

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

MARIANA DE FREITAS PEREIRA PEDERRO

**INFLUÊNCIAS DE INTERVENÇÕES SOBRE SAÚDE EMOCIONAL MATERNA E
INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ COM DEFICIÊNCIA**

**BAURU-SP
2023**

MARIANA DE FREITAS PEREIRA PEDERRO

**INFLUÊNCIAS DE INTERVENÇÕES SOBRE SAÚDE EMOCIONAL MATERNA E
INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ COM DEFICIÊNCIA**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do título de Doutora, junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração Desenvolvimento: Comportamento e Saúde, da Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), sob a orientação da Professora Associada Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

**BAURU-SP
2023**

Pederro, Mariana de Freitas Pereira.

Influências de intervenções sobre saúde emocional materna e interação mãe-bebê com deficiência / Mariana de Freitas Pereira Pederro. - Bauru, 2023
158 f.: il.

Tese (Doutorado)-Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru
Orientador: Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

1. Saúde emocional materna. 2. Rede de apoio social. 3. Interação mãe-bebê. 4. Deficiência. 5. Intervenção. 6. Educação Especial. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE MARIANA DE FREITAS PEREIRA PEDERRO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 12 dias do mês de dezembro do ano de 2023, às 14:00 horas, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de TESE DE DOUTORADO de MARIANA DE FREITAS PEREIRA PEDERRO, intitulada **Influência de intervenções sobre saúde emocional materna e interação mãe-bebê com deficiência**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) Departamento de Psicologia / Universidade Estadual Paulista, Profa. Dra. VERONICA APARECIDA PEREIRA (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Universidade Federal da Grande Dourados, Profa. Dra. MORGANA DE FATIMA AGOSTINI MARTINS (Participação Virtual) do(a) Departamento de Educação / Universidade Federal da Grande Dourados. Após a exposição pela doutoranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES



Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), mediante a concessão de bolsa de doutorado à autora (Processo nº 2018/13920-4).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus, pois sem Ele nada disso seria possível. Os demais agradecimentos vão para...

Minha mãe Lúcia, meu marido Paulo e filhos Luana e Felipe que contribuíram de todas as formas para que conseguisse chegar até aqui.

À minha orientadora Olga, que não tenho palavras para demonstrar quanta gratidão e ensinamentos me proporcionou.

À professoras Alessandra Turini Bolsoni Silva, Verônica Aparecida Pereira, Morgana de Fátima Agostini Martins e Taís Chiodelli por todas as contribuições para o desenvolvimento do estudo e da minha vida profissional.

Às mães que participaram dessa pesquisa e disponibilizaram seu tempo para compartilharem suas experiências comigo. Obrigada!

À aluna Mariana Cristina Simioni, do curso de Psicologia da UNESP/Bauru, por todo o auxílio que recebi durante a etapa final do meu Doutorado. Sem sua ajuda não seria possível.

Às profissionais da SORRI/Bauru e APAE/Bauru, especialmente Janaína, Angélica, Mariana e Luci, por todo o suporte.

À FAPESP pelo auxílio financeiro que permitiu que eu me dedicasse integralmente ao desenvolvimento da pesquisa.

E gratidão por todas as demais pessoas que contribuíram para minha vida profissional e pessoal e pelas oportunidades que tive em minha vida!

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

No fundo, todos temos necessidade de dizer quem somos e o que é que estamos a fazer e a necessidade de deixar algo feito, porque esta vida não é eterna e deixar coisas feitas pode ser uma forma de eternidade.

(José Saramago)

RESUMO

O presente estudo descreveu, comparou e correlacionou os indicadores de saúde emocional, a percepção da rede de apoio social e a interação mãe-bebê com deficiência, antes e após intervenções com foco na saúde emocional e em comportamentos interativos maternos. Analisou-se, também, a percepção das mães sobre alterações da sua saúde emocional, antes e durante a pandemia. O Estudo 1 consistiu de uma revisão de literatura com o objetivo de analisar os resultados de diferentes tipos de estudos sobre a saúde emocional de mães de bebês com deficiência. Foram analisados 15 estudos, publicados de 2016 a 2021. A maioria (93,33%) dos artigos era descritivo. Deles, 53,8% apontaram para prejuízos na saúde emocional das mães de crianças com deficiência. Entre os de comparação entre grupos, 66,67% indicaram que mães de crianças com deficiência apresentavam mais indicadores clínicos do que as de crianças com desenvolvimento típico. Dos estudos com intervenção com foco na saúde emocional materna, dois dos três, mostraram mudanças positivas significativas. O Estudo 2 descreveu a saúde emocional e a rede de apoio de mães de crianças com deficiência relacionando-as. Participaram 25 mães de bebês de três a 24 meses de idade, com diferentes expressões de deficiência. Utilizou-se a Escala de Estresse Percebido, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado e a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e a Escala de Apoio Social. A presença de indicadores de ansiedade traço e depressão foi observada em mais de 50% das mães participantes. Comparando com a pontuação de corte dos testes, os resultados obtidos estavam próximos dos indicadores clínicos para saúde emocional. A percepção da rede de apoio foi considerada satisfatória. Não houve correlações entre a saúde emocional e a percepção de rede de apoio. O Estudo 3 analisou o impacto da Covid-19 sobre a percepção de saúde emocional de mães de crianças com deficiência. Participaram 20 mães de bebês com deficiência que responderam um questionário sobre o impacto da Covid-19, elaborado para este estudo. A saúde emocional materna foi coletada com os instrumentos descritos no Estudo 2. Os resultados mostraram que 55% das mães apresentaram altos indicativos de estresse. Quanto aos fatores que mais alteraram seu estado emocional, 30% relataram que somente a condição do bebê e, 30% atribuíram tanto à condição do bebê quanto à pandemia. Ao compará-las, as mães que relataram que estes dois fatores tiveram efeito sobre seu estado emocional apresentaram médias maiores em três das quatro medidas analisadas (75%), porém sem diferenças significativas. Os Estudos 4 e 5 descreveram e compararam os efeitos de três tipos de intervenções sobre a saúde emocional materna (Estudo 4) e sobre a interação mãe-bebê (Estudo 5): a) um programa educativo-terapêutico e emocional; b) uma com foco na interação mãe-bebê e, c) uma que englobou as duas intervenções. Participaram 13 mães de bebês com deficiência. A saúde emocional foi avaliada com os instrumentos descritos no Estudo 2. As mães responderam aos instrumentos e as díades foram filmadas em interação livre com seus bebês por cinco minutos antes e depois das intervenções. A intervenção educativa terapêutica consistiu em cinco sessões, realizada individualmente. A intervenção sobre a interação mãe-bebê, com ênfase no comportamento responsivo materno, foi realizada em um encontro, utilizando-se o vídeo feedback. A interação mãe-bebê foi analisada por meio do Interdiáde. No Estudo 4 os dados apontaram que a presença de indicadores de estresse e ansiedade diminuíram nas avaliações antes e depois das intervenções, todavia, sem diferença significativa. O apoio social também não foi alterado após a intervenção. Os resultados do Estudo 5 do pré-teste apontaram para presença de comportamentos positivos de Estimulação (71,5%) em detrimento dos de Responsividade (19,14%) dos três grupos de mães. Dos bebês, no pré-teste 49,43% eram comportamentos positivos e 48,18% de não interativos. No pós teste, as mães dos Grupos 1 e 2 apresentaram diminuição das pontuações médias tanto em Intrusividade, Verbalizações Negativas e o Total

deles. Não foram observadas alterações significativas do pré para o pós-teste para os bebês dos três grupos.

Palavras-chave: Saúde emocional materna. Rede de apoio social. Interação mãe-bebê. Deficiência. Intervenção. Educação Especial.

