas áreas de Neurologia, Psicologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia. Em seguida, o projeto foi apresentado para as mães de bebês até um ano e onze meses e estas foram convidadas a participarem do mesmo. Após a concordância, os participantes assinaram o Termo de Consentimento no qual constavam todas as informações sobre este estudo. Foram aplicados, individualmente, o Formulário Sociodemográfico e Clínico e os instrumentos para a avaliação dos indicadores emocionais. As aplicações ocorreram em horários previamente agendados e em local livre de estímulos garantindo a privacidade dos participantes. Durante a aplicação, a pesquisadora permaneceu no local para responder às dúvidas ou ler o material para a mãe quando necessário. Após a aplicação dos instrumentos as mães

receberam informações sobre o Programa de Estimulação Essencial e foram motivadas para a adesão ao mesmo.

6.3.5 Procedimento para análise dos dados

As respostas ao Formulário Sociodemográfico e Clínico foram devidamente contabilizadas e os dados foram utilizados para a descrição das participantes e seus filhos e, posteriormente relacionadas aos indicadores de estresse, ansiedade e depressão, utilizando o Teste de Pearson. No PSI, nas análises estatísticas, utilizou-se a pontuação bruta, para comparação entre grupos.

As análises foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico SPSS – Versão 22.0. Os escores obtidos nos diversos instrumentos foram analisados descrevendo os diferentes indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão para a amostra avaliada. A mesma foi dividida em dois grupos comparando (Teste t, de Student) os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão do grupo de mães de bebês com risco severo (Grupo 1) e do grupo de bebês com risco moderado (Grupo 2) coletados no Formulário Sociodemográfico e Clínico.

6.4 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra os dados referentes aos bebês. Quanto ao sexo, no Grupo 1 55% eram meninas e no Grupo 2 distribuíam-se igualmente entre meninos e meninas. Quanto à idade, levantou-se uma porcentagem considerável na faixa etária de 0 a 3 meses de idade ao iniciar o Programa, 39% no Grupo 1 (idade mínima: 1 mês, idade

máxima: 21 meses e média: 6,2 meses) e 60% no Grupo 2 (idade mínima: 1 mês, idade máxima: 19 meses, média: 4,7 meses). Este dado pode ser justificado pela maior probabilidade dos bebês do Grupo 1 permanecerem hospitalizados após o nascimento.

Considerando a idade gestacional, no Grupo 1, 9% dos bebês nasceram a termo, enquanto do Grupo 2, 55%. No Grupo 1, 82% dos bebês nasceram com idade gestacional abaixo de 34 semanas. Observa-se que 18% dos bebês do Grupo 1 nasceram com peso acima de 2500 g e, no Grupo 2, a porcentagem é 80%. Na amostra do Grupo 2 não foi encontrado nenhum bebê gemelar, já no Grupo 1, 29%. Com relação à ordem do bebê na família, no Grupo 1 23% era primeiro filho e no Grupo 2, 50% dos bebês tinham esta condição.

Tabela 1: Caracterização dos bebês, filhos das participantes dos dois Grupos.

Dados dos bebês	Grupo 1 Risco Severo		Grupo 2 Risco Moderado		Total	
	n=33	%	n=20	%	n=53	%
Sexo dos bebês						
Masculino	15	45%	10	50%	25	47%
Feminino	18	55%	10	50%	28	53%
Idade Gestacional						
Igual ou maior que 37 semanas	3	9%	11	55%	14	26%
De 35 a 36 semanas	3	9%	8	40%	11	21%
Igual ou menor que 34 semanas	27	82%	0	0	27	51%
Sem informação	0	0	1	5%	1	2%
Peso no nascimento						
Acima de 2501 g	6	18%	16	80%	22	41%
De 2001 a 2500 g	6	18%	3	15%	9	17%
De 1501 a 2000 g	8	24%	0	0	8	15%
Abaixo de 1500 g	13	40%	0	0	13	25%
Sem informação	0	0	1	5%	1	2%
Idade de início no programa						
De 0 a 3 meses	13	39%	12	60%	25	47%
De 4 a 6 meses	8	25%	4	20%	12	23%
De 7 a 9 meses	5	15%	2	10%	7	14%
De 10 a 12 meses	5	15%	0	0	5	9%
Acima de 13 meses	2	6%	2	10%	4	7%
Ordem do Nascimento						
Primeiro ou único	8	23%	10	50%	18	34%
Segundo ou mais	15	48%	10	50%	26	49%
Gemelar	9	29%	0	0	9	17%
Aparelho de uso contínuo						
Não usa	27	82%	20	100%	47	89%
Usa	6	18%	0	0	6	11%
Adesão ao programa						
Sim	25	76%	11	55%	36	68%
Não	8	24%	9	45%	17	32%

Quanto à utilização de aparelho de suporte a vida, no Grupo 2 não foi registrado nenhum bebê, enquanto no Grupo 1, 18% necessitam destes equipamentos. Do Grupo 1, 76% das mães aderiram ao programa e, do Grupo 2, 55% delas não abandonaram o serviço.

A Tabela 2 mostra os dados referentes às mães. Quanto ao estado civil 70% das mães do Grupo 1 relataram relação estável, enquanto que no Grupo 2, 85% delas tem essa condição. Considerando a idade levantou-se, no Grupo 1, 55% das mães com mais de 30 anos de idade (idade mínima: 17, idade máxima: 42, média: 29,4) e no Grupo 2 60% delas tinham até 29 anos de idade (idade mínima: 15, idade máxima: 36, média: 25,5).

Tabela 2: Caracterização das mães, participantes dos dois Grupos.

Dados das mães	Grupo 1 Risco Severo		Grupo 2 Risco Moderado		Total	
	n=33	62%	n=20	38%	n=53	100%
Estado Civil da mãe						
União estável	23	70%	17	85%	40	75%
Solteira+separada	10	30%	3	15%	13	25%
Idade da mãe						
De 15 a 29 anos	15	45%	12	60%	27	51%
Acima de 30 anos	18	55%	8	40%	26	49%
Escolaridade das mães						
Fundamental incompleto e completo	13	39%	9	45%	22	41,5%
Médio + ensino superior	16	48%	9	45%	25	47%
Não informado	4	13%	2	10%	6	11,5%

Quanto à escolaridade, 39% das mães do Grupo 1 possuíam ensino fundamental incompleto ou completo e 48% ensino médio ou superior. Já das mães do Grupo 2 45% possuíam ensino fundamental incompleto ou completo e a mesma porcentagem para ensino médio e superior completo.

6.4.1 Índice de Stress Parental - PSI-4 Short Form

A Escala PSI avaliou os seguintes domínios do estresse parental: Angústia dos pais (PD); Disfuncionalidade na interação mãe-filho (P-CDI); Criança difícil (DC) e o Estresse total (TS). A Tabela 3 mostra a distribuição das participantes de cada grupo nos diferentes domínios.

Observa-se que em Angústia Parental 67% das mães do Grupo 1 e 80% das mães do Grupo 2 apresentaram ausência de estresse ou estresse normal. Em Disfuncionalidade na Interação mãe-filho, 97% das mães do Grupo 1 e 95% das mães do Grupo 2 apresentaram ausência de estresse ou estresse normal. Em Criança Dificil, 88% das mães do Grupo 1 e 95% das mães do Grupo 2 apresentaram ausência de estresse e estresse normal. No Estresse Total, 94% das mães do Grupo 1 e 95% das mães do Grupo 2 apresentaram ausência de estresse e estresse normal.

Tabela 3. Distribuição das mães participantes dos dois grupos de acordo com o **percentil** obtido no Índice de Stress Parental PSI.

	Ausência				Estresse Normal				Estresse Alto				Estresse Clínico			
	(até P 15)				(P 16 a 84)				(P 85 a 89)				(P 90 ou mais)			
	G1		G2		G1		G2		G1		G2		G1		G2	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Angústia parental	8	24	9	45	14	43	7	35	1	3	0	0	1	30	4	20
Disfuncionalidade na interação mãe-filho	16	48,5	8	40	16	48,5	11	55	0	0	0	0	1	3	1	5
Criança difícil	14	42,5	13	65	15	45,5	6	30	0	0	0	0	4	12	1	5
Estresse Total	8	24	9	45	23	70	10	50	0	0	0	0	2	6	1	5

A Tabela 4 aponta os resultados médios obtidos no PSI, comparando-se as mães de bebês com risco severo ao desenvolvimento (Grupo 1) e as mães de bebês com risco moderado (Grupo 2). Observa-se que, apesar de não haver diferença estatística, as mães de bebês com risco severo apresentaram médias mais altas em relação a todos os componentes de estresse avaliados pela Escala PSI.

Tabela 4. Análises estatísticas (Teste t), Média e Desvio Padrão dos **resultados brutos** obtidos pelas mães dos dois grupos na Escala Índice de Stress Parental – PSI

	Média (DP)	G1	Média (DP)	G2	p
	n=33		n=20		
	Média	DP	Média	DP	
Angústia Parental	30,72	12,9	25	14,5	0,143
Disfuncionalidade na interação mãe-filho	17,54	6,7	17,35	7,1	0,921
Criança difícil	22,90	9,87	17,9	8,0	0,062
Estresse total	69,54	26,0	60,25	21,0	0,184

(teste t de Student)

6.4.2 Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE

A Escala de Ansiedade – Estado avaliou como os sujeitos se sentem no momento e a de Ansiedade-Traço como eles se sentem geralmente. Para análise dos dados foram considerados percentis iguais ou acima de 75 como indicativos de ansiedade clínica.

A Tabela 5 mostra que 79% das participantes do Grupo 1 e 90% do Grupo 2 não apresentaram Ansiedade Estado em nível clínico. A Ansiedade Traço estava em nível clínico para 52% das participantes do Grupo 1 e para 20% das participantes do Grupo 2.

Tabela 5. Distribuição das mães dos dois grupos no Inventário de Ansiedade IDATE.

	Até Percentil 74				Percentil 75 ou mais			
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 1		Grupo 2	
	n=33		n=20		n=33		n=20	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Ansiedade – Estado	26	79	18	90	7	21	2	10
Ansiedade – Traço	16	48	16	80	17	52	4	20

A Tabela 6 mostra que na Ansiedade Estado a pontuação média do Grupo 1 foi superior a do Grupo 2, porém a diferença entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa. Comparando a Ansiedade Traço entre os dois grupos a pontuação média do Grupo 1 é estatisticamente diferente e maior que o do Grupo 2 ($p=0,08$). Outra comparação possível é a presença da Ansiedade intragrupo. Observa-se que para o Grupo 2 não houve diferença estatisticamente significativa entre Estado e Traço. No Grupo 1 a pontuação média em Traço é significativamente superior do que em Estado ($p<0,001$).

Tabela 6 Resultados médios e desvio padrão no Inventário de Ansiedade Traço e Estado - IDATE das mães dos Grupos 1 e 2.

IDATE	G1		G2		P
	Média	Dp	Média	Dp	
Estado	32,75	11,21	30,25	12,78	0,458
Traço	49,60	12,88	35,15	12,87	0,008*
P	0,000*		0,235		

(teste t de Student)

* - diferença estatisticamente significante ($p<0,05$)

6.4.3 Escala Baptista de Depressão Versão Adulto - EBADEP-A

O EBADEP-A avaliou os sintomas de depressão por meio da soma das pontuações obtidas no inventário (Tabela 7). Considerando frequência de depressão entre os grupos de mães com bebês com risco severo (Grupo 1) e mães de bebês com risco moderado (Grupo 2) observa-se que 79% do Grupo 1 e 85% do Grupo 2 não relataram sintomas indicativos de depressão (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição das mães participantes dos dois grupos de acordo com a pontuação obtida na Escala de Depressão EBADEP-A.

Classificação	Grupo 1		Grupo 2	
	n=33		n=20	
	N	%	n	%
Sem depressão (0 a 59 pontos)	26	79	17	85
Sintomas leves de depressão (60 a 76 pontos)	4	12	1	5
Sintomas moderados de depressão (77 a 110 pontos)	3	9	2	10
Sintomas graves de depressão (111 a 135 pontos)	0	0	0	0

Conforme a Tabela 8, comparando a pontuação obtida no EBADEP-A entre os dois grupos, observou-se que a média de pontuação do Grupo 1 foi significativamente maior que a do Grupo 2.

Tabela 8. Média e Desvio Padrão das mães participantes dos dois grupos considerando a Escala de Depressão - EBADEP-A.

	Depressão	
	Média	Desvio Padrão
Grupo 1	39,93	24,44
Grupo 2	24,85	26,97
<i>P</i>	0,041*	

(teste t de Student) * - diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$)

6.4.4 Relação entre os indicadores de estresse, ansiedade e depressão e variáveis maternas e do bebê

Os resultados obtidos em cada um dos instrumentos para a amostra total das mães (dos dois grupos) foram correlacionados com variáveis maternas e do bebê. Os resultados de cada um dos domínios do PSI (Angústia parental, Disfuncionalidade na interação mãe-filho, Criança difícil e Estresse total), do IDATE (Ansiedade Estado e Traço) e do EBADEP (depressão) foram correlacionados (Pearson) com variáveis sociodemográficas do bebê: sexo, idade, ordem de nascimento e uso de aparelho, bem como com o fator adesão ao programa.

Considerando os dados dos bebês constatou-se correlação entre ordem do nascimento e estresse da mãe no domínio Disfuncionalidade na interação quando se referia a partir do segundo filho das mães do Grupo 2. Já as mães de bebês com risco severo ao desenvolvimento (Grupo 1) apresentaram uma tendência em relação a Disfuncionalidade na interação quando envolvia o primeiro filho.

Outra correlação observada refere-se ao sexo do bebê e estresse da mãe, no domínio Criança Difícil para o Grupo 2, ou seja, características comportamentais básicas dos bebês do sexo feminino foram interpretadas pelas mães como de difícil administração e potenciais geradoras de estresse. Em relação ao Estresse Total, observou-se correlação com a idade do bebê, isso significa que no Grupo 2 as mães de bebês com idade mais avançada apresentaram maior índice de estresse somando os 3 domínios da escala PSI. Também quanto ao total de estresse foi encontrada uma tendência para correlação com a ordem do nascimento do bebê, as mães do Grupo 1 demonstraram maior índice de estresse quando tratava-se do primeiro filho inserido no Programa de Estimulação analisado.

Tabela 9. Correlação entre variáveis do bebê (sexo, idade, ordem do nascimento, uso de aparelho) e adesão ao programa e sintomas de estresse, ansiedade e depressão da mãe.

Correlação dos Indicadores	Grupo 1		Grupo 2	
PSI	r	p	r	p
Angústia dos pais X sexo bebê	0,209	0,243	0,176	0,458
Angústia dos pais X idade bebê	0,284	0,110	0,134	0,574
Angústia dos pais X ordem de nascimento	-0,207	0,247	0,009	0,971
Angústia dos pais X uso de aparelho bebê	0,096	0,595	0	0
Angústia dos pais X adesão ao programa	0,043	0,811	0,141	0,552
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X sexo bebê	-0,044	0,808	-0,197	0,406
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X idade bebê	0,089	0,623	0,315	0,176
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X ordem de nascimento	-0,315	0,074	0,465*	0,039
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X uso de aparelho bebê	0,257	0,149	0	0
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X adesão ao programa	0,195	0,276	-0,314	0,177
Criança difícil X sexo bebê	-0,259	0,146	0,539*	0,014
Criança difícil X idade bebê	-0,069	0,703	0,421	0,064
Criança difícil X ordem de nascimento	-0,182	0,311	0,054	0,821
Criança difícil X uso de aparelho bebê	-0,084	0,640	0	0
Criança difícil X adesão ao programa	-0,078	0,666	-0,090	0,705
Estresse total X sexo bebê	0,055	0,761	-0,156	0,511
Estresse total X idade bebê	0,177	0,324	0,496*	0,026
Estresse total X ordem de nascimento	-0,333	0,058	0,069	0,771
Estresse total X uso de aparelho bebê	0,112	0,533	0	0
Estresse total X adesão ao programa	0,007	0,971	0,044	0,855
IDATE				
Ansiedade-estado X sexo bebê	0,035	0,846	-0,270	0,249
Ansiedade-estado X idade bebê	0,160	0,374	0,099	0,677
Ansiedade-estado X ordem nascimento	0,395*	0,023	0,593**	0,006
Ansiedade-estado X uso de aparelho bebê	0,202	0,259	0	0
Ansiedade-estado X adesão ao programa	0,052	0,775	0,061	0,797
Ansiedade-traço X sexo bebê	0,104	0,563	0,017	0,942
Ansiedade-traço X idade bebê	0,075	0,677	0,129	0,587
Ansiedade traço X ordem nascimento	0,156	0,386	0,035	0,884
Ansiedade-traço X uso de aparelho bebê	-0,082	0,652	0	0
Ansiedade-traço X adesão ao programa	0,106	0,558	0,035	0,884
EBADEP-A				
Depressão X sexo bebê	-0,043	0,813	0,122	0,607
Depressão X idade bebê	0,059	0,743	0,247	0,293
Depressão X ordem de nascimento	0,095	0,599	0,026	0,913
Depressão X uso de aparelho bebê	-0,097	0,592	0	0
Depressão X adesão ao programa	0,157	0,382	0,105	0,658

(teste de correlação de Pearson)

A Tabela 9 mostra, ainda, os dados de correlação entre os indicadores de Ansiedade Estado e Traço e as variáveis do bebê e adesão ao programa, encontrou-se correlação entre Ansiedade Estado e a ordem de nascimento do bebê, apontando a situação a partir do segundo filho interpretada pelas mães de ambos os grupos como geradoras de maior ansiedade no momento da avaliação. A Tabela 9 demonstra, também, os resultados da análise de correlação entre depressão e as variáveis do bebê (idade, sexo, ordem do nascimento e uso de aparelho) e adesão ao programa. Não foram encontradas correlações entre as variáveis analisadas.

Os resultados de cada um dos domínios do PSI (Angústia parental, Disfuncionalidade na interação mãe-filho, Criança difícil e Estresse total), do IDATE (Ansiedade Estado e Traço) e do EBADEP-A (Depressão) foram correlacionados (Pearson) com variáveis sociodemográficas maternas: idade; escolaridade e estado civil. A Tabela 10 mostra esses dados.

Observou-se uma tendência a correlação ($p=0,074$) entre Disfuncionalidade na interação mãe-filho e estado civil, desta forma, as mães solteiras ou separadas apresentaram maior índice de estresse. Em Ansiedade, encontrou-se correlação negativa significativa ($p=0,003$) com a escolaridade, o que significa que quanto menor a escolaridade, maior a Ansiedade Traço.