ABSTRACT

The present study described, compared and correlated indicators of emotional health, perception of the social support network and mother-baby interaction with disabilities, before and after interventions focusing on emotional health and maternal interactive behaviors. Mothers' perception of changes in their emotional health, before and during the pandemic, was also analyzed. Study 1 consisted of a literature review with the aim of analyzing the results of different types of studies on the emotional health of mothers of babies with disabilities. 15 studies were analyzed, published from 2016 to 2021. The majority (93.33%) of the articles were descriptive. Of them, 53.8% pointed to losses in the emotional health of mothers of children with disabilities. Among those comparing groups, 66.67% indicated that mothers of children with disabilities had more clinical indicators than those of children with typical development. Of the intervention studies focusing on maternal emotional health, two of the three showed significant positive changes. Study 2 described the emotional health and support network of mothers of children with disabilities, relating them. 25 mothers of babies aged three to 24 months, with different expressions of disability, participated. The Perceived Stress Scale, the State-Trait Anxiety Inventory and the Edinburgh Postpartum Depression Scale and the Social Support Scale were used. The presence of indicators of trait anxiety and depression was observed in more than 50% of participating mothers. Comparing with the test cutoff score, the results obtained were close to clinical indicators for emotional health. The perception of the support network was considered satisfactory. There were no correlations between emotional health and the perception of a support network. Study 3 analyzed the impact of Covid-19 on the perception of emotional health of mothers of children with disabilities. 20 mothers of babies with disabilities participated and answered a questionnaire about the impact of Covid-19, prepared for this study. Maternal emotional health was collected using the instruments described in Study 2. The results showed that 55% of mothers presented high levels of stress. As for the factors that most altered their emotional state, 30% reported that only the baby's condition and 30% attributed it to both the baby's condition and the pandemic. When comparing them, mothers who reported that these two factors had an effect on their emotional state presented higher means in three of the four measures analyzed (75%), but without significant differences. Studies 4 and 5 described and compared the effects of three types of interventions on maternal emotional health (Study 4) and on mother-baby interaction (Study 5): a) an educational-therapeutic and emotional program; b) one focusing on mother-baby interaction and, c) one that encompassed both interventions. 13 mothers of babies with disabilities participated. Emotional health was assessed with the instruments described in Study 2. Mothers responded to the instruments and the dyads were filmed interacting freely with their babies for five minutes before and after the interventions. The therapeutic educational intervention consisted of five sessions, carried out individually. The intervention on mother-baby interaction, with an emphasis on maternal responsive behavior, was carried out in a meeting, using video feedback. Mother-baby interaction was analyzed using Interdiade. In Study 4, the data showed that the presence of stress and anxiety indicators decreased in the assessments before and after the interventions, however, without a significant difference. Social support was also not changed after the intervention. The results of Study 5 of the pre-test pointed to the presence of positive Stimulation behaviors (71.5%) to the detriment of Responsiveness behaviors (19.14%) in the three groups of mothers. Of the babies, in the pre-test, 49.43% were positive behaviors and 48.18% were non-interactive. In the post-test, mothers in Groups 1 and 2 showed a decrease in average scores in both Intrusiveness, Negative Verbalizations and their Total. No significant changes were observed from pre- to post-test for babies in the three groups.

Keywords: Maternal emotional health. Social support network. Mother-baby interaction. Deficiency. Intervention. Special education.

LISTA DE FIGURAS**ESTUDO 1**

Figura 1. Descrição do processo realizado para a seleção dos estudos analisados.....	29
--	----

ESTUDO 4

Figura 1. Percurso amostral.....	93
----------------------------------	----

ESTUDO 5

Figura 1. Percurso amostral.....	121
----------------------------------	-----

LISTA DE QUADROS

ESTUDO 4

Quadro 1. Análise funcional da interação livre de uma díade.....	100
Quadro 2. Análise funcional da interação livre de uma díade.....	101
Quadro 3. Fases do Programa de Intervenção Terapêutico Educativo.....	102

ESTUDO 5

Quadro 1. Definições operacionais dos comportamentos maternos analisados pelo Interdíade.....	127
Quadro 2. Definições operacionais dos comportamentos dos bebês analisados pelo Interdíade.....	129

LISTA DE TABELAS

ESTUDO 1

Tabela 1. Caracterização dos estudos com delineamento exploratório de comparação entre grupos.....	31
Tabela 2. Caracterização dos estudos com delineamento exploratório transversal.....	34
Tabela 3. Caracterização dos estudos com delineamento exploratório longitudinal.....	37
Tabela 4. Caracterização do estudo com delineamento quase experimental.....	38

ESTUDO 2

Tabela 1. Caracterização das mães quanto a idade, escolaridade, estado civil e número de filhos..	50
Tabela 2. Caracterização dos bebês quanto a idade, sexo e condição de saúde.....	52
Tabela 3. Distribuição da frequência absoluta e relativa das participantes com indicadores clínicos e não clínicos para saúde emocional materna avaliados pelo PSS, IDATE e EPDS.....	55
Tabela 4. Frequência de quantidade de indicadores clínicos.....	56
Tabela 5. Apresentação da diferença entre a média de padronização e a média do grupo.....	56
Tabela 6. Distribuição da pontuação média das participantes na EAS.....	57
Tabela 7. Distribuição das participantes de acordo com a percepção acima ou abaixo da pontuação média do grupo.....	57
Tabela 8. Resultados da análise de correlação entre os constructos de saúde emocional e as dimensões da percepção de rede de apoio.....	58

ESTUDO 3

Tabela 1. Caracterização das mães quanto a idade, escolaridade, estado civil e número de filhos..	70
Tabela 2. Caracterização dos bebês quanto a idade, sexo e condição de saúde.....	72
Tabela 3. Frequência média de como as participantes avaliam atualmente sua saúde emocional....	75
Tabela 4. Frequência de participantes acima e abaixo da pontuação média da escala likert.....	75
Tabela 5. Frequência dos motivos atribuídos à alteração emocional durante a pandemia.....	76
Tabela 6. Comparação da saúde emocional dos dois grupos de mães.....	77
Tabela 7. Distribuição das participantes quanto ao uso de medicamentos.....	77
Tabela 8. Pontuação média das participantes nas questões relacionadas ao estado emocional anterior à pandemia.....	77
Tabela 9. Frequência de participantes acima e abaixo da pontuação média da escala likert.....	78
Tabela 10. Frequência de mães que relataram (ou não) alteração na sua saúde emocional anterior à pandemia.....	78
Tabela 11. Comparação da saúde emocional dos dois grupos de mães antes da pandemia.....	79

ESTUDO 4

Tabela 1. Caracterização das mães quanto a idade, escolaridade, estado civil, número de filhos e ocupação.....	94
Tabela 2. Caracterização dos bebês quanto a idade, sexo e condição de saúde.....	96
Tabela 3. Frequência absoluta e relativa das participantes com e sem indicadores clínicos nos três instrumentos utilizados no pré e pós-intervenção.....	105
Tabela 4. Comparação das pontuações médias, de cada um dos três grupos, em cada um dos instrumentos, antes e depois da intervenção.....	106
Tabela 5. Comparação das pontuações médias, para cada grupo, em cada uma das dimensões da Escala de Apoio Social, antes e depois da intervenção.....	107
Tabela 6. Comparações intergrupos no pré e no pós-intervenção, com relação à saúde emocional.....	108
Tabela 7. Comparações intergrupos no pré e no pós-intervenção, com relação à percepção de apoio social.....	109

ESTUDO 5

Tabela 1. Caracterização das mães quanto a idade, escolaridade, estado civil, número de filhos e ocupação.....	122
Tabela 2. Caracterização dos bebês quanto a idade, sexo e condição de saúde.....	123
Tabela 3. Caracterização das mães distribuídas nos três grupos quanto a idade, escolaridade, estado civil, número de filhos e ocupação.....	124
Tabela 4. Caracterização dos bebês distribuídos nos três grupos quanto a idade, sexo e condição de saúde.....	126
Tabela 5. Frequência absoluta e relativa dos comportamentos interativos maternos.....	131
Tabela 6. Frequência absoluta e relativa dos comportamentos interativos dos bebês.....	131
Tabela 7. Análise de correlação entre comportamentos interativos maternos e dos bebês.....	132
Tabela 8. Frequência absoluta e relativa dos comportamentos maternos dos três grupos no pré e pós-intervenção.....	133
Tabela 9. Comparação das pontuações médias, de cada um dos três grupos, dos comportamentos maternos, antes e depois da intervenção.....	135
Tabela 10. Frequência absoluta e relativa dos comportamentos dos bebês dos três grupos no pré e pós-intervenção.....	136
Tabela 11. Comparação das pontuações médias, de cada um dos três grupos, dos comportamentos dos bebês, antes e depois da intervenção.....	136
Tabela 12. Comparação dos comportamentos interativos maternos das pré-intervenções dos três grupos.....	137
Tabela 13. Comparação dos comportamentos interativos maternos dos pós testes dos três grupos.....	138
Tabela 14. Comparação dos comportamentos interativos dos bebês dos pré-testes dos três grupos.....	138
Tabela 15. Comparação dos comportamentos interativos dos bebês das pré-intervenções dos três grupos.....	139

SUMÁRIO

Apresentação	18
Introdução geral	19
Método geral	21
Delineamento da pesquisa	21
Aspectos éticos	21
Participantes	22
Procedimento de coleta de dados	22
Procedimento de análise de dados	23
Estudo 1. Saúde emocional de mães de crianças com deficiência: um estudo de revisão sistemática	24
Introdução	24
Método.....	28
Resultados	29
Discussão	39
Referências	41
Estudo 2. Saúde emocional e rede de apoio de mães de bebês com deficiência	45
Introdução	45
Método.....	49
Resultados	55
Discussão	58
Referências	60
Estudo 3. A saúde emocional de mães de crianças com deficiência antes e durante a COVID: um estudo comparativo	64
Introdução	64
Método.....	69
Resultados	75
Discussão	79
Referências	81
Estudo 4. Saúde emocional materna e rede de apoio: efeitos de diferentes intervenções baseadas na interação mãe-bebê e na saúde emocional materna.....	85
Introdução	85
Método.....	91
Resultados	104
Discussão	109
Referências	112
Estudo 5. Comportamentos interativos maternos e de bebês com deficiência: efeitos de diferentes intervenções baseadas na interação mãe-bebê e na saúde emocional materna.....	115
Introdução	115
Método.....	119
Resultados	130
Discussão	139
Referências	141
Resultados gerais	144
Considerações finais	146
Apêndice 1	148
Apêndice 2	150
Apêndice 3	152
Apêndice 4	155

Apêndice 5 158
Apêndice 6 156

APRESENTAÇÃO

Durante minha trajetória acadêmica no curso de Psicologia da Universidade Sagrado Coração, na cidade de Bauru/SP, participei do projeto de extensão “Psicologia e Deficiências”, que visava o atendimento de pacientes com deficiências congênitas ou adquiridas, físicas e intelectuais, com grau leve ou moderada, cujo objetivo era desenvolver repertórios comportamentais, cognitivos, inclusão/emancipação psicossocial e suporte parental (2012/2013). Em 2012, realizei uma iniciação científica no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo (USP), câmpus de Bauru, intitulada “Funções atencionais da criança com fissura labiopalatina”, sob orientação da Prof^ª. Márcia Regina Ferro e coorientação da Prof^ª. Maria de Lourdes Merighi Tabaquim, com o intuito de identificar as competências neuropsicológicas executivas da atenção de crianças com fissura labiopalatina, função esta essencial para o desenvolvimento infantil.

No ano de 2014, iniciei a “Residência Multiprofissional em Saúde: Síndromes e Anomalias Craniofaciais”, também no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP Bauru), no qual tive contato com crianças com fissuras labiopalatinas, deficiências e anomalias craniofaciais, realizando avaliação neuropsicológica, avaliação do desenvolvimento infantil, reabilitação neuropsicológica de crianças com deficiência auditiva e apoio aos pais e familiares durante o período pré-operatório, operatório e pós-operatório das crianças. Durante a residência desenvolvi a monografia “Estratégias Cognitivas Executivas de crianças com fissura labiopalatina” e participei ativamente do “Grupo de Estudo e Pesquisa em Desenvolvimento Humano, Fissura e Anomalias Craniofaciais: prevenção, avaliação e reabilitação (GEP)”, realizado na própria instituição entre 2013 e 2015, coordenado pela Profa. Dra Maria de Lourdes Merighi Tabaquim.

Em 2016 iniciei o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, da Faculdade de Ciências, da UNESP, câmpus de Bauru, com um projeto sobre interação mãe-bebê e saúde emocional de mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva. O projeto, intitulado “Interação mãe-bebê com suspeita de deficiência auditiva e indicadores de saúde emocional materna: comparação com díade mãe-bebê ouvinte” (Pederro, 2018), foi minha dissertação de Mestrado, financiado pela FAPESP, sob a orientação da Profa. Dra Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues. O objetivo deste trabalho foi verificar as variáveis presentes acerca da relação mãe-bebê e saúde emocional de mães de bebês com deficiência auditiva e mães de bebês em fase de avaliação audiológica, por suspeita de deficiência. Os dados foram obtidos por meio de filmagens de interação mãe-bebê

e, atividade livre, analisados de acordo com o Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado (CITMI-R). A saúde emocional foi avaliada pela Escala de Estresse Percebido (PSS), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e pelo Inventário de Depressão Beck (BDI). Os resultados da dissertação indicaram, em linhas gerais, que os bebês com suspeita e/ou deficiência auditiva apresentaram menos comportamentos interativos com suas mães e, estas, também apresentaram mais comportamentos não responsivos com seus bebês. Observou-se, também, a presença de indicadores emocionais clínicos maternos entre as mães de bebês com suspeita e/ou deficiência auditiva, apontando para a necessidade de maiores estudos para subsidiar intervenções com essa população. Durante o Mestrado participei ativamente das atividades do projeto de extensão “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês no primeiro ano de vida: avaliação e orientação aos pais” e do Grupo de pesquisa sobre Desenvolvimento Infantil, coordenados pela Profa. Dra Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

A partir dessas investigações e experiências, surgiram ideias relacionadas a possibilidades de intervenções focadas na melhoria da qualidade de vida e prevenção para essa população, surgindo duas possibilidades de estudo: intervenções baseadas na interação mãe-bebê e um programa voltado para saúde emocional da mulher nessa fase do ciclo vital. Concomitante a essas reflexões, Chioldelli (2020) elaborou e desenvolveu em sua tese de doutorado, o “Programa Promovendo Interação entre Pais e Bebês (PIPAB)”, um protocolo de promoção da interação entre mães e bebês, com desenvolvimento típicos, com enfoque analítico-comportamental e Campos (2020), também em sua tese, elaborou, aplicou e avaliou um “Programa de Psicoeducação Analítico-Comportamental em Grupo” desenvolvido para mulheres no pós-parto com indicadores de alteração de saúde emocional.

Os dados encontrados foram utilizados como norteadores para uma outra população, mães de bebês com deficiência, sem especificá-la, ampliando o estudo de outras variáveis, dentre elas a rede de apoio social. Surgiu, assim, a presente tese que versa sobre a aplicação da intervenção do PIPAB e do Programa de Psicoeducação Analítico-Comportamental em Grupo, adaptado para mães de bebês com deficiência, que foi também adequado para o atual cenário da pandemia mundial do COVID-19.