Não foram encontradas correlações dos demais indicadores de Ansiedade e Depressão com as variáveis maternas.

Tabela 10. Correlação entre variáveis da mãe (idade, escolaridade e estado civil) e indicadores de estresse, ansiedade e depressão para os dois grupos.

Correlação dos Indicadores	Grupo 1		Grupo 2	
PSI	r	p	r	p
Angústia dos pais X idade	0,057	0,754	-0,103	0,665
Angústia dos pais X escolaridade	0,097	0,590	-0,094	0,692
Angústia dos pais X estado civil	-0,101	0,578	0,148	0,535
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X idade	-0,025	0,891	0,087	0,716
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X escolaridade	0,195	0,277	-0,226	0,338
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X estado civil	0,316	0,074	-0,009	0,969
Criança difícil X idade	0,104	0,564	0,170	0,475
Criança difícil X escolaridade	-0,022	0,904	0,074	0,758
Criança difícil X estado civil	-0,004	0,984	-0,028	0,906
Estresse total X idade	0,018	0,919	-0,064	0,789
Estresse total X escolaridade	0,217	0,225	-0,068	0,775
Estresse total X estado civil	0,060	0,739	0,055	0,819
IDATE				
Ansiedade-estado X idade	0,111	0,539	0,392	0,087
Ansiedade-estado X escolaridade	-0,180	0,317	0,098	0,680
Ansiedade-estado X estado civil	-0,132	0,464	0,027	0,909
Ansiedade-traço X idade	0,199	0,268	0,020	0,934
Ansiedade-traço X escolaridade	-0,508**	0,003	-0,353	0,127
Ansiedade-traço X estado civil	-0,066	0,714	0,346	0,135
EBADep-A				
Depressão X estado civil	0,047	0,796	-0,028	0,906
Depressão X idade materna	0,085	0,637	-0,193	0,416
Depressão X escolaridade	-0,251	0,159	0,046	0,848

(teste de correlação de Pearson)

6.5 DISCUSSÃO

O estudo pretendeu descrever e comparar os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão de mães dos grupos de bebês com risco severo e de mães dos grupos de bebês com risco moderado ao desenvolvimento.

Considerando o componente estresse, ele esteve mais presente entre as mães do Grupo 1 (33%) do que entre as mães do Grupo 2 (20%) no domínio Angústia Parental, assim como em Criança Difícil (12% no Grupo 1 e 5% no Grupo 2). Tais dados se assemelham aos encontrados por Pereira-Silva e Dessen (2006) que compararam mães

de bebês típicos e de bebês com Síndrome de Down. Aquelas com bebês com a síndrome eram mais estressadas. Nos demais domínios não observou-se diferenças entre os grupos. Ainda que, com médias maiores em todos os domínios, o Grupo 1 não teve desempenho significativamente diferente do Grupo 2. Independente da gravidade da condição do bebê os resultados dos dois grupos são parecidos com os obtidos por Baião (2009), que utilizou o mesmo instrumento para avaliar o estresse materno comparando mães de bebês prematuros inseridos em Serviço Hospitalar de Neonatologia com grupo de mães de bebês sem prematuridade. A autora identificou níveis mais baixos em relação ao grupo controle e atribuiu ao estado clínico favorável dos bebês da amostra, bem como ao serviço de apoio focado na melhoria da relação mãe e bebê oferecido no Serviço avaliado. Ela refere-se, ainda, à negação das dificuldades por algumas mães o que pode levar a percepção de níveis mais baixos de comprometimento emocional (BAIÃO, 2009). É possível que os dados encontrados no presente estudo também possam ser atribuídos a questões culturais, uma vez que, na nossa cultura, espera-se que a mãe aceite e cuide do seu filho, independente das demandas de cuidados advindos da sua condição.

A Ansiedade Traço esteve mais presente entre as mães do Grupo 1 (52%) do que entre as mães do Grupo 2 (20%). As pontuações médias apontaram para diferenças significativas entre os grupos, podendo a ansiedade dever-se à gravidade da condição do bebê. A revisão da literatura realizada por Correia e Linhares (2007) encontrou artigos que apontam para o prejuízo ao desenvolvimento para os filhos de mães ansiosas. Todavia, os estudos são inconclusivos quanto ao efeito prejudicial da ansiedade materna sobre o desenvolvimento infantil. Fraga et al. (2008) identificaram, em filhos de mães ansiosas, áreas mais desenvolvidas ao final do primeiro ano de vida, como o desempenho da criança na área de resolução de problemas e intencionalidade e atribuem

este fato a atitudes mais alertas e ativas das mães ansiosas na interação com o bebê. Estudos longitudinais acompanhando os grupos e monitorando o desenvolvimento das crianças possibilitarão analisar os efeitos da ansiedade.

Considerando a depressão entre os grupos de mães, aquelas com bebês com risco severo mostraram-se mais depressivas do que as mães de bebês com risco moderado, o que foi confirmado pela pontuação média significativamente maior entre as mães do Grupo 1. Flores et al. (2013) encontraram correlação entre ansiedade e depressão e a presença de risco ao desenvolvimento infantil e enfatizam a vulnerabilidade dos bebês aos estados emocionais maternos. No presente estudo, a presença de ansiedade e depressão seriam fatores que deixariam as mães menos predispostas a investir no desenvolvimento de seu filho, principalmente se necessitassem de mais cuidados.

As correlações entre condições do bebê e o estresse materno foram positivas em relação aos domínios Disfuncionalidade na Interação e Criança Difícil quando a condição mais severa estava no primeiro filho e era menina, segundo filho e mais velho para as mães do Grupo com risco Moderado. O nascimento de uma criança com risco para o desenvolvimento frustra expectativas idealizadas ao longo da gestação (CAMARGO; LONDERO, 2008). Somado a isso, é possível que à medida que o bebê cresce as expectativas de reversão do quadro diminuem estressando mais as mães, confirmando os dados levantados por Figueiredo et al. (2010), os autores atribuem este resultado a maior evidência das dificuldades destas crianças ao longo dos anos.

Observou-se correlação entre variáveis da mãe e o estresse e ansiedade. Quando a mãe era solteira ou separada apresentou maior estresse e quanto menor a escolaridade, maior o índice de ansiedade. Associada à presença dos indicadores de estado emocional, o estado civil e a baixa escolaridade são prognósticos ruins para o desenvolvimento da criança. Defilipo et al. (2012) avaliando variáveis do ambiente de lactentes de 3 a 18

meses, identificou fatores que podem influenciar negativamente o desenvolvimento infantil, entre outros, a escolaridade (mais baixa) e o estado civil (famílias monoparentais).

6.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados da pesquisa, pode-se concluir que o presente trabalho apresenta avanços nas pesquisas sobre bebês com riscos ao desenvolvimento, uma vez que aborda a especificidade do nível de comprometimento, analisando e comparando os aspectos emocionais das mães em função da maior ou menor gravidade da condição do bebê.

Os achados do estudo reforçam a necessidade de haver na área da Saúde programas de avaliação do estado emocional materno, a fim de assegurar medidas de prevenção e elaborar estratégias de intervenção psicológica para as mães de bebês com riscos ao desenvolvimento, favorecendo maior enfrentamento às dificuldades e a adaptação à situação. A mãe pode funcionar como fator de proteção, diminuindo, assim, a probabilidade de consequências adversas para o desenvolvimento da criança (LINHARES, 2003; CABRAL et al., 2012).

No que se refere às limitações deste estudo, vale citar o fato das amostras terem sido recolhidas em local único e não ser possível contar com grupo controle para comparação com mães de bebês sem riscos ao desenvolvimento. Quanto a estudos futuros, propõe-se a continuidade do tema desta investigação, porém identifica-se a necessidade de envolver diversas culturas e níveis socioeconômicos, para compreensão de diferentes valores e crenças e sua influência nos indicadores emocionais maternos.

6.7 REFERÊNCIAS

ABIDIN, R. R. The determinants of parenting behavior. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 21, n. 4, p. 407-412, 1992.

ABIDIN, R. R. **Parenting Stress Index**. 4ª ed. Lutz, Florida: PAR, 2012.

BAIÃO, R. D. M. **Stress parental e prematuridade**. 2009. 92f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia)-Universidade de Lisboa. Lisboa, 2009.

BAPTISTA, M. N. **Escala Baptista de Depressão: versão adulto (EBADEP-A)**. 1ª edição. São Paulo: Vetor, 2012.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v.7, n.1, p.39-48, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRECAILO, M. K.; SALDAN, P. C. Relação entre depressão materna e os cuidados em saúde da criança: revisão sistemática. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 15, n. especial, p. 423-9, 2003.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. **Psico**, v. 37, n. 2, p. 151-158, 2006.

CABRAL, Y. N. et al. O estado de animo de mulheres no pós-parto. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, s. 2, p 95-100, 2012.

CAMARGO, S. P. H.; LONDERO, A. D. Implicações do diagnóstico na aceitação da criança com deficiência: um estudo qualitativo. **Interação em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 277-289, 2008.

COELHO, N. L.; TOURINHO, E. Z. O Conceito de Ansiedade na Análise do Comportamento. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 2, p. 171-178, 2008.

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

DEFILIPO, E. C. et al. Oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 633-641, 2012.

DONOSO, M. T. V. et al. **Oxigenoterapia e ventilação mecânica em atenção domiciliar**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

FIAMENGHI, G. A. J.; MESSA, A. A. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 27, n. 2, p. 236-245, 2007.

FIGUEIREDO, B. V. et al. Estresse parental em mães de bebês, crianças, adolescentes e adultos jovens com síndrome de down. **Revista Movimenta**, v. 3, n. 4, p. 1984-4298, 2010.

FLORES, M. R. et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, v.15, n.2, p.348-360, 2013.

FORMIGA, C. K.; PEDRAZZANI, E. S.; LIMA, C. D. Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. **Paideia**, v. 14, n. 29, p. 301-311, 2004.

FRAGA, D. A. de et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos . **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 21, n. 1, p. 33-41, 2008.

FRANCISCO, V. L. et al. A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. **Análise Psicológica**, v. 25, n. 2, p. 229-239, 2007.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 3, p. 351-360, 2007.

GRAMINHA, S. S. V.; MARTINS, M. A. O. Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. **Medicina**, v. 30, p. 259-267, 1997.

LINHARES, M. B. M. et al. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paideia**, v. 10, n. 18, p. 60-69, 2000.

LINHARES, M. B. M. Prematuridade, risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento. **Temas sobre desenvolvimento**, v. 12, n. especial, p. 18-24, 2003.

MARTINS, A. C. F. **Perfil de pacientes portadores de gastrostomia e o papel dos cuidadores no domicílio**. 2013. 128 f. Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Botucatu, 2013.

MONTEIRO, M; MATOS, A. P.; COELHO, R. A adaptação psicológica de mães cujos filhos apresentam paralisia cerebral: Revisão da literatura. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v.4, n.2, p. 149-178, 2002.

MONTEIRO, T. M. T.; SILVA, L. M. S.; SILVA, M. V. S. Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. **Cogitare Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 36-42, 2002.

PADOVANI, F. H. P. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 251-254, 2004.

PADOVANI, F. H. P. **Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré- termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo**. 2005. 155f. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. Famílias de crianças com síndrome de Down: sentimentos, modos de vida e estresse parental. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 183-194, 2006.

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. 29-36, 2008.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 1, p. 215-226, 2014.

RIBEIRO, M. F. M.; PORTO, C. C.; VANDENBERGHE, L. Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, p. 1705-1715, 2013.

SCHIAVO, R. A. **Presença de stress e ansiedade em primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto**. 2011. 126f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem)-Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Bauru, 2011.

SINGER, L. et al. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. **JAMA**, v. 281, n. 9, p. 799-805, 1999.

SPIELBERGER, C. D; GORSUCH, R. L; LUSHENE, R. E. **Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: CEPA, 2003.

Capítulo 3. Indicadores emocionais considerando a adesão de mães a um programa de estimulação essencial de bebês com riscos ao desenvolvimento

7.1 INTRODUÇÃO

A evolução dos cuidados neonatais vem reduzindo a mortalidade dos bebês nascidos prematuros ou com baixo peso. Paralelamente, evidencia-se a necessidade da detecção dos fatores de risco e dos cuidados de saúde voltados à qualidade de vida destas crianças. (LINHARES et al., 2003; PINTO, 2009). De acordo com o Ministério da Saúde, o termo Recém Nascido de risco se refere àquele exposto a situações em que há maior risco de evolução desfavorável e que demanda atenção especial e prioritária (BRASIL, 2012).

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil - Ministério da Saúde pontua os seguintes critérios para identificação do recém nascido de risco: ser filho de mãe com baixa instrução, com idade inferior a 20 anos, baixo nível socioeconômico; apresentar histórico de morte de criança menor de cinco anos na família; criança explicitamente indesejada; nascimento pré-termo com menos de 37 semanas de gestação; peso no nascimento abaixo de 2.500 g; patologias peri e neonatais, intervenções em UTIs Neonatais, malformações e identificação de atraso no desenvolvimento (BRASIL, 2004).

Em relação à condição de risco, os bebês prematuros, quando comparados a bebês nascidos a termo, apresentam-se mais sujeitos a sequelas no desenvolvimento neuropsicomotor, a dificuldades escolares, problemas cognitivos e de comportamento como dificuldade de convívio social, *déficit* de atenção e menor capacidade em lidar

com problemas (FERRAZ et al., 2010; LINHARES et al., 2000; RODRIGUES; BOLSONI-SILVA, 2011; SASSÁ et al., 2011).

A idade gestacional e o peso ao nascimento são fatores que podem comprometer a saúde e o desenvolvimento da criança. Pinto (2009) em um estudo conduzido com 21 bebês prematuros com idade gestacional entre 33 e 36 semanas encontrou que, aos 12 meses incompletos, os bebês apresentavam 23% de comportamentos não normalizados. Tais dados reforçam a importância do acompanhamento destas crianças em serviços especializados.

Ferraz et al. (2010), em relato de experiência sobre programa de *follow-up* de recém-nascido de alto risco do Hospital Universitário de Juiz de Fora, defende o acompanhamento de crianças egressas das UTIs até estas completarem cinco anos. Destaca os diversos motivos para o atendimento especializado, como a identificação de alterações no desenvolvimento, favorecendo o diagnóstico precoce e a prevenção de atrasos, além da orientação e suporte familiar.

Diversos estudos apresentam como objetivos analisar o impacto no desenvolvimento de crianças prematuras, com baixo peso e/ou com outros fatores associados, os aspectos emocionais maternos (LINHARES et al., 2000; MOTTA; LUCION; MANFRO, 2005; LEE, 2012). Tais condições implicam em risco para o desenvolvimento do bebê o que pode alterar o equilíbrio emocional materno. Todavia, alterações emocionais das mães também podem interferir no desenvolvimento de suas crianças. Em qualquer dos casos, a saúde emocional materna, se deficiente, pode contribuir para alterações no desenvolvimento da criança e experiências negativas na interação da mãe para com ela (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014). Por isso, vale ressaltar a importância da implementação de programas de intervenção precoce, com estratégias de informação e suporte psicológico aos familiares (LINHARES et al.,

2000; LOPEZ et al., 2008; DAVIS, 2003). Guralnick (1997) e Maggi, Prux e Palma (2009) destacam a contribuição da intervenção precoce, incluindo atendimento específico aos pais, tornando-os mais competentes para solucionar os problemas diários.

É pertinente, então, a análise dos construtos que envolvem a saúde emocional, como o estresse, a ansiedade e a depressão, que serão descritos abordando-se os principais sinais e sintomas relacionados com a maternidade e o impacto no desenvolvimento infantil.

O estresse parental tem sido definido como o sentimento vivido pelos genitores nas suas funções de pai e de mãe. Ele está relacionado às características dos pais, às da criança, às demandas de cuidados com o filho e ao vínculo entre eles. Está, também, relacionado às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais, a fatores sociais, como o acesso a apoio social, a fatores socioeconômicos e ao contexto cultural. Níveis elevados de estresse podem comprometer o relacionamento familiar e a tarefa de cuidar pode ser uma fonte de estresse; tradicionalmente, a mãe configura-se a principal responsável pelos cuidados com a criança (ABIDIN, 1992; RIBEIRO; PORTO; VANDENBERGHE, 2013; FIGUEIREDO et al., 2010).

Minetto (2012) utilizou a escala Índice de Estresse Parental – PSI (ABIDIN, 1995) com o objetivo de identificar os fatores de estresse no relacionamento de 61 mães e ou pais de crianças com desenvolvimento típico, com deficiência intelectual e com síndrome de Down. Os resultados mostraram que pais de filhos com desenvolvimento típico são menos estressados que os pais de crianças com desenvolvimento atípico.

Pretendendo analisar a relação entre o estado ansioso materno e o risco ao desenvolvimento infantil, Beltrami, Moraes e Souza (2013) avaliaram uma amostra de 182 díades mães e bebês. Os resultados apontaram que, apesar da baixa frequência de ansiedade em níveis moderado e grave na amostra, o estado emocional materno se

correlaciona de modo positivo à ausência de índices de desenvolvimento infantil, ou seja, os bebês dessas mães apresentaram risco maior para seu desenvolvimento do que os bebês de mães não ansiosas.

Maggi, Prux e Palma (2009) levantaram os índices de ansiedade e depressão de vinte e duas mães de bebês de risco hospitalizados em unidade de terapia intensiva utilizando, entre outros instrumentos, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Os resultados apontaram associações significativas quanto à ansiedade-traço e depressão e ansiedade-estado e ansiedade-traço, demonstrando que ansiedade e depressão apareciam em conjunto ou alternavam-se nos casos avaliados. Os resultados deste estudo também apontaram que a rede de apoio direcionada às mães e o conhecimento sobre o tratamento do bebê indicaram possibilidade de proteção.

O papel exercido pela depressão materna na interação com seu bebê tem sido objeto de pesquisas devido a evidências sobre o impacto negativo da mesma na interação com o bebê, na dinâmica familiar e no desenvolvimento afetivo e cognitivo da criança (BRUM; SCHERMANN, 2006). Os estudos analisados por Frizzo e Piccinini (2005) em trabalho de revisão de literatura sobre a influência da depressão materna na interação mãe-bebê, apontaram este componente emocional como causador de sério impacto nesta relação, tendo como consequência negativa potencializada, quando não estão presentes outras pessoas para substituir, ao menos parcialmente, a mãe neste papel. Os autores enfatizam que o pai apresenta-se como um fator de proteção para o desenvolvimento do bebê e relacionam o fato da mãe não oferecer um retorno quanto aos comportamentos do filho como preditivo para o mesmo desenvolver, também, um estilo de interação deprimido.