1. INTRODUÇÃO GERAL

Os comportamentos dos bebês de sinalização e aproximação do cuidador resultam de um processo que envolve a seleção das variáveis filogenéticas, ontogenéticas e culturais,

determinados pelas contingências nas quais a família está inserida (Alvarenga; Weber; Bolsoni-Silva, 2016). Segundo as autoras, a responsividade, conceito que visa promover o desenvolvimento socioemocional infantil, pode ser entendido, em termos comportamentais, como respostas parentais contingentes aos comportamentos apresentados pelo bebê, sendo que a probabilidade de sua ocorrência irá depender dos tipos de respostas que o bebê emite. A mãe, considerada responsiva, apresenta um repertório discriminativo diante dos comportamentos sinalizadores do bebê e, a construção desse repertório envolve processos de generalização e discriminação operante. Por sua vez, os comportamentos emitidos pelo bebê devem ser compreendidos como produto da seleção filogenética que passam a ser selecionados por variáveis ontogenéticas e culturais, após seu contato com o ambiente, isto é, sofrem a influência de contingências operantes presentes na interação entre pais e bebê (Alvarenga; Weber; Bolsoni-Silva, 2016).

A interação mãe-bebê tem sido estudada especialmente por meio de filmagens (Pederro; Rodrigues, 2019) o que tem possibilitado o uso do vídeo feedback em intervenções junto às mães. Estudos têm sido desenvolvidos utilizando o vídeo feedback como recurso para avaliar a interação entre mães e bebês com desenvolvimento típico (Santos, 2020; Chiodelli, 2020; Barone et al., 2018) e em bebês com desenvolvimento atípico (Pederro, 2018; Ferreira; Rodrigues; Campos, 2018; James; Wadnerkar-Kamble; Lam-Cassettari, 2013).

A interação mãe-bebê sofre influência, tanto de variáveis maternas quanto dos bebês. Entre as variáveis maternas está a saúde emocional, que pode fazer com que a mãe tenha comportamentos menos responsivos (Alvarenga et al., 2018; Mangili, 2017). Também, o nascimento de um filho com deficiência pode desencadear alterações negativas na saúde emocional da mulher (Ferreira, 2021; Pederro, 2018; Santos et al., 2018).

A saúde emocional materna implica na presença/ausência, em níveis clínicos, da depressão, incluindo a depressão pós-parto, da ansiedade e do estresse. A presença de indicadores clínicos da depressão pós-parto está associada a uma série de resultados negativos para a criança e esses riscos aumentam quando a depressão pós-parto é persistente, de acordo com Stein et al. (2018). Os autores realizaram uma intervenção de terapia parental por meio de vídeo feedback em um grupo de mulheres e, no outro grupo, realizaram um tratamento de relaxamento muscular progressivo. Os resultados indicaram remissão da depressão em ambos os grupos e as crianças tiveram desenvolvimento infantil dentro do esperado. Após analisarem a eficácia de um programa de parentalidade na saúde emocional (ansiedade e depressão) de mães de crianças com deficiência intelectual, Ashori, Norouzi e Jalil-Abkenar (2019) concluíram que o treinamento de habilidades parentais pode melhorar a condição emocional

dessa população e recomendaram que pesquisas sejam realizadas com outras mães de crianças com deficiência.

Mangili (2017) destacou que existem poucos estudos com amostras brasileiras que correlacionam estresse, ansiedade e depressão com a interação mãe-bebê observada por meio de filmagens. Confirmando este dado, em uma revisão de literatura realizada por Pederro e Rodrigues (2019) foi constatada a escassez de pesquisas brasileiras sobre interação mãe-bebê envolvendo crianças com deficiência quando comparadas com pesquisas internacionais. Em adição, observou-se uma lacuna na literatura de estudos que relacionem a rede de apoio percebida com a saúde emocional de mães de crianças com deficiências. Portanto, mães de crianças com deficiência podem se beneficiar dos dois tipos de intervenção: uma sobre interação mãe-bebê e, outra, sobre saúde emocional materna, tema aprofundado na presente pesquisa.

2. MÉTODO GERAL

2.1. Delineamento da pesquisa

A presente pesquisa divide-se em cinco estudos.

O Estudo 1 foi uma revisão sistemática de literatura, cujo objetivo foi analisar artigos sobre a saúde emocional de mães de bebês com deficiência. O Estudo 2 trata-se de um estudo descritivo e prospectivo sobre os efeitos da saúde emocional materna e a rede de apoio social percebida. O Estudo 3 foi desenvolvido com o objetivo de analisar o impacto da Covid-19 sobre a percepção de saúde emocional de mães de crianças com deficiência e comparar a saúde emocional das mães que atribuíram a alteração da saúde emocional à Covid-19 e a condição do bebê. Os dois últimos estudos contaram com uma amostra de conveniência. Os Estudos 4 e 5 são estudos descritivos e comparativos de delineamento quase experimental que tratam de diferentes intervenções para verificar os efeitos sobre a interação mãe-bebê, saúde emocional materna e rede de apoio, de mães de bebês com deficiência e tiveram amostras de conveniência e randomizada.

2.2 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista – “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, da cidade de Bauru/SP (processo nº 3.509.816/2019). Para a coleta dos dados, foram tomadas todas as providências éticas cabíveis

por ocasião do convite para a participação neste projeto, de acordo com o CNS, resolução 466/2012 do CONEP. As participantes foram informadas sobre o objetivo do projeto, as atividades pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados em eventos e publicações da área, assim como da manutenção dos demais serviços por eles usufruídos nas instituições parceiras, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes ou responsáveis pelo bebê assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

Cabe ressaltar que foram oferecidas e realizadas sessões de devolutivas dos dados individuais para as participantes ao final do projeto e, quando necessário, foram realizadas as orientações e os encaminhamentos apropriados para os serviços de Psicologia da rede pública da cidade.

2.3 Participantes

Os estudos que envolviam participantes, tiveram inicialmente 40 mães de bebês com deficiência contatadas nas instituições de reabilitação APAE e SORRI, ambas na cidade de Bauru/SP. As primeiras 20 mães foram convidadas a participarem de duas intervenções: uma sobre Interação mãe-bebê e do Programa de Intervenção Terapêutico Educativo. Delas 13 compuseram o Grupo 1, e realizaram todo o processo previsto. As demais mães, a medida em que eram convidadas eram designadas, aleatoriamente para os dois outros grupos: o Grupo 2, que participou da intervenção sobre Interação mãe-bebê e, o Grupo 3, que participou do Programa de Intervenção Terapêutico Educativo. O número exato de participantes variou de acordo com os estudos.

2.4 Procedimento de coleta de dados

Após levantamentos periódicos realizados nas duas instituições sobre as mães de bebês a partir de três meses a 24 meses de idade que estavam em atendimento, a pesquisadora realizava o convite via telefone, presencialmente, no momento de interconsultas, ou por meio de mensagem de texto. Diante do aceite das participantes, a pesquisadora aproveitava da presença delas nos locais referidos para marcar um horário em que elas não estivessem em outro atendimento com o bebê.

Para a coleta dos dados, era agendado um horário em que a participante já estivesse na instituição para outros atendimentos. No primeiro encontro, os procedimentos referentes ao projeto eram explicados e resolvidas as dúvidas. Aceitando participar do mesmo, a mãe

assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Era feita a Entrevista Inicial com a mãe (Apêndice 3) e, em seguida, eram aplicados os instrumentos de saúde emocional e de rede de apoio social e realizada a filmagem da díade, de forma individual. As mães que aceitaram participar das intervenções iniciavam o processo no segundo atendimento e a duração variou conforme o tipo de intervenção que ela participava.

2.5 Procedimento de análise de dados

Cada estudo teve um tratamento de dados específico que será descrito posteriormente em cada um deles.