Os indicadores emocionais de mães de bebês com riscos para o desenvolvimento podem influenciar na sua adesão a um programa de estimulação essencial. Todavia, tais

indicadores podem ser influenciados por variáveis maternas (idade, estado civil, escolaridade) e variáveis do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho, gravidade da condição). Conhecer mais sobre o papel dos indicadores emocionais sobre a adesão ao programa pode apontar para intervenções pontuais que minimizem estes efeitos, aumentando a participação dela e de seu filho em programas que monitorem seu desenvolvimento.

7.2 OBJETIVOS

- 1- Descrever e comparar os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão de mães dos grupos de bebês com risco severo e de mães que aderem e as que não aderem a um programa de estimulação essencial.
2. Analisar a relação entre variáveis maternas (idade, estado civil, escolaridade) e de variáveis do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho, gravidade da condição) e os indicadores de estresse, ansiedade e depressão materna.

7.3 MÉTODO

7.3.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 53 mães de bebês de risco ao desenvolvimento, candidatos ao Programa de Estimulação Essencial da SORRI-BAURU, no período compreendido entre agosto de 2013 e outubro de 2014.

Para a participação das mães de bebês no projeto foram considerados os seguintes critérios: para os bebês: idade até 1 ano e 11 meses, com nascimento pré-termo abaixo de 37 semanas, diagnóstico de síndromes e ou deficiência de acordo com a definição do CID-10 ou que utilizavam aparelhos de uso contínuo como oxigenoterapia, ventilação mecânica não-invasiva, traqueostomia e/ou gastrostomia⁴. As mães foram

⁴ Oxigenoterapia: inalação de oxigênio em concentração superior a do ambiente, administrado por meio de cateteres ou máscaras nasais. Ventilação Mecânica Não Invasiva: utiliza máscara ou peça bucal para conectar o ventilador à pessoa. Traqueostomia: procedimento cirúrgico, por meio da colocação de uma cânula na traquéia,. DONOSO et al, 2013. Gastrostomia: tubo de alimentação inserido cirurgicamente e estabelece o acesso ao estômago por meio da parede abdominal. MARTINS, 2013.

divididas em dois grupos, considerando ou não sua adesão ao Programa de Estimulação Essencial. Participaram do Grupo A 36 mães de bebês que aderiram ao programa e, do Grupo B, 17 mães de bebês que não aderiram ao programa. Como critério inicial, as mães não poderiam apresentar características psiquiátricas.

7.3.2 Local

A coleta de dados ocorreu em uma sala do setor de Psicologia, do Centro de Reabilitação SORRI-BAURU, situado na cidade de Bauru, estado de São Paulo.

7.3.3 Materiais

Foram utilizados os seguintes materiais:

Formulário Sociodemográfico e Clínico

O Formulário Sociodemográfico e Clínico, elaborado para este estudo, para a coleta de informações sobre aspectos sociodemográficos e clínicos do bebê (sexo, idade ao iniciar o Programa de Estimulação, peso no nascimento, idade gestacional em semanas, diagnóstico, utilização de aparelhos de uso contínuo, ordem do nascimento, adesão ao programa e informações que permitiram avaliar a gravidade da condição do bebê) e da mãe (idade, estado civil e escolaridade).

Índice de Stress Parental (PSI)

O Índice de Stress Parental (PSI-4 Short Form) (ABIDIN, 2012) é constituído por 36 questões divididas em três domínios. O primeiro deles, “Angústia parental” (PD), determina o nível de angústia que a mãe experiencia em seu papel de mãe, em função de fatores pessoais que estão diretamente relacionados com a parentalidade. O outro domínio, “Disfuncionalidade na interação mãe-filho” (P-CDI), focaliza na percepção materna de que a criança não preenche suas expectativas e no fato das interações com a criança não serem reforçadoras. O terceiro domínio, “Criança difícil”, incide sobre algumas das características comportamentais básicas da criança que tornam fácil ou difícil administrá-la. O “Estresse total” corresponde a uma identificação do nível geral de estresse de um indivíduo e a sua pontuação reflete o estresse relatado nos três domínios já citados.

As respostas do instrumento são ajustadas a uma escala do tipo Likert: concordo completamente (1), concordo (2), não tenho certeza (3), discordo (4), e discordo completamente (5). As respostas são corrigidas pontuando-as de forma invertida, ou seja, quem responde 1 pontua 5, 2 pontua 4, e assim por diante. O índice de estresse parental foi calculado somando-se as respostas das mães obtendo-se um escore bruto e este transformado em porcentagem obtendo-se o índice de estresse vivenciado por elas. A pontuação foi convertida em percentil e quanto maior o percentil, maior o estresse. Os percentis que estão entre zero e 15% significam ausência de estresse, os que estão entre 16 e 84% significam estresse normal, entre 85 e 90% estresse alto e acima de 90% estresse clinicamente significativo. Os dados obtidos foram codificados seguindo-se as normas do manual. Em algumas análises estatísticas, utilizou-se a pontuação bruta, para comparação entre grupos.

Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (SPIELBERGER, GORSUCH; LUSHENE, 2003) é composto por duas escalas distintas, elaboradas para medir dois conceitos distintos de ansiedade: estado de ansiedade (A-Estado) e traço de ansiedade (T-Traço). A folha de resposta contém 20 afirmações que requerem que o sujeito assinale aquela que descreva como geralmente se sente e outras 20 afirmações, que requerem que o sujeito assinale como se sente em determinado momento, em uma escala Likert, variando de 1 (absolutamente não) a 4 (muitíssimo), para a escala A-Estado e variando de 1 (quase nunca) a 4 (quase sempre), para a escala A-Traço. As participantes responderam a cada item do instrumento, circulando o número apropriado à direita de cada afirmação na folha de respostas.

A amplitude de escores possíveis para o IDATE varia de 20 a 80 pontos, em ambas as subescalas (Traço e Estado), conforme descrito no manual (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 2003). Tanto para os indicadores de Ansiedade-Traço quanto para os de Ansiedade-Estado utilizou-se o critério de corte de escore igual ou acima do percentil 75 (ou escore 48) para definir sintomas de Ansiedade Clínica, que na tabela do manual se refere à população brasileira. Há, na literatura, estudos que utilizaram este mesmo critério para definir Ansiedade Clínica (PADOVANI et al., 2004; PADOVANI, 2005; PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008; SCHIAVO, 2011). As participantes que não atingiram escores acima do percentil 75 foram definidas como sintomas de Ansiedade Controlada, definição também já utilizada na literatura (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; SCHIAVO, 2011).

Escala Baptista de Depressão – EBADEP-A

O EBADEP-A (BAPTISTA, 2012), versão adulto, é um instrumento construído no Brasil, de rastreio de sintomatologia depressiva, direcionado tanto a amostras psiquiátricas quanto a não-psiquiátricas. A escala é constituída por 90 frases, as quais são apresentadas em pares, formando 45 itens. Cada item apresenta um indicador de sintomatologia com uma frase de cunho positivo e outra de cunho negativo.

A EBADEP-A é estruturada em formato *Likert* com a possibilidade de um escore total de 135 pontos que é obtido por meio da soma dos 45 itens do teste, cada um dos itens tem quatro alternativas que podem pontuar zero, um, dois ou três pontos. A partir das pontuações normativas do instrumento, os resultados podem ser classificados em sintomatologia leve, moderada e severa. As pontuações entre 0 e 59 não são consideradas como indicativas de sintomas depressivos, as pontuações entre 60 e 76 indicativas de sintomas leves, de 77 a 110 indicativas de sintomas moderados e de 111 a 135 indicam sintomas depressivos graves. Para sua interpretação, considera-se quanto menor a pontuação, menor sintomatologia em depressão.

7.3.4 Procedimentos para a coleta de dados

No primeiro atendimento na instituição, o protocolo prevê uma Avaliação Global da criança com a equipe composta pelas áreas de Neurologia, Psicologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia para a realização de entrevistas, aplicação de testes e escalas para realizar o diagnóstico e fazer os encaminhamentos aos profissionais necessários.

Em seguida, o projeto foi apresentado para as mães de bebês até um ano e onze meses e foi realizado o convite para a participação. Após a concordância, as participantes assinaram o Termo de Consentimento no qual constavam todas as informações sobre este estudo. Foram aplicados individualmente o Formulário Sociodemográfico e Clínico e os instrumentos para a avaliação dos indicadores emocionais. As aplicações ocorreram em horários previamente agendados e em local livre de estímulos garantindo a privacidade dos participantes. Durante a aplicação, a pesquisadora permaneceu no local para responder às dúvidas ou ler o material para a mãe quando necessário. Após a aplicação dos instrumentos as mães receberam informações sobre o Programa de Estimulação Essencial e foram motivadas para a adesão ao mesmo.

7.3.5 Análise dos dados

As respostas ao Formulário Sociodemográfico e Clínico foram devidamente contabilizadas e os dados foram utilizados para a descrição das participantes e seus filhos e, posteriormente, relacionadas aos indicadores de estresse, ansiedade e depressão, utilizando o Teste Pearson.

As análises foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico SPSS – Versão 22.0. Os escores obtidos nos diversos instrumentos foram analisados descrevendo os diferentes indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão para a amostra avaliada. A mesma foi dividida em dois grupos comparando (Teste t, de Student) os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão do grupo de mães que aderiram

ao programa (Grupo A) e do grupo de mães que não aderiram (Grupo B) coletados no Formulário Sociodemográfico e Clínico.

7.4 RESULTADOS

Por ocasião da primeira avaliação as mães foram esclarecidas sobre as possibilidades de atendimentos para o seu filho e, encerrado o processo de diagnóstico, quais áreas seu filho necessitaria de atendimento e qual a periodicidade destes. Foi oferecido, também, atendimento no Programa de Apoio às Famílias e, também, atendimento voltado às suas demandas pessoais, quando foi indicado. O tratamento é, em geral, demorado, uma vez que a maioria dos bebês tem risco provável e seu desenvolvimento é monitorado por profissionais de diversas áreas. São, na maioria, bebês prematuros, com comorbidades ou não, o que dificulta prever o curso do programa, dada a idade e a condição de cada um. O acompanhamento do bebê pode ocorrer até os 5 anos de idade. Dos bebês que chegam à instituição, encaminhados pelos diferentes serviços de saúde, há um percentual que, por motivos diversos, abandona o Programa de Estimulação Essencial. Pretendeu-se, então, avaliar como é a saúde emocional das mães dos bebês que aderem ao Programa de Estimulação Essencial (Grupo A) e daquelas que abandonam (Grupo B).

A Tabela 1 mostra os dados demográficos dos bebês separados por grupo, no Grupo A 68% das participantes aderiram ao Programa e o Grupo B composto por 32% das mães que não aderiram. Quanto ao sexo, no Grupo A 61% eram meninas e no Grupo B 65% meninos. Em relação à idade de entrada na Instituição, a frequência mais alta foi na faixa etária de 0 a 3 meses para os dois Grupos (Grupo A 48% e Grupo B,

47%, para o Grupo A, idade mínima: 1 mês, idade máxima 21 meses e média 5,8 meses e para o Grupo B, idade mínima: 1 mês, idade máxima: 13 meses e média 5,2 meses).

Tabela 1: Caracterização dos bebês, filhos das participantes dos dois Grupos.

Dados dos bebês	Grupo A Adesão		Grupo B Não adesão	
	n=36	%	n=17	%
Sexo dos bebês				
Masculino	14	39%	11	65%
Feminino	22	61%	6	35%
Idade Gestacional				
Igual ou maior que 37 semanas	9	25%	5	30%
De 35 a 36 semanas	8	22%	3	18%
Igual ou menor que 34 semanas	19	53%	8	47%
Sem informação	0	0%	1	5%
Peso no nascimento				
Acima de 2501 g	14	39%	8	47%
De 2001 a 2500 g	5	14%	3	18%
De 1501 a 2000 g	6	17%	2	12%
Abaixo de 1500 g	11	30%	3	18%
Sem informação	0	0	1	5%
Idade de início no programa				
De 0 a 3 meses	17	48%	8	47%
De 4 a 6 meses	9	25%	3	18%
De 7 a 9 meses	4	11%	3	18%
De 10 a 12 meses	3	8%	2	12%
Acima de 13 meses	3	8%	1	5%
Ordem do Nascimento				
Primeiro ou único	14	39%	4	24%
Segundo ou mais	13	36%	13	76%
Gemelar	9	25%	0	0
Aparelho de uso contínuo				
Não usa	30	83%	17	100%
Usa	6	17%	0	0
Gravidade da condição do bebê				
Severo	25	69%	8	47%
Moderado	11	31%	9	53%

Considerando a idade gestacional, no Grupo A 25% dos bebês nasceram a termo, enquanto no Grupo B, 30%. Constatou-se peso no nascimento acima de 2500 g em 39% no Grupo A e 47% no Grupo B. Também levantou-se peso no nascimento abaixo de 1500 g em 30% dos bebês do Grupo A e 18% no Grupo B. Na amostra do Grupo A 25% dos bebês eram gemelares e no Grupo B, nenhum. Na amostra do Grupo

A 39% dos bebês eram o primeiro filho ou único e no Grupo B 24% tinham esta mesma condição.

Com relação ao uso de aparelho de suporte à vida, constatou-se que 17% dos bebês do Grupo A o utilizavam e nenhum no Grupo B. Dos bebês, 69% do Grupo A caracterizam-se como condição de gravidade severa e no Grupo B, 47% apresentaram-se nesta condição.

A Tabela 2 mostra os dados referentes às mães. Quanto ao estado civil 72% das mães do Grupo A relataram união estável, enquanto no Grupo B, 82% delas tinham essa condição. Considerando a idade observou-se que 53% das mães do Grupo A tinham mais de 30 anos de idade (idade mínima: 19, idade máxima: 39 e média: 28,8) e no Grupo B 59% das mães tinham idade abaixo de 29 anos (idade mínima: 15, idade máxima: 42 e média: 26,1).

Considerando a escolaridade, 58% das mães do Grupo A possuíam ensino médio e superior. Já as mães do Grupo B 59% possuíam escolaridade fundamental ou média incompleta.

Tabela 2: Caracterização das mães, participantes dos dois Grupos.

Dados das mães	Grupo A		Grupo B	
	Adesão		Não adesão	
	n=36	%	n=17	%
Estado Civil da mãe				
União estável	26	72%	14	82%
Solteira+separada	10	28%	3	18%
Idade da mãe				
De 15 a 29 anos	17	47%	10	59%
Acima de 30 anos	19	53%	7	41%
Escolaridade das mães				
Fundam. incomp. a médio incomp.	12	33%	10	59%
Médio a ensino superior	21	58%	4	23%
Não informado	3	9%	3	18%

7.4.1 Índice de Stress Parental - PSI-4 Short Form

A Escala PSI avaliou os seguintes domínios do estresse parental: Angústia dos pais (PD); Disfuncionalidade na interação mãe-filho (P-CDI); Criança difícil (DC) e o Estresse total (TS). A Tabela 3 mostra a distribuição das participantes em cada domínio.

Os dados foram quantificados seguindo as normas contidas no manual do teste e classificados em ausência de estresse (até Percentil 15), estresse normal (Percentil de 16 a 84), estresse alto (Percentil de 85 a 89) e estresse clínico (Percentil 90 ou mais). Observa-se que em Angústia Parental, 67% das mães do Grupo A e 82% das mães do Grupo B apresentaram ausência de estresse ou estresse normal. Em Disfuncionalidade na Interação mãe-filho, 94% das mães do Grupo A e 100% das mães do Grupo 2 apresentaram ausência de estresse ou estresse normal. Em Criança Dificil, 89% das mães do Grupo A e 94% das mães do Grupo B apresentaram ausência de estresse e estresse normal. No Estresse Total 92% das mães do Grupo A e 100% das mães do Grupo B apresentaram ausência de estresse e estresse normal.

Tabela 3. Distribuição das participantes dos Grupos A e B de acordo com o percentil obtido na escala Índice de Stress Parental - PSI.

	Ausência				Estresse Normal				Estresse Alto				Estresse Clínico			
	(até P 15)				(P 16 a 84)				(P 85 a 89)				(P 90 ou mais)			
	GA		GB		GA		GB		GA		GB		GA		GB	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Angústia parental	10	28	6	35	14	39	08	47	1	3	0	0	11	30	3	18
Disfuncionalidade na interação mãe-filho	17	47	7	41	17	47	10	59	0	0	0	0	2	6	0	0
Criança difícil	18	50	9	53	14	39	7	41	0	0	0	0	4	11	1	6
Estresse Total	12	33,5	5	29	21	58,5	12	71	0	0	0	0	3	8	0	0

A Tabela 4 aponta os resultados médios obtidos no PSI, comparando-se as mães de bebês que aderiram ao programa (Grupo A) e as mães de bebês que não aderiram ao programa (Grupo B). Constatou-se não haver diferença estatística entre os grupos, contudo, as mães do Grupo A apresentaram médias mais altas em relação ao Grupo B quanto aos indicadores de estresse parental.

Tabela 4. Análises estatísticas (Teste t), Média e Desvio Padrão dos **resultados brutos** obtidos pelas mães dos Grupos A e B, na Escala Índice de Stress Parental – PSI (Pré-Teste).

PSI	Média (DP) GA	Média (DP) GB	p
	n=36 Média DP	n=17 Média DP	
Angústia Parental	29,69 14,18	26,17 12,87	0,390
Disfuncionalidade na interação mãe-filho	17,86 7,6	16,64 4,8	0,552
Criança difícil	21,36 10,06	20,29 8,3	0,706
Estresse total	67,41 27,3	63,11 17,60	0,556

(teste t Student)

7.4.2 Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE

A Escala de Ansiedade – Estado avaliou como os sujeitos se sentem no momento e a de Ansiedade-Traço como eles se sentem geralmente. Para análise dos dados foram considerados percentis iguais ou acima de 75 como indicativos de ansiedade clínica.

Considerando a adesão ou não ao programa (Grupos A e B) a Tabela 5 mostra que 81% das participantes do Grupo A e 88% do Grupo B não apresentaram Ansiedade

Estado em nível clínico. A Ansiedade Traço estava em nível clínico para 47% das participantes do Grupo A e para 24% das participantes do Grupo B.

Tabela 5. Distribuição das mães dos Grupos A e B de acordo com os resultados obtidos no Inventário de Ansiedade – IDATE.