ESTUDO 1: Saúde emocional de mães de crianças com deficiência: um estudo de revisão sistemática

Estudos são realizados para investigar um assunto específico e, para isso, eles podem percorrer diversos caminhos para chegar ao objetivo final e este delineamento deve estar em concordância com seu objetivo. Estudos que avaliam determinada variável podem ser de caráter exploratório, abrangendo a comparação entre grupos, estudos transversais que investigam a variável em determinada época e, o longitudinal, que tem como objetivo analisar a variável estudada em diversos momentos do tempo (Adams *et al.*, 2018; Lima; Souza, 2021; Briegel; Andritschky, 2021). Quando os pesquisadores manipulam as variáveis para verificar se houve mudança ou não em determinado comportamento, pode-se dizer que se trata de um estudo experimental ou quase-experimental, dependendo do quanto for possível controlar as outras variáveis em questão, com grupos divididos randomicamente, quando possível (Cozby, 2003). Utilizando diversos tipos de métodos científicos, pesquisas envolvendo a saúde emocional de mães de bebês com deficiência têm sido desenvolvidas para a avaliação e/ou intervenção nesta população, conforme será apresentado no presente estudo de revisão.

A saúde emocional materna é influenciada por um conjunto de variáveis que podem ser de risco ou de proteção. É um constructo amplo que envolve estresse, ansiedade e depressão. A Organização Mundial da Saúde, utilizando os mesmos constructos, utiliza a terminologia saúde mental para defini-la como um estado de bem-estar que permite que os indivíduos lidem com o estresse, realizem suas habilidades, aprendam e trabalhem bem e contribuam com suas comunidades. Ela é parte integrante da saúde e bem-estar geral e é mais do que a ausência de transtorno mental (WHO, 2022). A terminologia saúde emocional refere-se à presença de um ou mais dos constructos estresse, ansiedade e/ou depressão em nível clínico, porém não associados a transtornos mentais (Montanhaur; Rodrigues; Arenales, 2021; Schiavo *et al.*, 2021; Schiavo; Perosa, 2020; Schiavo *et al.*, 2020).

Indivíduos que foram expostos a situações estressantes apresentam como características clínicas mais proeminentes os sintomas: perda de interesse por atividades que realizava anteriormente, dificuldades de concentração, alterações no sono, estado de desconforto, tristeza ou mal-estar, além de externalizações de raiva e agressividade ou sintomas dissociativos (DSM-5-TR, 2023). Ainda de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em quadros ansiosos, as características em comum são medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas, sendo o medo

uma resposta emocional frente a uma ameaça real e a ansiedade caracterizada como uma antecipação da ameaça futura, podendo apresentar tensão muscular e aumento de vigilância para possível perigo futuro e comportamentos de esquiva e cautela.

As características predominantes de um quadro depressivo são a presença de humor triste, irritável ou vazio, alterações somáticas e cognitivas que afetam a capacidade de funcionamento da pessoa. Dependendo do tipo de transtorno depressivo, observa-se diferenças quanto à duração, momento ou etiologia presumida (DSM-5-TR, 2023). O Transtorno Depressivo Maior, ainda de acordo com o DSM-5-TR (2023), é identificado por humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades que o indivíduo costumava fazer, podendo ocorrer mudanças no apetite, peso, sono, dificuldades para se concentrar, sentimentos de desvalia ou culpa, entre outros sintomas. Especificadores são definidos para os Transtornos Depressivos, como o grau de gravidade sendo leve (poucos sintomas presentes, intensidade causa certo sofrimento e os sintomas causam pouco prejuízo), moderado (número de sintomas, intensidade e prejuízo entre os graus “leve” e “grave”) e grave (muitos sintomas, intensidade causa grave sofrimento e os prejuízos são acentuados), além do especificador “com início no periparto”, que se aplica ao episódio depressivo maior se o início dos sintomas ocorrerem durante o período gestacional ou dentro de quatro semanas após o parto (DSM-5-TR, 2023).

Mais comum do que os Transtornos Depressivos com especificador “com início no periparto” está o “maternity blues” (“baby blues”) que, apesar de não ser um transtorno mental, se caracteriza por mudanças repentinas de humor que são causadas por alterações fisiológicas que ocorrem após o parto, não tem prejuízos funcionais, são temporários e normalmente passam rapidamente dentro de uma semana (DSM-5-TR).

A saúde emocional tem sido analisada em mães de bebês e crianças com desenvolvimento típico, buscando entender o impacto da maternidade. Tais dados são importantes para a elaboração de intervenções focadas nesse público. Entre as condições do bebê que podem afetar a saúde emocional estão a internação do bebê em UTIN (Montanhaur *et al.*, 2021; Neves; Zimmermann; Broering, 2021), o nascimento de prematuros (Melo *et al.*, 2021; Leahy-Warren *et al.*, 2020), bebês com deficiências específicas como Síndrome de Down (Ferreira; Campos; Rodrigues, 2019; Tekinarslan, 2013) e com deficiência auditiva (Pederro, 2018; Yamada *et al.*, 2014).

Fonseca, Silva e Otta (2010) realizaram entrevistas com mães de bebês típicos em diversos momentos, desde o período gestacional até a 12ª semana após o parto, para analisar a prevalência de depressão pós-parto. Para isso, as pesquisadoras utilizaram a Escala de

Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE), dentre outros instrumentos. Os resultados obtidos demonstraram que a prevalência de depressão pós-parto nessa amostra foi mais alta do que a média mundial. Apontaram, também, para uma correlação positiva entre sensibilidade materna e algumas dimensões de apoio social.

Nogueira (2020) também avaliou a saúde emocional de mães de crianças escolares, utilizando os instrumentos Inventário de Depressão Beck (BDI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e a Escala de Estresse Percebido (PSS). A pesquisadora constatou que, dos quatro indicadores de saúde emocional (estresse, ansiedade traço, ansiedade estado e depressão), estresse e ansiedade- traço foram os mais frequentes para a amostra total.

Uma pesquisa com foco sobre a saúde emocional de mães de bebês com problemas graves de saúde ou com deficiência foi realizada por Montanhaur, Rodrigues e Arenales (2021). As autoras avaliaram a saúde emocional de mães de bebês que estavam internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), utilizando os instrumentos Escala de Estresse Percebido (PSS - 14) para avaliar o estresse materno, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) para verificar o nível de ansiedade e o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) para analisar o estado depressivo. Os resultados apontaram que mais da metade das mães (56%) apresentaram dois ou mais indicadores clínicos de saúde emocional.

O nascimento de uma criança com deficiência pode afetar a qualidade da vida dos membros de sua família, como constatado anteriormente, o que significa que a saúde emocional dessas famílias, principalmente de mães, que são a maioria nos cuidados principais com a criança, também pode estar sendo afetada devido a todas as variáveis referentes a condição da criança, que até então, não havia. Estudos têm voltado a atenção para a saúde emocional dessas mães, no que diz respeito ao estresse, a ansiedade e a depressão (Barbosa; Oliveira, 2008; Pederro, 2018; Ferreira, 2021).

Baleotti, Omote e Gregorutti (2015) destacaram que o nascimento de um bebê com deficiência pode alterar toda a rotina de uma família, devido às dificuldades da demanda do bebê e, também, pela diversidade de serviços de reabilitação que a criança tenha que realizar. Os autores ainda apontaram para o impacto de cobranças feitas pelos profissionais que a acompanham, pelos parentes e amigos, além de atitudes sociais negativas que o bebê e a família possam enfrentar. O estudo desenvolvido por eles teve como objetivo identificar a percepção de cuidadores de crianças com deficiência em relação as suas vivências em oficina de atividades em grupo, sendo a maioria, mães. Ao final de cada encontro, os participantes escolhiam uma figura representando a expressão facial correspondente aos seus sentimentos naquele dia, como expressão de felicidade, tristeza e estado emocional intermediário. Após os

dez encontros, eles realizavam uma entrevista individual por meio de um roteiro semiestruturado, no qual um dos tópicos abordava sobre a contribuição da oficina para a rotina diária das mães. Como resultado, os pesquisadores constataram que a participação no grupo proporcionou reforçadores positivos, como momentos de criatividade e de distanciamento momentâneo da rotina de cuidados com o filho com deficiência.