	Até Percentil 74				Percentil 75 ou mais			
	Grupo A		Grupo B		Grupo A		Grupo B	
	n=36		n=17		n=36		n=17	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedade – Estado	29	81	15	88	7	19	2	12
Ansiedade – Traço	19	53	13	76	17	47	4	24

A Tabela 6 mostra que na Ansiedade Estado e Traço a pontuação média do Grupo A foi superior a do Grupo B, porém a diferença entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa. Outra comparação possível é a presença da Ansiedade intragrupo. Observa-se que para o Grupo A, a pontuação média em Traço foi superior a Estado e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) e para o Grupo B existia uma tendência ($p = 0,097$).

Tabela 6. Resultados médios e desvio padrão no Inventário de Ansiedade - IDATE das mães dos Grupos A e B.

IDATE	GA		GB		p
	Média	Dp	Média	Dp	
Estado	32,11	11,97	31,17	11,67	0,790
Traço	44,27	16,96	37,82	10,99	0,159
p	0,001*		0,097		

(teste t Student)

* - diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

7.4.3 Escala Baptista de Depressão Versão Adulto - EBADEP-A

O EBADEP-A avaliou os sintomas de depressão por meio da soma das pontuações obtidas no inventário. Considerando frequência de depressão entre os grupos de mães que aderiram ao programa (Grupo A) e mães de bebês que não aderiram (Grupo B) observa-se que 75% do Grupo A e 94% do Grupo B não relataram sintomas indicativos de depressão (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição das participantes dos Grupos A e B de acordo com a pontuação obtida na Escala de Depressão EBADEP-A.

Classificação	Grupo A		Grupo B	
	n=36		n=17	
	n	%	n	%
Sem depressão (0 a 59 pontos)	27	75	16	94
Sintomas leves de depressão (60 a 76 pontos)	5	14	0	0
Sintomas moderados de depressão (77 a 110 pontos)	4	11	1	6
Sintomas graves de depressão (111 a 135 pontos)	0	0	0	0

Conforme a Tabela 8, comparando a pontuação obtida no EBADEP-A entre os dois grupos observou-se que a média de pontuação do Grupo A foi significativamente maior que a do Grupo B ($p=0,050$).

Tabela 8. Média e Desvio Padrão das mães dos Grupos A e B considerando a Escala Baptista de Depressão Versão Adulto - EBADEP-A.

EBADEP-A		
	Média	Desvio Padrão
Grupo A (n=36)	39,08	27,05
Grupo B (n=17)	24,00	21,62
p	0,050*	

(teste t Student)

* - diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$)

7.4.4 Relação entre os indicadores de estresse, ansiedade e depressão e variáveis maternas e do bebê

Os resultados obtidos em cada um dos instrumentos para a amostra total das mães (dos Grupos A e B) foram correlacionadas com variáveis maternas e do bebê.

A Tabela 9 demonstra os resultados de cada um dos domínios do PSI (Angústia parental, Disfuncionalidade na interação mãe-filho, Criança difícil e Estresse total), do IDATE (Ansiedade Estado e Traço) e do EBADEP-A (depressão) correlacionados (Pearson) com variáveis sociodemográficas do bebê: sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho e gravidade da condição.

Considerando os dados dos bebês constatou-se correlação positiva ($r=0,485^*$; $p=0,040$) entre ordem do nascimento e estresse da mãe no domínio Disfuncionalidade na interação para as mães do Grupo B, quando envolvia o segundo filho.

Verificou-se correlação negativa ($r=0,430^{**}$; $p=0,009$) referente ao sexo do bebê e estresse da mãe no domínio Criança difícil para o Grupo A, ou seja, características comportamentais dos bebês do sexo masculino foram interpretadas pelas mães como de difícil administração e potenciais geradoras de estresse. As mães do Grupo B também apresentaram uma tendência para correlação negativa ($r=0,444$; $p=0,077$) em relação aos bebês do sexo masculino.

Ainda em relação ao domínio Criança Difícil, as mães do Grupo B apresentaram uma tendência a correlação positiva ($r=0,463$; $p=0,061$) com maior índice de estresse correlacionado com a idade mais avançada do bebê e a ordem de nascimento ($r=0,414$; $p=0,099$) a partir do segundo filho.

Os resultados do PSI no aspecto Criança difícil apontaram correlação positiva ($r=0,510^*$; $p=0,037$) com a condição de gravidade dos bebês do Grupo B e constatou-se o maior índice de estresse das mães relacionado com a maior gravidade no quadro.

Quanto aos indicadores de ansiedade e as variáveis do bebê, no Grupo B foi encontrada tendência de correlação ($r=0,441$; $p=0,076$) entre Ansiedade Estado e idade mais avançada do bebê. Os resultados do IDATE apontaram para correlação positiva ($r=0,495^{**}$; $p=0,002$) entre Ansiedade Estado e ordem de nascimento a partir do segundo filho das mães do Grupo A.

Quanto à Ansiedade Traço observou-se tendência a correlação ($r=0,281$; $p=0,096$) nas mães de bebês com maior gravidade do Grupo A. Já em relação às mães do Grupo B constatou-se correlação positiva ($r=0,566^{*}$; $p=0,018$) indicando que as mães de bebês com maior comprometimento do quadro são mais ansiosas.

Os resultados do EBADEP-A revelaram correlação negativa ($r=0,616^{**}$; $p=0,008$) com o sexo do bebê e apontaram maior índice de depressão das mães de bebês do sexo feminino que não aderiram o Programa (Grupo B).

Tabela 9. Correlação entre variáveis do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho e gravidade da condição) e indicadores emocionais da mãe.

Correlação dos Indicadores	Grupo A		Grupo B	
PSI	r	p	r	p
Angústia parental X sexo bebê	0,215	0,208	-0,025	0,923
Angústia parental X idade bebê	0,210	0,218	0,244	0,346
Angústia parental X ordem de nascimento	-0,100	0,563	0,213	0,412
Angústia parental X uso de aparelho bebê	0,116	0,499	0	0
Angústia parental X gravidade da condição	0,145	0,399	0,386	0,126
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X sexo bebê	-0,105	0,541	-0,279	0,279
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X idade bebê	0,065	0,707	0,076	0,770
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X ordem de nascimento	-0,172	0,316	0,485*	0,040
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X uso de aparelho bebê	0,196	0,252	0	0
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X gravidade da condição	0,084	0,627	-0,352	0,166
Criança difícil X sexo bebê	-0,430**	0,009	-0,444	0,075
Criança difícil X idade bebê	0,201	0,239	0,463	0,061
Criança difícil X ordem de nascimento	-0,111	0,520	0,414	0,099
Criança difícil X uso de aparelho bebê	-0,009	0,960	0	0
Criança difícil X gravidade da condição	0,170	0,322	0,510*	0,037
Estresse total X sexo bebê	-0,015	0,930	-0,201	0,439
Estresse total X idade bebê	0,229	0,179	0,401	0,111
Estresse total X ordem de nascimento	-0,216	0,205	0,396	0,115
Estresse total X uso de aparelho bebê	0,137	0,425	0	0
Estresse total X gravidade da condição	0,124	0,469	0,289	0,261
IDATE				
Ansiedade-estado X sexo bebê	-0,036	0,835	-0,290	0,259
Ansiedade-estado X idade bebê	0,093	0,588	0,441	0,076
Ansiedade-estado X ordem nascimento	0,495**	0,002	0,355	0,162
Ansiedade-estado X uso de aparelho bebê	0,204	0,232	0	0
Ansiedade-estado X gravidade da condição	0,124	0,472	0,229	0,376
Ansiedade-traço X sexo bebê	0,153	0,373	-0,252	0,330
Ansiedade-traço X idade bebê	0,141	0,412	0,165	0,527
Ansiedade-traço X ordem nascimento	0,233	0,172	0,354	0,163
Ansiedade-traço X uso de aparelho bebê	-0,012	0,945	0	0
Ansiedade-traço X gravidade da condição	0,281	0,096	0,566*	0,018
EBADep-A				
Depressão X sexo bebê	0,158	0,356	-0,616**	0,008
Depressão X idade bebê	0,103	0,548	0,209	0,420
Depressão X ordem de nascimento	0,178	0,300	0,283	0,270
Depressão X uso de aparelho bebê	-0,068	0,692	0	0
Depressão X gravidade da condição	0,169	0,323	0,385	0,127

(teste de correlação de Pearson)

Os resultados obtidos em cada um dos instrumentos para a amostra total das mães (dos dois grupos) também foram correlacionadas com variáveis maternas. Os resultados de cada um dos domínios do PSI (Angústia parental, disfuncionalidade na interação mãe-filho, criança difícil e estresse total), do IDATE (Ansiedade Estado e Traço) e do EBADEP-A (depressão) foram correlacionados (Pearson) com variáveis sociodemográficas maternas: idade; escolaridade e estado civil, conforme demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10. Correlação entre variáveis da mãe (idade, escolaridade, estado civil) e indicadores de estresse, ansiedade e depressão, para os dois grupos.

Correlação dos Indicadores	Grupo A		Grupo B	
PSI	r	p	r	p
Angústia dos pais X idade	0,098	0,572	0,026	0,921
Angústia dos pais X escolaridade	-0,069	0,688	0,173	0,506
Angústia dos pais X estado civil	0,036	0,836	-0,174	0,505
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X idade	-0,022	0,898	0,207	0,425
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X escolaridade	0,003	0,987	0,011	0,966
Disfuncionalidade na interação mãe-filho X estado civil	0,357*	0,033	-0,222	0,391
Criança difícil X idade	0,118	0,495	0,240	0,354
Criança difícil X escolaridade	0,015	0,930	0,057	0,827
Criança difícil X estado civil	0,059	0,734	-0,651**	0,005
Estresse total X idade	0,038	0,824	0,133	0,611
Estresse total X escolaridade	0,100	0,562	0,069	0,791
Estresse total X estado civil	0,175	0,308	-0,378	0,135
IDATE				
Ansiedade-estado X idade	0,416*	0,012	-0,023	0,923
Ansiedade-estado X escolaridade	-0,303	0,073	0,284	0,270
Ansiedade-estado X estado civil	-0,006	0,973	-0,316	0,217
Ansiedade-traço X idade	0,289	0,088	0,025	0,923
Ansiedade-traço X escolaridade	-0,507**	0,002	-0,426	0,088
Ansiedade-traço X estado civil	0,034	0,843	-0,268	0,298
EBADEP-A				
Depressão X estado civil	0,124	0,473	-0,473	0,055
Depressão X idade materna	0,278	0,101	-0,153	0,557
Depressão X escolaridade	-0,320	0,057	-0,119	0,650

(teste de correlação de Pearson)

Observou-se correlação positiva ($r=0,357^*$; $p=0,033$) entre Disfuncionalidade na interação e estado civil e identificou-se que as mães solteiras ou separadas do Grupo A apresentaram maior índice de estresse.

Os resultados do PSI também apontaram para o Grupo B correlação negativa ($r=-0,651$; $p=0,005$) entre o domínio Criança Difícil e estado civil, significando que neste Grupo as mães em união estável demonstraram maior índice de estresse em relação a características comportamentais dos filhos.

Em relação aos indicadores de ansiedade, observou-se correlação positiva entre Ansiedade Estado ($r=0,416$; $p=0,012$), Ansiedade Traço ($r=0,289$; $p=0,088$) e a idade materna no Grupo A, ou seja, as mães com idade mais avançada apresentaram-se mais ansiosas.

Os resultados do IDATE também apontaram tendência de correlação negativa entre Ansiedade Estado e escolaridade no Grupo A ($r=-0,303$; $p=0,037$) e no Grupo B ($r=-0,426$; $p=0,088$), isso significa que quanto menor a escolaridade, maior a ansiedade das mães participantes da pesquisa. Quanto aos indicadores de depressão, observou-se tendência negativa a correlação ($r=-0,473$; $p=0,055$) com o estado civil, significando que neste Grupo as mães do Grupo B em união estável demonstraram maior índice de depressão.

Os resultados do EBADEP-A apontaram tendência de correlação negativa entre depressão e escolaridade no Grupo A ($r=-0,320$; $p=0,057$) revelando que quanto menor a escolaridade, maior a depressão das mães do Grupo que aderiram ao Programa.

7.5 DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou descrever os indicadores emocionais maternos de mães que aderem (68%) e que não aderem (32%) a um programa de estimulação essencial. Em estudo envolvendo bebês menores de 1 ano de idade, Linhares et al. (2003) identificou taxa de adesão de 50% em avaliações realizadas durante o seguimento longitudinal para bebês prematuros.

Analisando as variáveis sociodemográficas relativas aos bebês das mães que aderem ao programa (Grupo A) e daquelas que abandonam (Grupo B) os dados apontaram que mães de meninas aderiram mais ao Programa do que as mães de

meninos. Em relação a idade do bebê quanto ao início no Programa, em ambos os grupos prevaleceu a entrada nos primeiros meses de vida. Tais dados se devem ao encaminhamento e a pronta adesão inicial das mães dos bebês ainda que um percentual posteriormente abandone. Eles diferem dos obtidos na pesquisa conduzida por Spíndola et al. (2013) com o objetivo de verificar a frequência da participação das mães nos grupos de educação em saúde no desenvolvimento motor de bebês prematuros, identificou a idade média de 6 meses no Grupo que apresentou adesão e 5 meses no Grupo que não participou dos encontros.

Considerando a idade gestacional observou-se mais bebês prematuros no Grupo A e, conseqüentemente, um número maior de bebês com peso abaixo de 1500 g, o que pode ser um fator inspirador de mais cuidados justificando a permanência no Programa. Constatou-se, ainda, um número expressivo de gêmeos entre os bebês que permanecem no Programa.

Todos os bebês que usavam aparelho de suporte à vida permaneceram no Programa. Considerando a amostra das participantes que aderiram ao serviço, 69% são mães de bebês com condição de gravidade severa e 31% das mães de bebês com menor comprometimento aderiram ao Programa.

Considerando as condições maternas, a maioria das mães dos dois grupos relatou união estável. Todavia, a idade materna parece ser um diferencial, visto que as mães que permaneceram no Programa tinham 30 anos ou mais enquanto que as que abandonaram estavam abaixo de 29 anos. A escolaridade também foi um diferencial já que mais de 50% das mães que abandonaram tinham menos escolaridade. Corroborando dados levantados em estudo de Matos e Lobo (2011) sobre a adesão a Programas de Seguimento de bebês até 1 ano, 71% das mães que aderiram ao Programa apresentaram união estável e 29% eram solteiras; quanto à escolaridade da amostra estudada, 43% das

mães completaram o ensino médio, já no Grupo com menor adesão 25% apresentou esta escolaridade, as demais categorias referiam-se a ensino médio incompleto e ensino fundamental, em relação à idade do Grupo que apresentou menor índice de adesão a média foi de 20 anos e quanto ao estado civil, 62% solteiras e 38% casadas.

Analisando a saúde emocional das mães dos bebês que aderiram ao programa (Grupo A) e daquelas que abandonaram (Grupo B) os dados apontaram que 33% das mães do Grupo A apresentaram estresse no componente Angústia dos pais (PD) e no Grupo B, 18% delas. Em Disfuncionalidade na Interação mãe-filho, 6% das mães do Grupo A apresentaram estresse e nenhuma do Grupo B. Em Criança Difícil, 11% das mães do Grupo A e 6% das mães do Grupo B apresentaram estresse. Também, em Estresse Total 6% das mães do Grupo A e nenhuma das mães do Grupo B apresentaram estresse. Em nenhum dos domínios observou-se diferenças significantes entre os grupos, ainda que o Grupo A apresentasse médias mais altas. Os resultados demonstrados em relação ao estresse parental podem estar relacionados com o fato dos bebês das mães que aderem ao Serviço (Grupo A) apresentarem maior comprometimento, assim os achados se assemelham aos encontrados por Pereira-Silva e Dessen (2006) que compararam mães de bebês típicos e de bebês com Síndrome de Down, constatando-se aquelas com bebês com a síndrome mais estressadas. Para as autoras o nível de estresse pode estar ligado ao tipo de deficiência e à sobrecarga de cuidados que esta demanda.

Analisando os dados de Ansiedade 19% das participantes do Grupo A e 12% das do Grupo B apresentaram Ansiedade Estado em nível clínico. A Ansiedade Traço estava em nível clínico para 47% das participantes do Grupo A e para 24% das participantes do Grupo B. Todavia, tanto em Ansiedade Estado e Ansiedade Traço não observou-se diferenças significantes entre os grupos.

Entretanto, considerando a pontuação média, a Ansiedade Estado e Traço das mães que aderem ao Programa foi superior ao do Grupo das mães que abandonaram o serviço, ainda que a diferença entre os dois grupos não tenha sido estatisticamente significativa. Em Ansiedade Traço, a pontuação média das mães que aderiram foi maior do que a das mães que não aderiram. Um dado que chamou a atenção é que as mães do Grupo A (que aderem) tiveram significativamente pontuação média mais alta em Ansiedade Traço do que Ansiedade Estado. É possível que, dada a idade dos bebês, a condição mais severa, utilizam aparelhos, mais de um filho e até gêmeos, a Ansiedade tenha sido incorporada no repertório das mães do Grupo A, justificando a maior frequência de Ansiedade Traço se comparadas com as mães do Grupo B ou se comparadas com a pontuação em Ansiedade estado delas mesmas.

Estes dados parecem contradizer outros estudos a respeito, que abordam a Ansiedade Estado como uma situação emocional transitória ou condição do organismo humano em que há sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, já a Ansiedade-Traço é caracterizada como um fator estável na tendência à ansiedade, representando o modo como o indivíduo tende a reagir diante de situações estressantes ou conflituosas (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 2003), não confirmando os dados da presente pesquisa, uma vez que a análise dos dados do IDATE mostrou que a Ansiedade Estado prevaleceu controlada (abaixo de Percentil 74) embora as mães estivessem em uma situação considerada conflituosa e relacionada a condição de risco dos filhos da amostra, em contrapartida a Ansiedade Traço apresentou índices importantes, assim, podemos supor que essas mães já apresentavam um comprometimento emocional antes do nascimento do bebê, com tendência a apresentar nível elevado de Ansiedade-Traço; bem como o que nos permite inferir que as mães avaliadas no presente trabalho podem ter interpretado a inserção em um programa de

estimulação e a acolhida da equipe como positivas, refletindo em índices baixos de ansiedade-estado.

Considerando os sintomas de depressão observou-se que 25% das mães do Grupo A e 6% do Grupo B relataram sintomas indicativos de depressão. Os dados apontam para uma probabilidade maior de depressão entre mães com filhos com riscos severos para o desenvolvimento. Quanto à pontuação média, a do Grupo A foi significativamente maior que a do Grupo B, o que pode indicar que mães depressivas tendem a aderir ao serviço buscando apoio da instituição. Estes dados complementam os achados de Carlesso, Souza e Moraes (2014) sobre o impacto da depressão materna em relação ao desenvolvimento linguístico e psicológico do bebê. Neste, as autoras avaliaram cento e sessenta e cinco mães e seus bebês com idade abaixo de quatro meses e identificaram uma prevalência de depressão pós-parto de aproximadamente 30% e associação positiva entre a presença de riscos ao desenvolvimento infantil relacionado com níveis elevados de depressão materna, indicando a necessidade do encaminhando para serviços especializados voltados à proteção da saúde emocional materna.

As análises de correlações entre a pontuação bruta de cada instrumento e variáveis sociodemográficas do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho e gravidade da condição) mostraram que mesmo abandonando o Programa as mães do Grupo B, tiveram mais estresse relacionado ao domínio Criança Difícil, considerando a gravidade do caso, e tendência (para significância em 90%) para a idade dos bebês (mais velhos), quando não era o primeiro filho e, quando o bebê era menino. Para o Grupo A o estresse também apareceu neste domínio quando o bebê era menino. No domínio Disfuncionalidade na Interação índice mais alto de estresse apareceu somente entre as mães do Grupo A, quando a criança não era o primeiro filho. Os dados parecem indicar que ter uma criança com risco severo, mais velha, menino e não

ser o primeiro filho gera mais estresse, mas não impedem que a mãe abandone o programa.

Os dados de Ansiedade Estado apontaram para mais estresse para o Grupo A quando o bebê não era o primeiro filho e, para o Grupo B, ainda que uma tendência ao estresse (significante para 90%) quando o bebê era mais velho. A Ansiedade Traço correlacionou com a gravidade da condição do bebê para os dois grupos, ainda que para o Grupo A seja uma tendência. Considerando a Depressão, as mães de meninos do Grupo B são mais depressivas.

Analisando os dados dos bebês os resultados apontam para correlação entre os indicadores de saúde emocional das mães que abandonam o Programa, o que sugere a necessidade de trabalho mais intenso com elas no início do Programa considerando que parecem necessitar de maior apoio pessoal. Figueiredo, Silva e Nobre (2011) em um estudo sobre a adesão de mães de bebês com deficiência visual ao serviço de estimulação precoce encontraram que vão se conscientizando da importância do mesmo à medida que vão fazendo uso dele. Os autores destacam a importância de valorizar e motivar as mães para a participação no mesmo.

As variáveis das mães (estado civil, idade e escolaridade) foram correlacionadas com os indicadores de saúde emocional. Mães mais velhas de bebês com risco severo ao desenvolvimento apresentaram mais estresse no domínio Disfuncionalidade na Interação e em Ansiedade Traço e Estado. As mães do Grupo A com escolaridade menor mostraram mais Ansiedade Estado e Traço e Depressão. As mães solteiras ou separadas do Grupo A também apresentaram mais estresse no domínio Disfuncionalidade na Interação com o bebê. As mães do Grupo B solteiras ou separadas apresentaram mais estresse no domínio Criança Difícil e mais indicadores de depressão, estes dados corroboram estudo de Francisco et al. (2007) que discorreram sobre a

importância da presença de um companheiro para apoiar a mãe e prestar melhores cuidados aos filhos.

As mães do Grupo B com escolaridade mais baixa apresentaram mais indicadores de Ansiedade Traço, tais achados relacionam-se a estudos que apontam a escolaridade materna como fator de risco para o desenvolvimento, como o de Silva et al. (2011) e Fraga et al. (2008), nestes as autoras verificaram associação entre menos escolaridade materna e menor estimulação de bebês prematuros, influenciando negativamente no desenvolvimento.

7.6 Considerações Finais

Os objetivos do presente trabalho voltados a investigar os indicadores emocionais maternos e seus efeitos sobre a adesão a programa de estimulação precoce apresenta avanços e pode ser visto como relevante para os estudos neste segmento, na medida em que analisou o grupo que aderiu ao programa, bem como o grupo que abandonou o serviço.

Essa ação poderá favorecer a elaboração de novas estratégias nos programas voltados à estimulação precoce, a fim de estimular a adesão das mães. Nesse contexto, trabalhos preventivos junto às famílias serão bem-vindos e consequentemente contribuirão para minimizar os efeitos negativos de características emocionais maternas no desenvolvimento de bebês de risco.

Assim, diante da importância dos indicadores emocionais maternos para os cuidados com o bebê de risco, é fundamental envolver a mãe nos programas de intervenção precoce com objetivos de ganho não só para os bebês com atrasos no

desenvolvimento, como também para a família, que pode ter suas necessidades atendidas.

Apesar do presente trabalho ser pertinente foram encontradas algumas limitações, podendo-se considerar para os próximos estudos a utilização de outros instrumentos para avaliar os indicadores emocionais maternos. O instrumento utilizado para avaliar a depressão tem uma variabilidade grande de pontuações para avaliar a ausência da mesma, colocando na mesma situação mãe com pontuações expressivamente diferentes.

Quanto a estudos futuros, propõe-se a continuidade do tema desta investigação, porém identifica-se a necessidade de envolver outras pessoas da família na investigação, uma vez que o comparecimento nos atendimentos de programas de estimulação envolvem condições materiais e de organização da rotina e que envolvem e afetam demais membros da família do bebê.

7.7 REFERÊNCIAS

ABIDIN, R. R. The determinants of parenting behavior. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 21, n. 4, p. 407-412, 1992.

ABIDIN, R. R. **Parenting Stress Index**. 4ª ed. Lutz, Florida: PAR, 2012.

ABIDIN, R. R. **Parenting Stress Index**. 3ª ed. Odessa, Florida: PAR, 1995.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v.7, n.1, p.39-48, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. **Psico**, v. 37, n. 2, p. 151-158, 2006.

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

FERRAZ, S. T. et al. Programa de follow-up de recém-nascidos de alto risco: relato da experiência de uma equipe interdisciplinar. **Revista APS**, v. 13, n. 1, p. 133-139, 2010.

FIGUEIREDO, M. O.; SILVA, R. B. P.; NOBRE, M. I. R. Mães de crianças com baixa visão: compreensão sobre o processo de estimulação visual. **Rev. psicopedag**, v. 28, n. 86, p. 156-166, 2011 .

FIGUEIREDO, B. V. et al. Estresse parental em mães de bebês, crianças, adolescentes e adultos jovens com síndrome de down. **Revista Movimenta**, v. 3, n. 4, p. 1984-4298, 2010.

FRANCISCO, V. L. et al. A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. **Análise Psicológica**, v. 25, n. 2, p. 229-239, 2007.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 1, p. 47-55, 2005.

LEE, P.A. Cognitive and psychosocial development concerns in children born small for gestational age. **Pediatr Endocrinol Rev.**, v.10, n.2, p.209-216, 2012.

LINHARES, M. B. M. et al. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paideia**, v. 10, n. 18, p. 60-69, 2000.

LINHARES, M. B. M. et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. **Paidéia**, v. 13, p. 25, p. 59-72, 2003.

LOPEZ et al. Parental Stress and coping in families of children with and without developmental delays. **Journal on Developmental Disabilities**, v. 14, n. 2, p. 100-104, 2008

MAGGI, A.; PRUX, H. D. S.; PALMA, Y. A. Bebês de risco: a caracterização psicossocial das mães e as possibilidades de intervenções psicológicas. *Aletheia*, v. 30, p. 129-141, 2009.

MATOS, A. M.; LOBO, F. **Impacto de Programa de Seguimento em populações de mães pertencentes a programas assistenciais: resultados preliminares**. In: Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial, VII, 2011, Londrina. Anais do VII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial, Londrina, 2011, p. 1624-1633.

MINETTO, M. F. J. Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. **Educar em Revista**, n. 43, p. 117-132, 2012.

MOTTA, M. da G.; LUCION, A. B.; MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Revista de Psiquiatria RS**, v. 27, n. 2, p. 165-176, 2005.

PADOVANI, F. H. P. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 251-254, 2004.

PADOVANI, F. H. P. **Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré- termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo**. 2005. 155f. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

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. 29-36, 2008.

PINTO, E. B. O. O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 76-85, 2009.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 1, p. 215-226, 2014.

RIBEIRO, M. F. M.; PORTO, C. C.; VANDENBERGHE, L. Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, p. 1705-1715, 2013.

RODRIGUES, O. M. P. R.; BOLSONI-SILVA, A. T. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 1, p. 111-121, 2011.

SASSÁ, A. H. et al. Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 541-549, 2011.

SCHIAVO, R. A. **Presença de stress e ansiedade em primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto**. 2011. 126f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem)-Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Bauru, 2011.

SILVA, J. L. G. V. et al. O impacto da escolaridade materna e a renda per capita no desenvolvimento de crianças de zero a três anos. **Revista Ciências em Saúde**, v. 1, n. 2, p. 62-67, 2011.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: CEPA, 2003.

SPÍNDOLA, B. M.; RODRIGUES, F.; MOREIRA J.; TUON, L. A utilização de grupos de educação em saúde no desenvolvimento motor de bebês prematuros. **Rev. Saúde Públ. Santa Catarina**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 7-21, 2013.

ETAPA 2

A participação no Grupo de Apoio às Famílias e a influência sobre os indicadores de saúde emocional materna

8.1 INTRODUÇÃO

A literatura tem referendado a relevância da família para o desenvolvimento das potencialidades cognitivas, sociais e emocionais da criança (FORMIGA; PEDRAZZANI; LIMA, 2004; FRAGA et al., 2008; GRAMINHA; MARTINS, 1997; LINHARES et al., 2000; LINHARES, 2003). A família é primordial para a estruturação de um contexto propício para o desenvolvimento. A importância das relações familiares para crianças de risco ou com deficiência torna-se ainda mais evidente, uma vez que envolve uma experiência inesperada e a necessidade de mobilização de recursos para a adaptação à nova situação (FIAMENGHI JR.; MESSA, 2007; PEREIRA-SILVA; DESSEN, 2006).

Silva e Ramos (2014) desenvolveram um estudo junto a pais de crianças com deficiência, objetivando identificar as reações e sentimentos experimentados por ocasião do nascimento. Os resultados apontaram que os sentimentos relatados com maior frequência foram choque, negação, culpa e tristeza frente ao diagnóstico.

Cabe considerar que a sobrecarga decorrente dos cuidados necessários ao bebê de risco pode ocasionar instabilidade emocional nos familiares. Estudos têm demonstrado que a saúde emocional materna, quando prejudicada, pode contribuir para alterações no desenvolvimento da criança (FLORES et al., 2013; FRIZO; PICCININI 2007; BIGRAS; LEMAY; BRUNSON, 2012).

Nesse sentido, a boa saúde emocional da mãe é considerada fator de proteção e a ênfase em estratégias de intervenção psicológica para as mães de bebês com riscos ao desenvolvimento, pode favorecer maior enfrentamento às dificuldades e a adaptação à situação diminuindo, assim, a probabilidade de consequências adversas para o desenvolvimento da criança (LINHARES, 2003). Feijó (1998) destaca que embora, o foco dos programas de intervenção seja o bebê, evidencia-se a necessidade de um atendimento sistemático às mães dos bebês pré-termos e referenda que este apoio pode atuar positivamente na interação com o filho, nos cuidados com o mesmo e, conseqüentemente, influenciará no desenvolvimento do bebê e à si mesma. A autora analisou o papel de duas intervenções realizadas, a estimulação tátil e fala afetiva na interação de 12 díades mãe e bebê pré-termo, a análise qualitativa apontou resultados positivos em relação a interação mãe-bebê para ambas as intervenções.

Guralnick (1997) destaca a contribuição da intervenção precoce como um componente importante junto à família de crianças com deficiência, tornando-a mais competente para solucionar os problemas diários. Formiga, Pedrazzani e Lima (2004) apontam que os programas de intervenção centrados apenas na criança têm demonstrado menor eficácia quando comparados às intervenções centradas na família. As autoras atribuem tal resultado à presença e ao envolvimento da família nos cuidados com o bebê e ao estabelecimento de um vínculo positivo, resultando em maior probabilidade de desenvolvimento adequado.

Falkenbach, Drexler e Werler (2008) analisaram a participação de pais de crianças com deficiência em grupo de pais. Os resultados apontaram aspectos positivos como a revisão dos conceitos, a valorização das habilidades do filho e efeitos na autoestima interferindo diretamente no padrão educativo utilizado.

Diante destes dados, como é apontado por Barbosa e Oliveira (2008), considerar como foco nas intervenções o bebê e a família, possibilita ampliar suas estratégias de enfrentamento diante das condições adversas, favorecendo aos seus membros o acesso a informações e recursos que promovem uma atitude ativa na busca da melhoria da qualidade de vida.

No presente trabalho, o Programa de Estimulação Essencial avaliado contempla o atendimento à família e envolve duas estratégias realizadas pela área de Psicologia da Instituição SORRI-BAURU: o Programa de Apoio às Famílias e a Intervenção Psicológica Individualizada. O Programa de Apoio às Famílias apresenta como objetivo favorecer estratégias de enfrentamento, estimular a expressão de sentimentos e o reconhecimento da possibilidade de adaptação à situação, orientar como lidar com o bebê (manusear, cuidar, brincar e estimular de acordo com suas capacidades), promover a confiança dos familiares para trabalhar com a criança em casa e aprender a identificar os seus progressos. Os atendimentos são realizados em grupo, em consonância com os apontamentos de Linhares et al. (2000), pois credita-se a esta forma de intervenção a possibilidade da troca de experiências e do compartilhamento de preocupações, além da realização de orientações que auxiliam no enfrentamento satisfatório deste período.

A Intervenção Psicológica Individualizada é uma estratégia voltada às demandas específicas dos cuidadores, especialmente as mães. A equipe, ao identificar a necessidade, encaminha a mãe para a avaliação psicológica e nesta é analisada a demanda emocional, podendo ser indicada quando os conteúdos do Programa de Apoio não se mostram suficientes para a elaboração das dificuldades afetiva-emocionais. Neste contexto, também é realizada a avaliação psiquiátrica e indicado o seguimento quando houver necessidade.

Assim, analisar os efeitos dos Programas voltados à família, a partir dos indicadores emocionais de estresse, ansiedade e depressão maternos, pode auxiliar na elaboração de estratégias mais eficientes para auxiliar os pais, especialmente nas problemáticas que poderiam interferir na sua relação com o filho, influenciando seu desenvolvimento.

8.2 OBJETIVOS

- 1- Descrever e comparar os indicadores de depressão, estresse parental e ansiedade das mães antes e depois da participação no Programa de Apoio às Famílias.
- 2- Comparar os indicadores de depressão, estresse parental e ansiedade das mães dos grupos de bebês com risco severo (Grupo 1) e das mães dos grupos de bebês com risco moderado (Grupo 2) ao desenvolvimento antes e depois da participação no programa.
- 3- Comparar os indicadores de depressão, estresse parental e ansiedade das mães considerando sua participação (Grupo A) em Programa de Apoio às Famílias e a participação neste e nos demais serviços de Psicologia e Psiquiatria (Grupo B), antes e depois da participação no programa.

8.3 MÉTODO

8.3.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 36 mães de bebês de risco, participantes do Programa de Apoio às Famílias, estratégia da psicologia, parte do Programa de

Estimulação Essencial da SORRI-BAURU, no período compreendido entre agosto de 2013 e outubro de 2014.

Para a participação foram considerados os seguintes critérios: para os bebês: idade até 1 ano e 11 meses com nascimento pré-termo com idade gestacional abaixo de 37 semanas e/ou com diagnóstico de síndromes e ou deficiência de acordo com a definição do CID-10, utilizando ou não aparelhos de uso contínuo como oxigenoterapia, ventilação mecânica não invasiva, traqueostomia e/ou gastrostomia¹.

8.3.2 Local

A coleta de dados ocorreu em uma sala do setor de Psicologia, do Centro de Reabilitação SORRI-BAURU, situado na cidade de Bauru, estado de São Paulo.

8.3.3 Materiais

Formulário Sociodemográfico e Clínico

O Formulário Sociodemográfico e Clínico (Anexo 3) foi elaborado especialmente para este estudo, consistindo de um formulário para obtenção de dados que permitiram caracterizar o bebê e a mãe no que se refere aos aspectos sociodemográficos e clínicos do bebê (sexo, idade ao iniciar o Programa de Estimulação, peso no nascimento, idade gestacional em semanas, diagnóstico, utilização de aparelhos de uso contínuo, ordem do nascimento e serviços utilizados) e da mãe (idade, estado civil e escolaridade).

Índice de Stress Parental (PSI)

Para avaliar o estresse parental foi utilizado o Índice de Stress Parental “PSI-4 Short Form”, autorizado pelo autor (ABIDIN, 2012). O instrumento é constituído por 36 questões divididas em três domínios, o primeiro deles denominado “Angústia dos pais” (PD), que determina o nível de angústia que a mãe experiencia em seu papel de mãe, em função de fatores pessoais que estão diretamente relacionados com a parentalidade. O outro domínio compreende a “Disfuncionalidade na interação mãe-filho” (P-CDI), o qual foca na percepção materna de que a criança não vai de encontro com suas expectativas e no fato das interações com a criança não estarem reforçando elas como mãe. O terceiro domínio, denominado “Criança difícil” incide sobre algumas das características comportamentais básicas das crianças que tornam fácil ou difícil administrá-las. O Estresse total corresponde a uma identificação do nível geral de estresse de um indivíduo e a sua pontuação reflete o estresse relatado nos três domínios acima citados.

As respostas do teste são ajustadas a uma escala do tipo Likert: concordo completamente (1), concordo (2), não tenho certeza (3), discordo (4), e discordo completamente (5); são corrigidas pontuando-as de forma invertida, ou seja, quem responde 1 pontua 5, 2 pontua 4, e assim por diante. O índice de estresse parental foi calculado somando-se as respostas das mães obtendo-se um escore bruto e este transformado em porcentagem obtendo-se o índice de estresse vivenciado por elas. A pontuação pode ser convertida em percentil e quanto maior o percentil, maior o estresse. Os percentis que estão entre zero e 15% significam ausência de estresse, os que estão entre 16 e 84% significam estresse normal, entre 85 e 90% estresse alto e acima de 90% estresse clinicamente significativo.