O estresse é considerado um dos mais graves problemas de saúde e pais que tenham crianças com algum tipo de deficiência estão em posição mais vulnerável a essa condição. Com a finalidade de avaliar as características do estresse nessa população, Barbosa e Oliveira (2008) avaliaram a saúde emocional de dez mães e um pai e constataram que a maioria apresentava sintomas significativos de estresse, sendo que metade possuía tanto sintomas físicos quanto psicológicos. Em uma revisão sobre saúde emocional de familiares de crianças com deficiência, fatores como o tipo de deficiência e a dependência/independência funcional da criança, podem ser preditores para alterar a saúde emocional dos pais, de acordo com o possível aumento da demanda de cuidados por parte do cuidador (Ferreira, 2021).

Pederro (2018) comparou a saúde emocional de mães de crianças com suspeita de deficiência auditiva com mães de bebês ouvintes, avaliando especificamente o estresse, a ansiedade e depressão entre os grupos. Como resultado, as mães de crianças com suspeita da deficiência apresentaram mais indicadores clínicos em relação a depressão, ansiedade traço e ansiedade estado do que as mães de crianças sem qualquer tipo de suspeita de deficiência.

O estudo de revisão de Pizeta *et al.* (2013) teve como foco identificar as relações entre depressão materna e saúde mental das crianças e a revisão bibliográfica de Rodrigues, Carvalho e Buchli (2022) teve como ênfase os indicadores de depressão pós-parto. Na revisão sistemática sobre estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral, realizada por Ribeiro, Porto e Vanderberghe (2013), os autores apontaram para lacunas encontradas, como não haver publicação nacional especializada sobre o tema e para a necessidade de estudos longitudinais e qualitativos sobre a saúde emocional da família de criança com deficiência. Portanto, o presente estudo de revisão pretende preencher uma lacuna na literatura científica, principalmente em relação à saúde emocional de mães de crianças com deficiência.

Diante do exposto, faz-se necessário investigar estudos com foco na saúde emocional materna, a fim de identificar qual a prevalência de delineamento desses estudos. Identificar a frequência de diferentes delineamentos dá a medida do quanto se conhece sobre o fenômeno estudado, se prevalecerem os estudos descritivos e exploratórios. No caso de estudos com intervenção, é importante conhecer que tipo de intervenção está sendo testada e qual o rigor

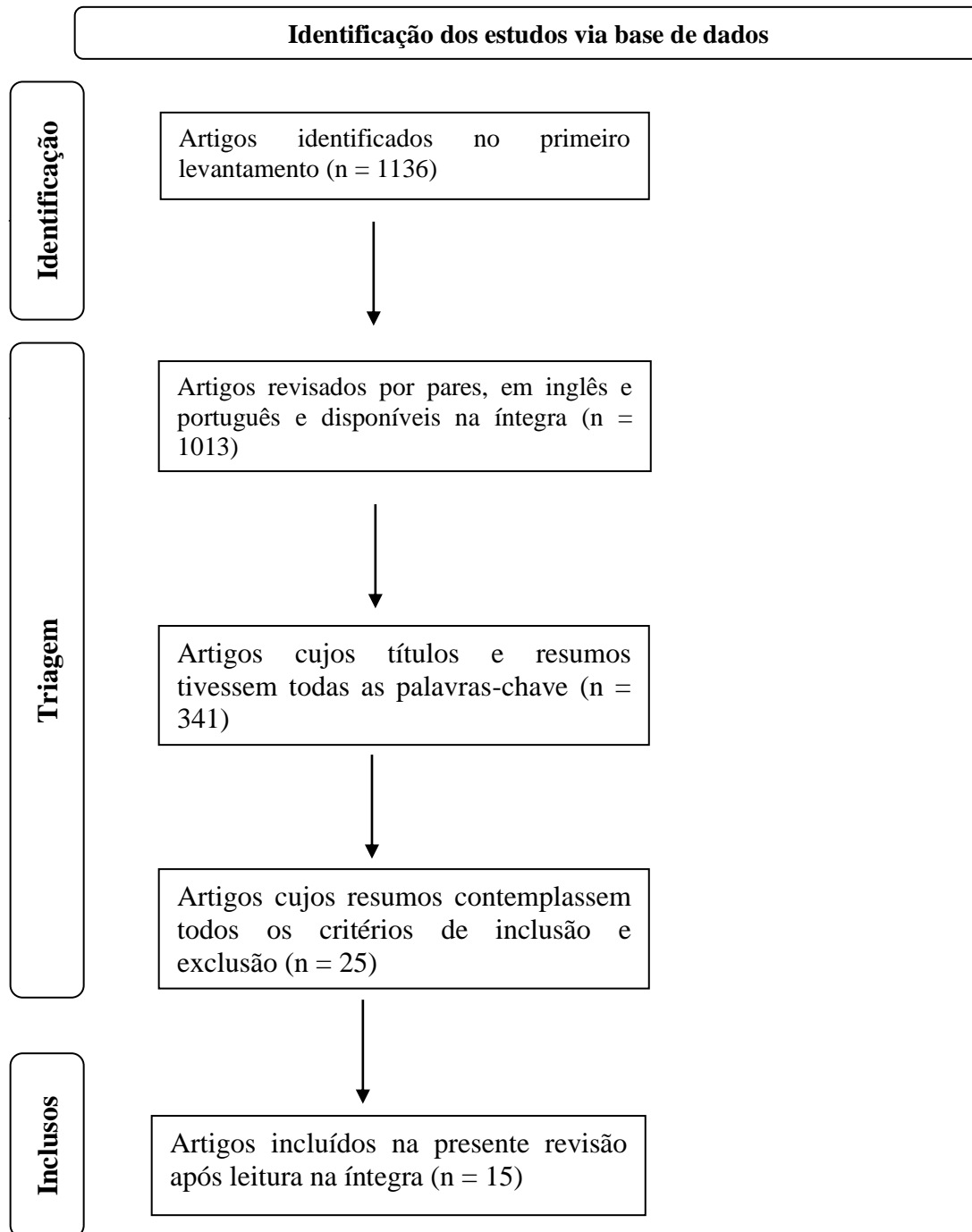
científico utilizado para verificar sua eficácia. Nesse contexto, o presente estudo de revisão teve por objetivo analisar o delineamento utilizado e o rigor científico aplicado para estudar a saúde emocional materna, incluindo estresse, ansiedade e/ou depressão, de mães que tenham pelo menos um filho com deficiência.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada com base em artigos científicos referentes a saúde emocional de mães de crianças com deficiência, seguindo os princípios do método PRISMA (Galvão; Pansani; Harrad, 2015). Os artigos foram buscados na base de dados Capes Periódicos, utilizando as palavras-chave “mental or emotional health of mothers of children and disabilities, syndrome or malformations”. Foram consultadas publicações nacionais e internacionais, dos anos 2016 a 2021 e revisados por pares, tendo sido inicialmente encontrados 1136 artigos. A data de seleção e análise dos artigos foi entre 14 de outubro e 18 de novembro de 2021 e contou com duas juízas.

Para definir a relevância dos artigos para a pesquisa obtidos a partir das palavras-chave, utilizou-se critérios de inclusão como: artigos revisados por pares, em inglês e português e disponíveis na íntegra. Os resumos, então, foram analisados utilizando o critério de incluir estudos em que o foco fosse sobre avaliação e/ou intervenção da saúde emocional materna, isto é, estresse, ansiedade e depressão e que essas mães tivessem pelo menos um filho com qualquer diagnóstico de deficiência. Os critérios de exclusão utilizados foram: a) estudos genéticos, farmacológicos e neurológicos sobre a deficiência; b) estudos de avaliação e/ou intervenção focados exclusivamente na criança ou adolescente, sem participação dos pais, c) estudos de revisão, d) monografias, dissertações e teses e, e) estudos duplicados. Aplicados os critérios, 25 artigos foram indicados para esse estudo, sendo lidos na íntegra e analisados por duas pesquisadoras independentes para aplicação dos critérios de inclusão. Ao final 15 artigos compuseram essa revisão. O fluxograma da revisão encontra-se apresentado na Figura 1.