É importante ressaltar que esse instrumento tem sido usado em outras investigações, no contexto brasileiro, mostrando-se bastante adequado, como, por exemplo, na pesquisa da relação entre o estresse parental e comportamento exteriorizado em crianças (DESSEN; SZELBRACIKOWSKI, 2004, 2006).

Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE

A ansiedade foi avaliada pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que foi elaborado por Spielberger, Gorsuch e Lushene (2003). Ele é de auto-aplicação, recomendado para jovens e adultos. O inventário é composto de duas escalas distintas, elaboradas para medir dois conceitos distintos de ansiedade: estado de ansiedade (A-Estado) e traço de ansiedade (T-traço). Os autores definem o estado de ansiedade como uma situação emocional transitória ou condição do organismo humano em que há sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, havendo um aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Já o traço de ansiedade é definido por estes autores como as diferenças individuais de propensão á ansiedade, caracterizada pela tendência de reagir a situações ameaçadoras com elevação de intensidade no estado de ansiedade. A folha de resposta contém 20 afirmações que requerem que o sujeito assinale aquela que descreva como geralmente se sente e outras 20 afirmações, que requerem que o sujeito assinale como se sente em determinado momento, em uma escala Likert, variando de 1 (absolutamente não) a 4 (muitíssimo), para a escala A-Estado e variando de 1 (quase nunca) a 4 (quase sempre), para a escala A-Traço. As participantes responderam a cada item do instrumento, circulando o número apropriado à direita de cada afirmação na folha de respostas. A fidedignidade de teste- reteste da escala A-Traço deste instrumento é relativamente alta (oscilando entre 0,73 e 0,86). Já a

fidedignidade de teste-reteste para a escala A- Estado foram relativamente baixas (oscilando entre 0,16 e 0,54), como se espera de uma medida a ser influenciada por fatores situacionais. Ambas as escalas (A- Traço e A- Estado) tem alto grau de consistência interna, considerando a variação do *alfa de Cronbach* de 0,63 a 0,92 para A- Estado (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

A amplitude de escores possíveis para o IDATE varia de um mínimo de 20 a um máximo de 80 pontos, em ambas as subescalas (A-traço e A-estado), conforme descrito no manual (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 2003). Tanto para os indicadores de Ansiedade-Traço quanto para os de Ansiedade-Estado utilizou-se o critério de corte de escore igual ou acima do percentil 75 (ou escore 48) para definir sintomas de Ansiedade Clínica, que na tabela do manual se refere à população brasileira. Há, na literatura, estudos que utilizaram este mesmo critério para definir Ansiedade Clínica (PADOVANI et al., 2004; PADOVANI, 2005; PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008; SCHIAVO, 2011). As participantes que não atingiram escores acima do percentil 75 foram definidas como sintomas de Ansiedade Controlada, definição também já utilizada na literatura (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; SCHIAVO, 2011).

Escala Baptista de Depressão – EBADEP-A

A EBADEP-A (BAPTISTA, 2012), versão adulto, é um instrumento construído no Brasil, de rastreio de sintomatologia depressiva, direcionado tanto a amostras psiquiátricas quanto a não-psiquiátricas. A escala é constituída por 90 frases, as quais são apresentadas em pares, formando 45 itens. Cada item apresenta um indicador de sintomatologia com uma frase de cunho positivo e outra de cunho negativo.

A EBADEP-A é estruturada em formato *Likert* com a possibilidade de um escore total de 135 pontos que é obtido por meio da soma dos 45 itens do teste, cada um deles com quatro alternativas que podem pontuar zero, um, dois ou três pontos. A partir das pontuações normativas do instrumento, os resultados podem ser classificados em sintomatologia leve, moderada e severa. As pontuações entre 0 e 59 não são consideradas como indicativas de sintomas depressivos, as pontuações entre 60 e 76 indicativas de sintomas leves, de 77 a 110 indicativas de sintomas moderados e de 111 a 135 indicam sintomas depressivos graves. Para sua interpretação, considera-se quanto menor a pontuação, menor sintomatologia em depressão.

8.3.4 Procedimento para a coleta de dados

No primeiro atendimento na instituição, o protocolo prevê uma Avaliação Global da criança com a equipe composta pelas áreas de Neurologia, Psicologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia para a realização de entrevistas, aplicação de testes e escalas para realizar o diagnóstico e fazer os encaminhamentos aos profissionais necessários. Em seguida, o projeto foi apresentado para as mães de bebês até um ano e onze meses e estas foram convidadas a participarem do mesmo. Após a concordância, os participantes assinaram o Termo de Consentimento no qual constavam todas as informações sobre este estudo. Foram aplicados individualmente o Formulário Sociodemográfico e Clínico e os instrumentos para a avaliação dos indicadores emocionais. As aplicações ocorreram em horários previamente agendados e em local livre de estímulos garantindo a privacidade dos participantes. Durante a aplicação, a pesquisadora permaneceu no local para responder às dúvidas ou ler o material para a

mãe quando necessário. Após a aplicação dos instrumentos as mães receberam informações sobre o Programa de Estimulação Essencial e foram motivadas para a adesão ao mesmo.

O Programa de Apoio às Famílias desenvolvido pela área de Psicologia é composto por oito encontros, com frequência semanal e duração de uma hora cada encontro. O atendimento é realizado em grupo com número máximo de seis mães / cuidadores. A estratégia do Grupo é a Focal, assim a condução é realizada a partir de um roteiro de tópicos, seleção dos participantes por meio das suas características em comum e focado em discussões e interações entre os participantes (IERVOLINO E PELICIONI (2001).

8.3.4.1 Programa de Apoio às Famílias – Área Psicologia

Sessão	Objetivos	Atividades desenvolvidas
1	-Promover a expressão dos sentimentos frente à criança idealizada para a criança com risco ao desenvolvimento. -Verificar sentimentos e dificuldades e interferências na relação com o filho. -Favorecer o reconhecimento da possibilidade de adaptação à situação.	- Dinâmica de apresentação “A escolha do nome“, discussão sobre as expectativas antes do nascimento do bebê. -Leitura de relatos de pais de crianças nascidas com fatores de risco. -Exposição sobre as fases de reações possíveis após o diagnóstico na perspectiva da família. -Incentivo à expressão de vivências e sentimentos, conclusão com novas possibilidades e aspectos positivos decorrentes das novas vivências.
2	- Favorecer o afeto e a estimulação.	-Slides com imagens e dados de pesquisas sobre: as condições do bebê no útero, o nascimento, as primeiras experiências sensoriais, a voz e o olhar da mãe/cuidador, o contato, o acalento, o carinho, a importância do afeto para o desenvolvimento emocional e físico. - Dinâmica: Frases para completar envolvendo sentimentos em relação ao filho, habilidades do bebê e rotina.
3	- Diminuir sofrimento emocional, fortalecer a mãe. - Favorecer escolhas assertivas em relação a rotina: volta ao trabalho ou deixar o emprego, alterações na em horários e atividades diárias, creche, escolinha, casa de cuidador, babá, ajustes no relacionamento	- Dinâmica “Qualidades”. -Discussão em relação a habilidades, perdas e ganhos frente ao papel de mãe. -Dicas práticas e material impresso entregue à respeito de estresse, ansiedade, depressão, resiliência, cuidados com a saúde- alimentação,

	com companheiro. - Favorecer a qualidade de vida da família.	atividade física, sono, lazer; alternativas para lidar com a sobrecarga de tarefas/cuidados com a criança. - Incentivo à troca de experiências entre as famílias.
4	-Promover a valorização dos aspectos positivos e agradáveis do cuidar. -Favorecer o desenvolvimento e cuidados com o bebê.	-Exposição dos tipos de papéis vividos pelos pais nos cuidados e brincadeiras, identificação das famílias com um tipo de papel, iniciando-se a discussão em grupo. -Vídeos, imagens e orientações sobre os cuidados com os dentes e gengivas, troca de fraldas, higiene. -Imagens a respeito da importância da rotina para o bebê, dicas práticas envolvendo melhor horário, rituais, materiais, vestuário adequado e segurança para favorecer a hora de dormir, do banho, do brincar e do passeio.
5	-Favorecer o desenvolvimento e cuidados com o bebê. -Promover bem estar para família e para o bebê no momento da alimentação.	- Atendimento compartilhado com profissional da área de nutrição: receitas e preparo dos primeiros sucos e papinhas, frutas, cuidados na alimentação. -Em casos que utilizam via alternativa de alimentação: dietas específicas, sonda, como prevenir a desnutrição, higiene. - Dicas práticas sobre atitudes assertivas para lidar com a alimentação do bebê.
6	-Favorecer o desenvolvimento e estimulação dos aspectos cognitivos e sociais do bebê. - Estimular maneiras adequadas para lidar com problemas de comportamento.	-Imagens, dicas práticas a respeito de atividades para a comunicação, brinquedos e objetos para favorecer o desenvolvimento, música para bebês. -Orientações prévias sobre retirada da mamadeira e da fralda, entrega do Treino impresso para as famílias. - Exercícios de situações que envolvem comportamentos externalizantes das crianças, consequências diante das alternativas de reações dos pais.
7	-Favorecer o vínculo do bebê com o pai, avós, irmãos e/ou outras pessoas da família.	-Exposição dialogada sobre o vínculo pai e bebê, preocupações comuns do pai, ausência do pai, os outros filhos e cuidados com os outros filhos, avós, pessoas significativas. -Situações enfrentadas e maneiras para lidar com as visitas ao bebê. -Incentivo à troca de experiências entre as famílias.
8	-Favorecer o vínculo afetivo, o acolhimento das condições da criança.	-Vivência família e bebê. -Entrega de material impresso – brincadeiras, receitas de como fazer brinquedos reutilizando materiais ou objetos que todos possuem em casa, caixa das cores, das formas, dos sons e das texturas. -Leitura e reflexão do texto: “Bem-vindo à Holanda”.

Após a participação da mãe no Programa de Apoio às Famílias, do setor de Psicologia, que aconteceu em um período mínimo de dois meses, parte do Programa de Estimulação Essencial, foi realizada a reaplicação dos instrumentos (PSI, IDATE e EBADEP-A) nas mesmas condições da primeira aplicação. Participaram das duas coletas as mães que participaram de, pelo menos, 80% dos encontros.

8.3.5 Procedimento para a análise dos dados

As respostas ao Formulário Sociodemográfico e Clínico foram devidamente contabilizadas e os dados foram utilizados para a descrição das participantes e seus filhos (Tabelas 1 e 2).

Em algumas análises estatísticas, utilizou-se a pontuação bruta, para comparação entre grupos.

As análises foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico SPSS – Versão 22.0. Os escores obtidos nos diversos instrumentos foram analisados descrevendo os diferentes indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão para a amostra avaliada. Também foram comparados os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão considerando as variáveis: gravidade da condição e da participação (ou não) em outros serviços de apoio, coletados antes e depois da participação no programa, utilizando o Teste t, de Student.

8.4 RESULTADOS

8.4.1 Dados Sociodemográficos

A Tabela 1 descreve os dados dos bebês, filhos das mães participantes deste estudo. Quanto ao sexo, 61% eram meninas e, quanto à idade, 47% estavam na faixa etária de 0 a 3 meses de idade ao iniciar o Programa e apenas 8,5% de bebês acima de um ano iniciaram o Programa de Estimulação Essencial (idade mínima: 1 mês, idade máxima 21 meses e média: 5,8 meses).

Tabela 1: Caracterização dos bebês, filhos das participantes.

Dados dos bebês	Total	n=36
Sexo dos bebês		
Masculino	14	39%
Feminino	22	61%
Idade Gestacional		
Igual ou maior que 37 semanas	9	25%
De 35 a 36 semanas	8	22%
Igual ou menor que 34 semanas	19	53%
Sem informação	0	
Peso no nascimento		
Acima de 2501 g	14	39%
De 2001 a 2500 g	5	14%
De 1501 a 2000 g	6	17%
Abaixo de 1500 g	11	30%
Sem informação	0	
Idade de início no programa		
De 0 a 3 meses	17	47%
De 4 a 6 meses	9	25%
De 7 a 9 meses	4	11%
De 10 a 12 meses	3	8,5%
Acima de 13 meses	3	8,5%
Ordem do Nascimento		
Primeiro ou único	14	39%
Segundo ou mais	13	36%
Gemelar	9	25%
Diagnóstico		
Condição de risco severa	25	69%
Condição de risco moderada	11	31%
Aparelho de uso contínuo		
Não usa	30	83%
Usa	6	17%
Áreas de atendimento do bebê		
Equipe mínima	16	44,5%
Equipe mínima + Complementar	20	55,5%

Considerando a idade gestacional, 75% dos bebês nasceram pré-termo, constatando-se 61% dos bebês com peso no nascimento abaixo de 2500 g. Na amostra estudada, 25% eram gemelares, 69% classificados com comprometimento severo e 17% com utilização de aparelhos de suporte à vida. Quanto às áreas de atendimento, 55,5% dos bebês necessitaram, além dos atendimentos da equipe mínima, das áreas complementares, com Fisioterapia especializada no sistema respiratório, Fonoaudiologia em disfagia, Medicina em fisiatria e ou Ortopedia.

A Tabela 2 mostra os dados referentes às mães. Quanto ao estado civil 78% das mães eram casadas ou amasiadas. Considerando a idade observa-se que 53% das mães tinham mais de 30 anos de idade (idade mínima: 19, máxima: 39 e média: 28,8). Referente à escolaridade, 58,5% das mães participantes completaram o ensino médio ou superior. Quanto ao atendimento psicológico ou psiquiátrico, 42% das mães fizeram uso destes serviços.

Tabela 2: Caracterização das mães participantes.

Dados das mães	Total	
	n=36	%
Estado Civil da mãe		
Amasiada + casada	28	78%
Solteira + separada	8	22%
Sem informação	0	0
Idade da mãe		
De 15 a 29 anos	17	47%
Acima de 30 anos	19	53%
Escolaridade das mães		
Fundamental incompleto + médio incompleto	12	33,5%
Médio + ensino superior	21	58,5%
Não informado	3	8%
Áreas de atendimento da mãe-complementar		
Psicologia foco desenvolvimento	21	58%
Psicologia+Psiquiatria (uso de medicação)	15	42%

8.4.2 Análise dos indicadores de saúde emocional de todas as participantes

Os resultados serão apresentados inicialmente descrevendo os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão das mães, antes e depois da participação no Programa de Apoio às Famílias, do Programa de Estimulação Essencial. Em seguida serão apresentados os dados relativos a comparação dos indicadores de depressão, estresse parental e ansiedade das mães dos grupos de bebês com risco severo (Grupo 1) e das mães dos grupos de bebês com risco moderado (Grupo 2) ao desenvolvimento antes e depois da participação no programa. Outra análise será feita comparando o estresse parental, ansiedade e depressão das mães considerando sua participação em Programa de Apoio às Famílias (Grupo A) e participação em outros serviços de Psicoterapia e Psiquiatria (Grupo B) antes e depois da participação no programa.

8.4.2.1 Índice de Stress Parental - PSI-4 Short Form

A Escala PSI avaliou os seguintes domínios do estresse parental: Angústia dos pais (PD); Disfuncionalidade na interação mãe-filho (P-CDI); Criança difícil (DC) e o Estresse total (TS). A Tabela 3 mostra a distribuição das participantes em cada domínio, nas duas aplicações dos instrumentos, antes e depois do Programa de Apoio às Famílias. Os dados foram quantificados seguindo as normas contidas no manual do teste e classificados em ausência de estresse (até Percentil 15), estresse normal (Percentil de 16 a 84), estresse alto (Percentil de 85 a 89) e estresse clínico (Percentil 90 ou mais).

Observa-se que em Angústia Parental 67% das mães antes da participação no Programa apresentaram ausência de estresse ou estresse normal enquanto que 78% das

mães mantiveram esses índices após a participação. Em Disfuncionalidade na Interação mãe-filho, 94% das mães apresentaram ausência de estresse ou estresse normal antes da inserção no Programa, já após as intervenções 3% das mães ainda apresentaram indícios de estresse alto ou clínico. Em Criança Difícil, 89% das mães apresentaram ausência de estresse e estresse normal antes da participação no Programa e após este, o índice passou para 94,5%. Em relação ao índice de Estresse Total, considerando o percentil de acordo com as normas contidas no Manual do PSI, 92% das mães participantes mantiveram-se com ausência de estresse e estresse normal em 92%.

Tabela 3. Distribuição das mães participantes de acordo com o **percentil** obtido no Índice de Stress Parental PSI.

	Ausência de estresse (até P 15)				Estresse Normal (P 16 a 84)				Estresse Alto (P 85 a 89)				Estresse Clínico (P 90 ou mais)			
	Pré		Pós		Pré		Pós		Pré		Pós		Pré		Pós	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Angústia parental	10	28	17	47	14	39	11	31	1	3	3	8	11	30	5	14
Disfuncionalidade interação mãe- filho	17	47	19	53	17	47	16	44	0	0	0	0	2	6	1	3
Criança difícil	18	50	29	80,5	14	39	5	14	0	0	0	0	4	11	2	5,5
Estresse Total	12	33,5	21	58,5	21	58,5	12	33,5	0	0	0	0	3	8	3	8

A Tabela 4 aponta os resultados médios brutos obtidos no PSI, antes e depois da participação no Grupo de Apoio às Famílias. Os resultados apontam médias mais altas na primeira avaliação e diferenças significantes no que se refere aos dados após a participação no Programa em relação aos domínios Angústia Parental, Criança Difícil e Estresse Total.

Tabela 4. Análises estatísticas (Teste t), Média e Desvio Padrão dos resultados obtidos pelas mães nas aplicações antes e depois da participação em Programa de Apoio às Famílias, no Índice de Stress Parental – PSI.

PSI	Média (DP) Pré		Média (DP) Pós		P
	Média	DP	Média	DP	
Angústia Parental	29,6	14,1	23,9	14,1	0,012
Disfuncionalidade na interação mãe-filho	17,8	7,6	16,6	5,8	0,338
Criança difícil	21,3	10,0	16,2	7,6	0,000
Estresse total	67,4	27,3	56,8	24,4	0,009

8.4.2.2 Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE

A Escala de Ansiedade – Estado avaliou como os sujeitos se sentem no momento e a Ansiedade-Traço como eles se sentem geralmente. Para análise dos dados foram considerados percentis iguais ou acima de 75 como indicativos de ansiedade clínica. A Tabela 5 mostra que 81% das participantes na pré avaliação não apresentaram Ansiedade Estado e depois da participação no Programa este índice estava em 94,5%. A pré avaliação da Ansiedade Traço demonstrou 47% das participantes em nível clínico e a avaliação pós participação no Programa apontou 8% das mães neste nível de ansiedade.