Figura 1. Descrição do processo realizado para a seleção dos estudos analisados.



RESULTADOS

Os 15 artigos que preencheram os critérios definidos foram agrupados de acordo com seu delineamento, divididos em estudos exploratórios com comparação entre grupos, estudos exploratórios com uma avaliação transversal, estudos exploratórios longitudinais, estudos

quase experimentais e estudos experimentais. Estudos são realizados para investigar um assunto específico e, para isso, eles podem percorrer diversos caminhos para chegar ao objetivo final e este delineamento deve estar em concordância com seu objetivo. Estudos que avaliam determinada variável podem ser de caráter exploratório, abrangendo a comparação entre grupos, estudos transversais que investigam a variável em determinada época e, o longitudinal, que tem como objetivo analisar a variável estudada em diversos momentos do tempo (Adams *et al.*, 2018; Lima; Souza, 2021; Briegel; Andritschky, 2021). Quando os pesquisadores manipulam as variáveis para verificar se houve mudança ou não em determinado comportamento, pode-se dizer que se trata de um estudo experimental ou quase-experimental, dependendo do quanto for possível controlar as outras variáveis em questão, com grupos divididos randomicamente, quando possível (Adams *et al.*, 2018).

ESTUDOS COM DELINEAMENTO EXPLORATÓRIO DE COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS

Serão apresentados primeiramente os estudos com delineamento exploratório de comparação entre grupos. No total, três estudos fizeram parte dessa categoria, conforme apresentado na Tabela 1. Considerando os locais de realização da pesquisa, observou-se que dois dos três estudos foram realizados no Japão. Os locais em que foram analisadas a saúde emocional foram em um instituto de reabilitação (Omori; Shinichi, 2016) e em uma base de dados do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar (Yamaoka *et al.*, 2016), ambos no Japão. A terceira pesquisa foi realizada no Reino Unido (Adams *et al.*, 2018), sem especificar o local exato da coleta.

Quanto aos objetivos, os estudos de Omori e Shinichi (2016) e Yamaoka *et al.* (2016) apresentaram comparações da saúde emocional materna de grupos de mães de bebês com deficiência e sem deficiência. Já o artigo de Adams *et al.* (2018) faz uma comparação entre saúde emocional de mães de crianças com síndromes genéticas raras com mães de crianças com autismo.

Em relação as participantes dos estudos, o número de mães variou entre 112 e 33.739. Dentre os instrumentos de saúde emocional utilizados para analisar a saúde emocional, Omori e Shinichi (2016) utilizaram um questionário de saúde geral que detecta doenças psiquiátricas não severas, uma escala de inteligência emocional e uma escala de resiliência. Yamaoka *et al.* (2016) utilizaram uma escala de estresse, contendo itens sobre ansiedade e depressão e Adams *et al.* (2018) aplicaram uma escala de ansiedade e depressão, assim como um questionário que avalia o estresse parental que é direcionado às famílias de crianças com deficiências. Quanto

aos procedimentos, as participantes receberam e devolveram o material preenchido por correio (Omori; Shinichi, 2016) ou elas preencheram pessoalmente (Adams *et al.*, 2018). Já no artigo de Yamaoka *et al.* (2016), os dados foram extraídos de um banco de dados do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar do país.

Os principais resultados dos três estudos estão apresentados na Tabela 3. No estudo de Omori e Shinichi (2016), o grupo experimental obteve mais indicativos clínicos de saúde emocional, avaliado pelo questionário de saúde geral. Neste grupo também foi observada correlação negativa entre os escores do questionário mencionado acima e da escala de resiliência, o que significa que, quanto mais problemas de saúde emocional, menos resiliência essas mães apresentavam. O mesmo ocorreu em relação aos escores do questionário de saúde geral com a escala de inteligência emocional indicando que, quanto mais problemas de saúde emocional, menos inteligência emocional foi identificada nas mães de crianças com deficiência.

No estudo de Yamaoka *et al.* (2016) as mães de crianças com deficiência apresentaram sofrimento psicológico materno significativo quando comparadas com mães de crianças sem deficiência. O estudo de Adams *et al.* (2018) apontou para os diferentes fatores tanto da mãe quanto da criança, que influenciaram o bem-estar mental materno. A depressão materna foi prevalente independentemente da criança, na maioria dos casos e o estresse materno apresentou maior relação com as habilidades e idade da criança. Em mães com saúde emocional positiva, a idade da mãe e da criança foram mais influentes do que as habilidades da criança e em algumas síndromes houve níveis comparáveis de depressão e estresse, quando comparadas com mães de crianças com autismo (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos estudos com delineamento exploratório de comparação entre grupos.

Autores, ano e país	Objetivo	Participantes	Instrumentos	Procedimento	Resultados
Omori & Shinichi (2016), Japão.	Comparar saúde mental entre mães de crianças e adolescentes com e sem deficiência	79 mães de crianças e adolescentes com transtornos mentais, de desenvolvimento ou comportamentais e, 33 mães de crianças sem deficiência.	General Health Questionnaire (GHQ) / Emotional Intelligence Quotient Scale (EQS) /Ego Resiliency Scale (ERS)	Participantes receberam e devolveram o material via correio.	Os resultados obtidos apontaram para saúde mental mais favorável para o grupo controle do que para o grupo experimental.

Yamaoka <i>et al.</i> (2016), Japão	Comparar o sofrimento psicológico de mães de crianças com deficiência com mães de crianças sem deficiência.	33.110 mães e pais de crianças sem deficiência e 629 mães e pais de crianças com deficiência	Kessler 6 (K6), versão japonesa	Os dados foram extraídos do Comprehensive Survey of Living Conditions (CSLC).	Os resultados apontaram para sofrimento psicológico mais intenso entre as mães de crianças com deficiência do que entre as mães de crianças sem deficiência.
Adams <i>et al.</i> (2018), Reino Unido	Comparar a saúde mental e bem-estar de mães de crianças com síndromes genéticas raras com mães de crianças com autismo, correlacionando-a com aspectos da criança.	73 mães de crianças com síndromes genéticas raras e 74 mães de crianças com autismo	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) / The Parent and Family Problems Subscale from the Questionnaire on Resources Stress (QRSF)	Os instrumentos foram distribuídos aos membros de cada grupo de apoio à síndrome e devolvidos preenchidos.	Fatores da criança e da mãe influenciaram diferentes aspectos do bem-estar mental materno. A depressão materna foi influenciada pelas habilidades da criança independente da síndrome. O nível do estresse materno foi associado com as habilidades e com a idade da criança. Entre as mães com saúde mental positiva, a idade da mãe e da criança foram mais influentes do que as habilidades da criança. Algumas síndromes relataram níveis comparáveis de depressão (SMS, 1p36, CdLS) e estresse (SMS, AS) do que para mães de crianças com autismo.

Fonte: Elaborada pela autora.

ESTUDOS COM DELINEAMENTO EXPLORATÓRIO TRANSVERSAL

O segundo grupo de artigos apresentados são os estudos com delineamento exploratório transversal. No total, nove estudos fizeram parte dessa categoria.