Tabela 5. Distribuição das mães de acordo com os resultados obtidos no Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE, antes e depois da participação no Programa de Apoio às Famílias.

	Até Percentil 74				Percentil 75 ou mais			
	Pré		Pós		Pré		Pós	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedade – Estado	29	81	34	94,5	7	19	2	5,5
Ansiedade – Traço	19	53	33	92	17	47	3	8

A Tabela 6 mostra a pontuação média da Ansiedade Estado superior na pré avaliação, contudo a diferença em relação à pós avaliação não foi estatisticamente significativa. Comparando a Ansiedade Traço antes e depois da participação no Programa, a pontuação média inicial é estatisticamente diferente e maior que a avaliação final.

Tabela 6. Análises estatísticas (Teste t), Média e Desvio Padrão dos resultados obtidos pelas mães nas aplicações antes e depois da participação em Programa de Apoio às Famílias, no Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE.

IDATE	Pré		Pós		<i>p</i>
	média	Dp	Média	Dp	
Estado	32,11	11,97	29,16	11,03	0,285
Traço	44,27	16,96	30,69	10,06	0,000

(teste t Student)

* - diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

8.4.2.3 Escala Baptista de Depressão Versão Adulto - EBADEP-A

O EBADEP-A avaliou os sintomas de depressão por meio da soma das pontuações obtidas no inventário. Em relação aos indicadores de depressão, no pré-teste 75% não relataram sintomas indicativos de depressão e após a participação no Programa 94% não manifestaram indícios de humor deprimido (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição das mães participantes, antes e depois da participação no Programa de Apoio às Famílias, de acordo com a pontuação obtida na escala de depressão EBADEP-A.

	Sem depressão (0 a 59 pontos)		Sintomas leves de depressão (60 a 76 pontos)		Sintomas moderados de depressão (77 a 110 pontos)		Sintomas graves de depressão (111 a 135 pontos)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pré	27	75	5	14	4	11	0	0
Pós	34	94	2	6	0	0	0	0

Conforme a Tabela 8, comparando a pontuação obtida no EBADEP-A entre os dois momentos, antes e depois da participação no Grupo de Pais, observaram-se resultados significativamente menores em relação a aspectos voltados a depressão, após a realização do Grupo.

Tabela 8. Análises estatísticas (Teste t), Média e Desvio Padrão dos resultados obtidos pelas mães nas aplicações antes e depois da participação em Programa de Apoio às Famílias, na Escala Baptista de Depressão – EBADEP-A.

EBADEP-A	Pré		Pós		<i>p</i>
	média	Dp	Média	Dp	
Depressão	39,08	27,05	18,27	21,75	0,000

(teste t Student)

* - diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

8.4.3 Análise da influência da gravidade da condição sobre os indicadores de estresse, ansiedade e depressão

Para cada um dos instrumentos serão apresentados os dados do Grupo 1, com gravidade severa e Grupo 2, com gravidade moderada, antes e depois da participação no Programa de Apoio às Famílias.

8.4.3.1 Índice de Stress Parental - PSI-4 Short Form

A Tabela 9 mostra os resultados obtidos antes e depois da participação das mães no Programa, em relação ao índice de estresse, considerando a condição de gravidade ao risco. Em uma comparação intragrupal, como demonstrado na Tabela 9, antes e depois do Programa, constata-se para os dois Grupos, diminuição nas médias em todos os domínios. Em relação ao Grupo 1, observou-se diferença significativa no domínio Criança Difícil ($p=0,002$) e uma tendência para o Estresse Total ($p=0,098$). Para o Grupo 2 observou-se diferença estatística nos domínios Angústia dos Pais ($p=0,032$) e Estresse Total ($p=0,018$).

Tabela 9. Comparação dos resultados obtidos no Índice de Stress Parental - PSI para cada grupo: Pré e Pós-teste.

	Pré		Pós		<i>p</i>
	Média	DP	Média	DP	
Angústia dos pais					
Grupo 1	31,04	13,84	26,20	15,75	0,101
Grupo 2	26,63	15,13	18,81	8,01	0,032
Disfuncionalidade na interação mãe-filho					
Grupo 1	18,28	7,26	17,40	6,57	0,556
Grupo 2	16,90	8,73	14,90	3,33	0,441
Criança difícil					
Grupo 1	22,48	10,12	17,32	8,91	0,002
Grupo 2	18,81	9,93	13,72	2,32	0,105
Estresse Total					
Grupo 1	69,64	28,52	60,92	27,52	0,098
Grupo 2	62,36	24,86	47,45	11,61	0,018

(teste t Student)

8.4.3.2 Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE

A Tabela 10 apresenta a comparação dos resultados dos Grupos 1 e 2, nas duas aplicações, antes e depois do programa, considerando os componentes Ansiedade Estado e Ansiedade Traço. Observa-se nos dois grupos, ainda que com médias menores na segunda aplicação do IDATE, não apresentou diferenças significantes em relação a estado de ansiedade entre as duas aplicações. Em Ansiedade Traço observou-se médias estatisticamente menores tanto no Grupo 1 como no Grupo 2.

Tabela 10 – Resultado obtidos no Inventário de Ansiedade - IDATE, considerando a pontuação média, comparando as fases Pré e Pós.

Ansiedade	Pré		Pós		P
	Média	Dp	Média	Dp	
Estado G1	29,90	13,11	26,90	5,73	0,471
Traço G1	47,40	16,73	33,32	10,82	0,000
Estado G2	33,08	11,58	30,16	12,66	0,417
Traço G2	37,18	15,97	24,72	4,17	0,025

(teste t Student)

* - diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$)

8.4.3.3 Escala Baptista de Depressão Versão Adulto - EBADEP-A

A Tabela 11 apresenta os resultados para cada grupo antes e depois da participação no Programa de Apoio às Famílias. Levantaram-se médias menores na segunda aplicação e diferença estatisticamente significante para os dois grupos em relação à depressão.

Tabela 11. Resultados para cada um dos grupos, de acordo com a escala de depressão - EBADEP-A, antes e depois da participação no Programa de Apoio às Famílias.

EBADEP-A	Pré		Pós		<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp	
Grupo 1	42,08	23,94	23,04	24,45	0,000
Grupo 2	32,27	33,34	7,45	5,92	0,037

(teste t Student)

* - diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

8.4.4 Análise da influência da participação da mãe em outros serviços sobre os indicadores de estresse, ansiedade e depressão

Para cada um dos instrumentos serão apresentados os dados do Grupo A, que só participou do Programa de Apoio às Famílias, antes e depois da participação neste e do Grupo B, de mães que participaram de outros serviços de Psicologia (atendimento individual) ou da Psiquiatria (tratamento medicamentoso).

8.4.4.1 Índice de Stress Parental - PSI-4 Short Form

A Tabela 12 mostra os resultados obtidos antes e depois da participação das mães no Programa de Apoio às Famílias, em relação ao índice de estresse. Em uma comparação intragrupal, antes e depois do programa constatou-se para os dois grupos, diminuição nas médias em todos os domínios. Todavia no Grupo A observou-se diferença significativa para Estresse Total ($p=0,043$) e uma tendência para Angústia dos Pais ($p=0,058$) e Criança Difícil ($p=0,059$). Em relação ao Grupo B constatou-se diferença significativa em relação a Criança Difícil ($p=0,039$). Todavia, comparações

entres os grupos no pré e no pós teste não indicaram diferenças significantes entre eles em nenhum dos domínios avaliados.

Tabela 12. Resultado para cada um dos grupos, de acordo com os resultados do Índice de Stress Parental - PSI, antes e depois da participação no programa.

	Pré		Pós		<i>p</i>
	Média	DP	Média	DP	
Angústia dos pais					
Grupo A	26,19	13,51	21,00	14,03	0,058
Grupo B	34,60	14,06	28,06	13,72	0,114
<i>p</i>	0,079		0,142		
Disfuncionalidade na interação mãe-filho					
Grupo A	16,09	5,35	15,23	5,71	0,590
Grupo B	20,33	9,68	18,60	5,61	0,430
<i>p</i>	0,102		0,089		
Criança difícil					
Grupo A	20,57	10,76	16,38	8,19	0,059
Grupo B	28,06	13,72	20,33	9,68	0,039
<i>p</i>	0,213		0,886		
Estresse Total					
Grupo A	62,87	22,46	52,61	25,81	0,043
Grupo B	73,80	32,68	62,66	21,87	0,117
<i>p</i>	0,241		0,229		

(teste t Student)

8.4.4.2 Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE

A Tabela 13 apresenta a comparação dos resultados dos Grupos A e B, nas duas aplicações, antes e depois do programa, considerando os componentes Ansiedade Estado e Ansiedade Traço. Observou-se médias significativamente menores em relação a Ansiedade Traço no Grupo A (mães que só participaram do Programa de Apoio às Famílias), bem como no Grupo B (mães que participaram também de outros serviços de Psicologia e da Psiquiatria). Nas pré aplicações observou-se diferenças estatisticamente significantes entre os grupos tanto em Traço como em Estado entre os Grupos A e B. No pós teste a diferença significativa apareceu somente para Estado.

Tabela 13 – Resultado para cada um dos grupos no Inventário de Ansiedade IDATE, antes e depois da participação no programa.

IDATE	Pré		Pós		<i>p</i>
	Média	Dp	Média	dp	
Estado G A	26,80	4,30	26,85	9,14	0,981
Estado G B	39,53	15,18	32,40	12,86	0,240
<i>p</i>	0,001		0,004		
Traço G A	37,57	15,18	28,33	8,39	0,006
Traço G B	53,66	15,09	33,53	11,74	0,000
<i>p</i>	0,003		0,156		

(teste t Student)

* - diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$)

8.4.4.3 Escala Baptista de Depressão Versão Adulto - EBADEP-A

A Tabela 14 apresenta os resultados para cada grupo antes e depois da participação no Grupo de Pais. Observa-se que para os dois Grupos a diferença foi significativa ($p=0,005$ e $p=0,003$) em relação ao componente depressão. Comparações inter grupos mostraram que tanto no pré como no pós teste as médias do Grupo B foram significativamente maiores.

Tabela 14. Resultado para cada um dos grupos na escala de depressão EBADEP- A, antes e depois da participação no programa.

EBADEP-A	Pré		Pós		<i>p</i>
	Média	Dp	Média	dp	
Grupo A	29,42	22,79	12,19	18,99	0,005
Grupo B	52,60	27,42	26,80	23,11	0,003
<i>p</i>	0,009		0,045		

(teste t Student)

* - diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$)

8.5 DISCUSSÃO

Considerando os dados dos bebês observou-se que as mães procuram e aderem ao serviço logo que o bebê nasce, que são mais meninas do que meninos com incidência maior de bebês prematuros, que necessitam, também, de outros atendimentos. Quanto ao perfil das mães observou-se que a maioria tem união estável, tem mais de 30 anos e escolaridade acima do ensino médio completo. Delas, 42% fizeram uso de outros serviços de Psicologia e/ou Psiquiatria.

Considerando as medidas de estresse materno observou diminuição no percentual de mães com estresse clínico em todas as dimensões analisadas em especial em Angústia Parental (pré 33% e pós 22%). A análise do desempenho médio do grupo indicou diminuição significativa na pontuação média de estresse em todos os domínios mas com diferenças estatisticamente significante em Angústia Parental, Criança Difícil e Estresse Total. Os resultados entre os grupos são semelhantes e complementam os dados encontrados por Baião (2009) que atribuiu entre outros fatores, a diminuição do estresse ao serviço de apoio focado na melhoria da relação mãe e bebê. Figueiredo et al. (2010) em um estudo com mães de crianças e jovens com Síndrome de Down com idade entre seis meses e vinte e seis anos verificaram que 86,1% das mães da amostra não recebiam apoio psicológico, embora apresentassem níveis elevados de estresse, avaliados com o PSI. As autoras destacam os efeitos negativos da ausência da intervenção da psicologia elencando o distanciamento da família da pessoa com deficiência, dificuldades na adaptação e no fortalecimento do vínculo afetivo.

Os resultados relacionados à Ansiedade Estado e Traço mostraram, também, diminuição no percentual de mães com ansiedade em nível clínico, especialmente em Ansiedade Traço, de 47% das mães no pré, para 8% delas no pós. A pontuação média

em Ansiedade Traço apresentou diferença estatisticamente significativa quando avaliada depois da participação no Programa. Os dados obtidos são diferentes dos de Fraga et al. (2008), que encontrou redução significativa na ansiedade estado, mas não em Traço. Uma hipótese levantada é que a vivência da condição do bebê pode ter desenvolvido nas mães deste estudo a Ansiedade Traço, que a participação no Grupo pode ter ajudado a minimizar, auxiliando-as na lida com os desdobramentos da condição do seu filho.

Os dados relacionados à depressão, avaliada pelo EBADEP-A apontam para uma sensível diminuição do percentual de mães com depressão na segunda aplicação, pós Programa. Também, observou-se diferença significativa entre a pontuação média da primeira e da segunda aplicação. Ravn (2012) analisou os efeitos de uma intervenção realizada com mães de bebês prematuros. Entre os resultados encontrados estão a diminuição da depressão, a melhoria na interação entre as mães e os bebês e a prorrogação do período de amamentação e a redução do índice de depressão das mães participantes.

A gravidade da condição da criança pode ser um fator de estresse, ansiedade e depressão materna. Com o objetivo de analisar o impacto da participação no Programa considerando a condição da criança as mães foram divididas em dois grupos: mães de bebês com condição de saúde severa e mães de bebês com saúde moderada. Comparando os dados das duas aplicações conduzidas observou-se diminuição das médias em todos os domínios para os dois grupos. Todavia, para o Grupo 1 observou-se diferença estatisticamente significativa no domínio Criança Difícil e, entre as mães do Grupo 2, em Angústia dos Pais e no Estresse Total.

Considerando as medidas de ansiedade, para os dois grupos não observou-se mudanças significativas em Ansiedade Estado depois da participação no Programa. Porém, ainda que o Grupo 2 apresentasse, tanto no pré, como no pós, médias menores

em Traço, as diferenças foram estatisticamente significantes para os dois grupos. Em depressão, os dois grupos também apresentaram diferenças significantes nas médias obtidas antes e depois da participação no programa.

As análises dos dados pré e pós participação no Programa também foram realizadas dividindo as mães entre as que só participaram do Programa (Grupo A) e as que participaram também de outros tipos de serviços para atender demandas específicas e pessoais (Grupo B). As análises dos dados de estresse mostram que as mães do Grupo B tiveram médias maiores em todos os domínios, indicando a necessidade de um cuidado maior. Este dado é reforçado pelas mudanças observadas antes e depois do programa. As mães do Grupo A, que participaram somente do programa tiveram médias significativamente menores na segunda aplicação do PSI, em três dos quatro domínios avaliados (Angústia dos Pais, Criança Difícil e Estresse Total) enquanto as mães do Grupo B somente no domínio Criança Difícil. Ainda que estejam participando de outros serviços são mães que ainda tem necessidade de acompanhamento além do grupo ou quem sabe, antes deles, de forma a prepará-las para a discussão de questões referentes à lida com o filho com risco para o desenvolvimento.

Da mesma forma que em estresse, as mães do Grupo B tiveram pontuações médias maiores em tanto em Ansiedade Estado como em Ansiedade Traço. Em Ansiedade Estado não observou-se mudanças significantes da primeira para a segunda aplicação. Todavia, observou-se mudanças estatisticamente significantes para os dois grupos em Ansiedade Traço. Comparações entre grupos apontou, no pré teste, para diferenças estatisticamente significantes entre os grupos tanto em Traço como em Estado. No pós teste a diferença significativa apareceu somente para Estado. Como as médias diminuem para os dois grupos é possível inferir que tais mudanças podem ser atribuídas, também, à participação das mães no Programa.

O mesmo foi observado em relação à depressão. As participantes dos dois grupos tiveram pontuações médias significativamente inferiores na segunda aplicação do instrumento, ainda que o Grupo B tenha médias maiores. Também, comparações dos dados do pré e pós teste apontam que nas duas medidas as médias do Grupo B foram significativamente maiores.

8.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo pretendeu descrever e comparar os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão maternos, antes e depois da participação no Programa de Apoio às Famílias, considerando a condição de gravidade do bebê e a indicação de intervenção psicológica individual ou em grupo focal e psiquiátrica às mães. Os dados obtidos parecem indicar que a participação no Programa pode ter influenciado na diminuição de estresse, ansiedade e depressão da amostra estudada.

A análise da influência da condição de risco do bebê (gravidade severa e gravidade moderada) sobre os indicadores de estresse das mães também revelou diferença significativa nos domínios avaliados, independente da gravidade da condição da criança, ainda que as mães dos bebês de condição mais severa tinham, mesmo depois da intervenção, médias mais altas.

A análise da influência da participação da mãe em Programa de Apoio às Famílias e a participação em outros serviços das áreas de Psicologia e Psiquiatria voltados às suas demandas sobre os indicadores de estresse, revelou que as mães que utilizavam outros serviços tinham médias maiores em todos os indicadores avaliados, mas que tiveram diminuição destas depois da participação no Programa. Todavia, fica difícil afirmar que tais efeitos se devam apenas à participação no grupo desconsiderando

os efeitos dos demais serviços. Para o Grupo A o Programa parece que foi uma ferramenta eficiente para a diminuição dos níveis dos indicadores analisados, o que reforça a importância deste tipo de estratégia para mães de bebês com risco para o desenvolvimento.

A análise da influência da participação da mãe nos atendimentos de suporte oferecidos pela Instituição revelou melhora no índice dos dois grupos, o que foi confirmado pela pontuação significativamente menor na segunda aplicação tanto para as mães que realizam os atendimentos da área psicológica voltado ao desenvolvimento do seu bebê, como aquelas que foram inseridas em atendimento psicológico e psiquiátrico voltado às suas demandas emocionais.

Considerando que o desenvolvimento futuro da criança encontra-se associado à saúde neonatal do bebê, assim como características maternas, tem sido apontado como fundamental a implementação de programas de intervenção e suporte familiar (FRAGA et al., 2008).

Considerar como foco a família e não apenas o bebê e organizar intervenções estruturadas para trabalhar com pais e filhos nos Programas de Intervenção Precoce são recomendações essenciais para estimular a adaptação positiva à situação e estabilizar os componentes emocionais das mães (BARBOSA; OLIVEIRA, 2008; MINETTO, 2012; FERRAZ et al., 2010; LINHARES, 2003).

O acompanhamento e suporte emocional às mães de bebês de risco é de indiscutível importância, neste sentido o presente trabalho apresenta como destaque o fato de relacionar os indicadores de estresse, ansiedade e depressão maternos e a participação em Programa de Estimulação Precoce, considerando ainda, a condição de gravidade do bebê e a indicação de intervenção psicológica e psiquiátrica às mães.

Os resultados do presente estudo reforçam a necessidade de ampliação dos programas de intervenção ao bebê, incluindo a família, especialmente a mãe como um indivíduo que necessita de cuidados, o que certamente irá refletir na maior probabilidade de desenvolvimento favorável da criança. Em se tratando de um bebê em condição de risco, a figura materna poderá atuar como importante fator de proteção (LINHARES, 2003).

O presente estudo suscitou novas questões que poderão ser exploradas. Apesar de não ter sido o foco do trabalho avaliar os efeitos da intervenção psicológica, esta serviu como um indicador temporal e como critério de participação na pesquisa. Em estudos futuros seria importante a delimitação dos preditores, incluindo possíveis atendimentos das demais áreas da instituição que podem ter interferido para a evolução nos indicadores emocionais maternos, além das intervenções propostas pela área de Psicologia. Também vale citar a necessidade de estudos aprofundados e longitudinais, que realizem o acompanhamento das mães inseridas em um programa de intervenção a longo prazo.

Sugere-se, ainda, a continuidade do estudo descrevendo as estratégias de intervenção utilizadas pela área de Psicologia, possibilitando a reaplicação em demais instituições de saúde, configurando-se como um importante potencial preventivo na promoção da saúde emocional materna e no favorecimento do desenvolvimento adequado do bebê.

8.7 REFERÊNCIAS

ABIDIN, R. R. **Parenting Stress Index**. 4ª ed. Lutz, Florida: PAR, 2012.

BAPTISTA, M. N. **Escala Baptista de Depressão: versão adulto (EBADEP-A)**. 1ª edição. São Paulo: Vetor, 2012.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v.7, n.1, p.39-48, 2006.

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

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. **Inventário de ansiedade traço-estado**. Rio de Janeiro: CEPA, 1979

BIGRAS, N.; LEMAY L.; BRUNSON, L. Parental stress and daycare attendande. Does daycare quality and parental satisfaction with daycare moderate the relation between family income and stress level among parentes of four years old children? **Procedia – Social and Behavioral Sciences**, n. 55, p. 894-901, 2012.

DESSEN, M. A.; SZELBRACIKOWSKI, A. C. Crianças com problemas de comportamento exteriorizado e dinâmica familiar. **Interação em Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 171-180, 2004.

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.

FALKENBACH, A. P.; DREXSLER, G.; WERLER, V. A relação mãe/criança com deficiência: sentimentos e experiências. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, s. 2, p. 2065-2073, 2008.

FEIJÓ, L. **O bebê pré-termo: intervenção precoce visando a melhoria da interação mãe-bebê**. 1999. 195f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1999.

FERRAZ, S. T. et al. Programa de follow-up de recém-nascidos de alto risco: relato da experiência de uma equipe interdisciplinar. **Revista APS**, v. 13, n. 1, p. 133-139, 2010.

FIAMENGHI, G. A. J.; MESSA, A. A. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 27, n. 2, p. 236-245, 2007.

FLORES, M. R. et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, v.15, n.2, p.348-360, 2013.

FORMIGA, C. K.; PEDRAZZANI, E. S.; LIMA, C. D. Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. **Paideia**, v. 14, n. 29, p. 301-311, 2004.

FRAGA, D. A. de et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 21, n. 1, p. 33-41, 2008.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 3, p. 351-360, 2007.

GRAMINHA, S. S. V.; MARTINS, M. A. O. Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. **Medicina**, v. 30, p. 259-267, 1997.

GURALNICK, M. J. **The effectiveness of early intervention**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 1997.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C, F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Ver. Esc. Enf. USP**, v. 35, n.2, p. 115-21, 2001.

LINHARES, M. B. M. et al. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paideia**, v. 10, n. 18, p. 60-69, 2000.

LINHARES, M. B. M. Prematuridade, risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento. **Temas sobre desenvolvimento**, v. 12, n. especial, p. 18-24, 2003.

MINETTO, M. F. J. Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. **Educar em Revista**, n. 43, p. 117-132, 2012.

PADOVANI, F. H. P. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 251-254, 2004.

PADOVANI, F. H. P. **Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré- termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo**. 2005. 155f. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. Famílias de crianças com síndrome de Down: sentimentos, modos de vida e estresse parental. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 183-194, 2006.

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. 29-36, 2008.

SCHIAVO, R. A. **Presença de stress e ansiedade em primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto**. 2011. 126f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem)-Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Bauru, 2011.

SILVA, C. C. B.; RAMOS, L. Z. Reações dos familiares frente à descoberta da deficiência dos filhos. **Cad. Ter. Ocup.**, v. 22, n. 1, p. 15-23, 2014.

SPIELBERGER, C. D; GORSUCH, R. L; LUSHENE, R. E. **Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: CEPA, 2003.

9 CONCLUSÕES GERAIS

Serão apresentadas as conclusões do presente estudo, sintetizando-se os principais resultados obtidos, salientadas algumas limitações do mesmo e sugeridas investigações futuras. O objetivo deste estudo foi verificar os indicadores de saúde emocional de mães de bebês de risco.

Os resultados apontaram para um maior índice de estresse parental e Ansiedade Traço do que Ansiedade Estado e depressão. A presença de estresse, ansiedade e depressão correlacionou-se com maior incidência com menor escolaridade, maior idade e estado civil solteira ou separada. Das variáveis dos bebês, a severidade da condição de saúde do bebê, o bebê ser mais velho e ser do sexo masculino apontaram para aumento nos indicadores emocionais maternos. Tais dados indicam que pesquisar a saúde emocional materna quando as mães trazem seus filhos para o serviço de Estimulação Essencial pode ser uma estratégia para identificá-los precocemente e, se necessário, encaminhá-las para serviços específicos, disponíveis na instituição.

Em relação à adesão ao Programa analisado, as mães que permaneceram no Programa tem 30 anos ou mais enquanto que as que abandonam estão abaixo de 29 anos. A escolaridade também foi um diferencial uma vez que mais de 50% das mães que abandonaram tem menos escolaridade. Estes dados corroboram os levantados em demais estudos a respeito da adesão a programas de seguimento de bebês e indicam a necessidade de maior atenção às mães mais novas e com menos escolaridade investindo em estratégias para motivá-las a permanecerem com seus bebês no Serviço de estimulação essencial, aumentando a probabilidade de desenvolvimento adequado para seu bebê.

As análises apontaram que entre as mães que aderem ao programa são mais frequentes aquelas cujo bebê apresenta riscos severos para o desenvolvimento e, apresentaram, também,

maior incidência de estresse, depressão e Ansiedade Traço. Este aspecto parecer indicar que estas mães tendem a aderir ao serviço buscando apoio da instituição e que uma atenção maior deve ser dado a elas tão logo cheguem ao serviço.

A análise da influência da participação da mãe em Programa de Apoio às Famílias revelou que as mães que utilizavam os outros serviços das áreas de Psicologia e Psiquiatria voltados às suas demandas tinham médias maiores em todos os indicadores avaliados, antes da sua participação no programa. Ainda que seus resultados nos instrumentos fossem maiores do que o das mães que não os utilizam, elas também tiveram diminuição dos níveis de estresse, depressão e ansiedade depois da participação no Programa. Contudo, não podemos afirmar que tais efeitos se devem apenas à participação nos atendimentos da área de Psicologia, desconsiderando os efeitos dos demais atendimentos oferecidos na instituição.

Os resultados obtidos sugerem que o instrumento IDATE mostrou-se sensível para detecção da ansiedade nas mães avaliadas, sugerindo a sua utilização para uso na instituição por ocasião da entrada no serviço.

Foram identificados níveis baixos de estresse em relação ao domínio Disfuncionalidade na Interação mãe e criança, supõe-se que tal resultado esteja relacionado à cultura que valoriza uma imagem idealizada de mãe e avalia como negativo as referências à interação disfuncional com a criança. Assim, a validação da escala para a população brasileira pode trazer contribuições valiosas para a compreensão dos indicadores emocionais maternos e a relação com o bebê.

Observa-se que houve correlação entre os instrumentos utilizados mostrando que são constructos correlatos e que se, um dos componentes emocionais está presente, há uma possibilidade de que outros apareçam em algum momento indicando um atendimento psicológico atento às necessidades maternas. Vale ressaltar que embora o estudo não tenha

contado com um Grupo Controle, os dados levantados nos instrumentos aplicados foram comparados com as amostras referendadas pelos testes utilizados.

Quanto às limitações identificadas, os dados apontam a necessidade da utilização de outras escalas e instrumentos para refinamento da avaliação dos indicadores emocionais maternos em especial para a avaliação de depressão, que geraram dados diferentes de outros estudos. Sugere-se a realização de estudos longitudinais, com populações maiores e que realizem o acompanhamento das mães inseridas em um programa de intervenção a longo prazo. Destacamos a necessidade de avaliação da rede de apoio das mães, considerando que esta pode configurar-se como importante fator de proteção.

Seria de grande contribuição, a continuidade do estudo descrevendo as estratégias de intervenção utilizadas pela área de Psicologia, possibilitando a reaplicação em demais instituições de saúde, configurando-se como um importante potencial preventivo na promoção da saúde emocional materna e no favorecimento do desenvolvimento adequado do bebê.

Finalizando, os achados do presente estudo, evidenciam a responsabilidade dos profissionais envolvidos com o segmento dos bebês de risco quanto a necessidade de identificar os componentes emocionais das mães destes bebês e disponibilizar o atendimento, com objetivos de ganho não só para os bebês, como também para a família, que pode ter suas necessidades atendidas.

10 REFERÊNCIAS

ABIDIN, R. R. The determinants of parenting behavior. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 21, n. 4, p. 407-412, 1992.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-V**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAIÃO, R. D. M. **Stress parental e prematuridade**. 2009. 92f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia)-Universidade de Lisboa. Lisboa, 2009.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce**. Série Diretrizes, v. 3. Brasília: Ministério da Educação, 1995.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. **Psico**, v. 37, n. 2, p. 151-158, 2006.

COELHO, N. L.; TOURINHO, E. Z. O Conceito de Ansiedade na Análise do Comportamento. **Psicologia. Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 2, p. 171-178, 2008.

DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 2, 167-184. 2003.

FEIJÓ, L. **O bebê pré-termo: intervenção precoce visando a melhoria da interação mãe-bebê**. 1999. 195f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1999.

FERNANDES, F. C.; COTRIN, J. T. D. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panorâmica**, v. 14, p. 15-34, 2013.

FERRAZ, S. T. et al. Programa de follow-up de recém-nascidos de alto risco: relato da experiência de uma equipe interdisciplinar. **Revista APS**, v. 13, n. 1, p. 133-139, 2010.

FERSTER, C. B. A functional analysis of depression. **American Psychologist**, v. 28, p. 857-870, 1973.

FLORES, M. R. et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, v.15, n.2, p.348-360, 2013.

FORMIGA, C. K.; PEDRAZZANI, E. S.; LIMA, C. D. Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. **Paidéia**, v. 14, n. 29, p. 301-311, 2004.

FRAGA, D. A. de et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos . **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 21, n. 1, p. 33-41, 2008.

FRANCISCO, V. L. et al. A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. **Análise Psicológica**, v. 25, n. 2, p. 229-239, 2007.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 3, p. 351-360, 2007.

GRAMINHA, S. S. V.; MARTINS, M. A. O. Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. **Medicina**, v. 30, p. 259-267, 1997.

GURALNICK, M. J. **The effectiveness of early intervention**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 1997.

LINHARES, M. B. M. et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. **Paidéia**, v. 13, p. 25, p. 59-72, 2003.

LINHARES, M. B. M. Prematuridade, risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento. **Temas sobre desenvolvimento**, v. 12, n. especial, p. 18-24, 2003.

LINHARES, M. B. M. et al. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paideia**, v. 10, n. 18, p. 60-69, 2000.

MINETTO, M. F. J. Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. **Educar em Revista**, n. 43, p. 117-132, 2012.

MINETTO, M. F. J. **Práticas educativas parentais, crenças parentais, estresse parental e funcionamento familiar de pais de crianças com desenvolvimento típico e atípico**. 2010. 155f. Tese (Doutorado em Psicologia)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

MOTTA, M. da G.; LUCION, A. B.; MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Revista de Psiquiatria RS**, v 27, n. 2, p. 165-176, 2005.

OLIVIER, L. de. **Distúrbios familiares**. Rio de Janeiro: Wak, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: OPAS, 2005.

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. Famílias de crianças com síndrome de Down: sentimentos, modos de vida e estresse parental. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 183-194, 2006.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 1, p. 215-226, 2014.

RIBEIRO, M. F. M.; PORTO, C. C.; VANDENBERGHE, L. Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, p. 1705-1715, 2013.

RODRIGUES, O. M. P. R.; BOLSONI-SILVA, A. T. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 1, p. 111-121, 2011.

SANTOS, V. A. B. S. **Stress parental e práticas parentais em mães de crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção**. 2008. 85 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia)-Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.

SASSÁ, A. H. et al. Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 541-549, 2011.

PINTO, E. B. O. O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 76-85, 2009.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.

11 ANEXOS

1. Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
3. Formulário Sociodemográfico e Clínico.

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de um Programa de Intervenção para Famílias de Bebês com Risco ao Desenvolvimento e/ou Deficiência

Pesquisador: Gilda Maria Albaricci Nex Alves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20525213.0.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 430.777

Data da Relatoria: 15/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de mestrado que avaliará os efeitos de um programa de estimulação precoce para bebês com risco para o desenvolvimento, considerando diferentes indicadores do repertório dos pais (depressão, ansiedade), em uma instituição de reabilitação de referência em Bauru. A redação da proposta está clara, concatenada e bem escrita. Tem relevância científica e social uma vez que pode fornecer indicadores para a melhoria da formação de professores. Os aspectos metodológicos estão suficientemente descritos e as referências bibliográficas são atuais e pertinentes.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo descrever e comparar indicadores de depressão, ansiedade e stress χ ... das mães dos grupos de bebês com risco moderado com as mães dos grupos de bebês com risco grave ao desenvolvimento... χ antes e depois da intervenção. Para a obtenção de dados serão colhidos relatos de 100 pais de bebês de até 12 meses, nascidos pré-termo, peso inferior a 2.500g, ou com diagnóstico de deficiência (CID-10). O relato será colhido a partir de diferentes escalas, antes e depois da intervenção. Os resultados obtidos serão comparados em função das variáveis do estudo. O método, bem como a análise de dados, são pertinentes aos objetivos propostos.

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

Bairro:

CEP: 17.033-360

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (143)103-6087

Fax: (143)103-6087

E-mail: arimaia@fc.unesp.br

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



Continuação do Parecer: 430.777

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos previstos pela coleta e há benefícios como o rastreio de indicadores de quadros de ansiedade/depressão, mediante os quais os responsáveis podem ser encaminhados para programas de atenção primária. A participação será livre, esclarecida mediante TCLE, o participante poderá desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete em prejuízos para ele.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Está bem escrita, sua proposição é pertinente a área de conhecimento, agregará conhecimento científico e tem relevância social. O cronograma previsto é de março de 2014 a agosto de 2014; é exequível. O projeto conta com apoio institucional, verba de custeio, totalizando R\$ 910,00.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos para análise: Folha de rosto para pesquisa com seres humanos (CONEP); Projeto de Pesquisa; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Parecer de considerações éticas favorável à aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BAURU, 21 de Outubro de 2013

Assinador por:
Ari Fernando Maia
(Coordenador)

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

Bairro:

CEP: 17.033-360

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (143)103-6087

Fax: (143)103-6087

E-mail: arimaia@fc.unesp.br

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____
 responsável pela criança _____
 residente à _____
 telefone _____ declaro que aceito a minha participação e a participação do(a)
 meu(minha) filho(a) na pesquisa intitulada “Avaliação de um Programa de Intervenção para
 Famílias de Bebês com riscos ao Desenvolvimento e/ou Deficiência”, sob a responsabilidade
 da pesquisadora Gilda Maria Albaricci Nex Alves e orientação da professora Dra Olga Maria
 Piazzentin Rolin Rodrigues.

O objetivo da pesquisa é avaliar a eficácia de um Programa de Estimulação Essencial
 da SORRI-BAURU considerando os indicadores de stress, ansiedade e depressão das mães.

Para tanto, a senhora irá responder a três instrumentos sobre depressão, ansiedade e
 stress familiar, estes serão aplicados em duas fases distintas: avaliação e reavaliação após
 decorrido o período mínimo de quatro meses de permanência do bebê no serviço e a
 participação da mãe no Programa de Intervenção da área psicológica.

Tenho pleno conhecimento dos objetivos desta pesquisa e dos procedimentos a serem
 utilizados. Estou esclarecido que as informações serão divulgadas e publicadas, ressaltando-
 se a garantia de que a identidade do(a) meu(minha) filho(a), a minha identidade e da minha
 família serão preservadas e mantidas sob sigilo.

Estou ciente da importância das intervenções do Programa de Intervenção e da
 presença semanal nas intervenções e nas datas de reavaliações.

Estou ciente que minha participação é voluntária podendo retirar-me da pesquisa se
 julgar necessário.

Bauru, ____/____/____

Assinatura do Responsável: _____

 Gilda Maria A. N. Alves
 Pesquisadora Responsável

 Profa Dra Olga M. P. Rolin Rodrigues
 Orientador da pesquisa

ANEXO 3**Formulário Sociodemográfico e Clínico****DADOS DO BEBÊ**

1-Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

2) Sexo () M () F

3) Idade ao iniciar o Programa de Estimulação Essencial: _____

4) Peso Nascimento: _____

5) Idade gestacional – semanas: _____

6) Diagnóstico: _____

() Tetraplegia () Tetraparesia

7) Utilização de aparelhos de uso contínuo

() Oxigenoterapia () Ventilação BIPAP () Traqueostomia () Gastrostomia

() Outro

8) Áreas de atendimento: _____

DADOS DA MÃE:

1) Idade: _____

2) Estado Civil:

() solteira () casada () separada () divorciada () amasiada () viúva

3) Número de filhos, composição familiar e ordem nascimento do usuário: _____

4) Escolaridade: _____