A Tabela 2 descreve os artigos de acordo com seus objetivos. A maioria dos estudos (Kimura; Yamazaki, 2016; Gilson *et al.*, 2018; Souza *et al.*, 2018; Lima; Souza, 2021; Dikow *et al.*, 2019; Theodore-Oklota *et al.* 2020) tiveram como finalidade avaliar a saúde emocional de mães de crianças com deficiência. O estudo de Orta *et al.* (2016) investigou a relação entre sono e depressão de mães de crianças com deficiência, assim como o estudo de Berrocoso *et al.* (2020) que buscou relacionar o perfil sociodemográfico e psicossocial com a saúde emocional de mães de crianças com deficiência. Já o estudo de Kjørandsen *et al.* (2020) teve como objetivo avaliar a eficácia de um instrumento de avaliação da saúde emocional de mães de crianças com deficiência. Somente dois estudos brasileiros avaliando a saúde emocional de mães de crianças com deficiência foram identificados (Souza *et al.*, 2018; Lima; Souza, 2021).

A quantidade de participantes dos estudos variou entre 22 e 613 e o local mais frequente em que os estudos foram realizados foi em hospitais universitários na Alemanha e Noruega (Dikow *et al.*, 2019; Kjørandsen *et al.*, 2020). Outros locais em que as pesquisas foram desenvolvidas foram em escolas, centro de reabilitação, associação e fundação para crianças com deficiência. Alguns estudos não informaram especificamente o local em que foi realizado, mencionando somente a cidade e/ou estado e país. Em relação aos instrumentos utilizados para avaliação da saúde emocional, o instrumento mais frequente foi o General Health Questionnaire (GHQ-12), que é um questionário de saúde geral que detecta doenças psiquiátricas não severas, como já mencionado anteriormente (Kimura; Yamazaki, 2016; Souza *et al.*, 2018; Lima; Souza, 2021). Nenhum outro instrumento se repetiu entre os artigos. Quanto aos procedimentos utilizados para a avaliação da saúde emocional, o método mais frequente foi o responder individualmente e presencialmente (Orta *et al.*, 2016; Gilson *et al.*, 2018; Souza *et al.*, 2018; Lima; Souza, 2021; Kjørandsen *et al.*, 2020). As participantes receberam os instrumentos via correio e os devolverem do mesmo modo (Kimura; Yamazaki, 2016), receberem antes da primeira consulta e devolverem no primeiro atendimento (Dikow *et al.*, 2019) e, também, receberem as instruções via e-mail e responderem por um formulário online (Berrocoso *et al.*, 2020).

Resultados referentes quanto a gravidade da deficiência e, conseqüentemente, o comprometimento funcional das crianças e seu efeito na saúde emocional dos pais foram apresentados em dois estudos (Dikow *et al.*, 2019; Kjørandsen *et al.*, 2020) e tiveram achados semelhantes. Os resultados indicaram que a saúde emocional das mães está fortemente relacionada com o comprometimento funcional do filho e, que, quanto maior for a gravidade da deficiência, menor a saúde emocional e física dos pais, principalmente a ansiedade materna, que é mais grave, assim como sua qualidade de vida. Quanto mais grave a deficiência, maior a ansiedade nas mães, também foi outro achado. No estudo de Berrocoso *et al.* (2020) os resultados apontaram que o enfrentamento focado no problema, que é uma estratégia de engajamento, foi relacionado com uma melhora na qualidade de vida dessa população. No estudo de Theodore-Oklotá *et al.* (2020), os cuidadores descreveram os desafios de cuidar de alguém com deficiência, seu impacto na qualidade de vida e a capacidade de trabalhar fora de casa. De forma geral, todos os estudos indicaram resultados desfavoráveis à saúde emocional de mães de crianças com deficiência (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização dos estudos com delineamento exploratório transversal.

Autores (ano) País	Objetivo	Participantes	Instrumentos	Procedimento	Resultados
Kimura, M., & Yamazaki, Y. (2016). Escolas especiais Japão	Investigar preditores de saúde mental e mudança positiva entre mães de crianças com deficiência intelectual, intelectual com base no conceito do modelo Double ABCX.	613 mães de crianças (450 meninos e 161 meninas) com deficiência intelectual, TEA e Síndrome de Down (idade média: 13 anos).	General Health Questionnaire (GHQ-12), versão japonesa	O questionário foi enviado e devolvido via correio.	Os resultados mostraram que o modelo Double ABCX explicou 46,0% da variância na saúde mental das mães e 38,9% na mudança positiva. O preditor mais poderoso desse modelo foi o SOC (senso de coerência) e o SC (capital social) que estavam direta e indiretamente relacionados à saúde mental e à mudança positiva por meio do SOC das mães.
Orta, O. R. <i>et al.</i> (2016). Centro de reabilitação Chile	Avaliar a associação entre sono e depressão usando características de sono autorrelatadas (subjetivas) e actigráficas (objetivas) entre cuidadoras de crianças com deficiência.	75 mulheres cuidadoras de crianças com transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema nervoso, do sistema musculoesquelético, anormalidades cromossômicas e malformações.	Patient Health Questionnaire (PHQ-8); Pittsburgh Sleep Quality Index; Monitores actígrafos de pulso para aferir a qualidade e distúrbios de sono.	Os dados foram coletados individualmente pelo pesquisador e o sono foi monitorado por 7 noites.	A pontuação do PHQ-8 apontou que 26,3% dos participantes apresentaram depressão. Mulheres deprimidas eram mais propensas a autorrelatar mais episódios de sono comparando-as com mulheres não deprimidas. Entre as deprimidas, a duração do sono e o tempo total na cama foram significativamente subestimados. Em modelos multivariáveis, a depressão foi negativamente associada com a duração do sono subjetivo e sono objetivo.
Gilson, K-M. <i>et al.</i> (2018) Austrália	Descrever as necessidades de cuidado de saúde mental e preferências de apoio de mães de crianças e jovens entre 0 e 25 anos com deficiência.	294 mães de crianças e jovens entre 0 e 25 anos com deficiência	Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) / Beck Depression Inventory-II (BDI-II)/ Kessler Psychological Distress Scale (K-10) / Single-item measure of self-rated mental health (SRMH)/ National Survey of Mental Health and Wellbeing.	As participantes responderam individualmente os instrumentos	Altas taxas de doença mental foram auto-identificadas nos últimos 12 meses, clinicamente significativas, como depressão (44%), ansiedade (42%) e tentativa de suicídio (22%). Aproximadamente metade (48%) das mães relatou alto índice de estresse.

Souza, L. E. C. <i>et al.</i> (2018). Brasil	Analisar o impacto de cuidar de uma criança com síndrome congênita do vírus Zika (SCZ) na saúde mental dos pais.	69 mães e 17 pais de 69 crianças diagnosticadas com o vírus Zika (SZC). As crianças tinham entre um e 20 meses de idade	Positive and Negative Affect Schedule (PA-NAS); Satisfaction with Life Scale (SWLS); Fatigue Assessment Scale (FAZ); General Health Questionnaire (GHQ-12)	Os pais responderam individualmente aos instrumentos	Os resultados indicaram que cerca de 7% dos participantes apresentavam baixos níveis de saúde mental e provável transtorno emocional, níveis mais altos de fadiga e afetos negativos e níveis mais baixos de satisfação com a vida. As mães relataram sentir menos afetos positivos e mais negativos, menor nível de satisfação com a vida, maior nível de fadiga e pior saúde mental do que os pais.
Lima, T. J. S., & Souza, L. E. C. (2021). Brasil	Avaliar o papel da autoeficácia parental (AEP) entre os fatores socioambientais e a saúde mental das mães de crianças com síndrome da Zika congênita (SZC).	69 mães de crianças com o vírus Zika (SZC)	Positive and Negative Affect Schedule (PANAS); Satisfaction with life Scale (SWLS); Fatigue Assessment Scale (FAZ); General Health Questionnaire (GHQ-12)	As mães responderam individualmente aos instrumentos	Os resultados apontaram que os afetos negativos e satisfação com a vida, predisseram de forma significativa a saúde mental de mães de crianças com SZC. Foi observado que a AEP desempenha um papel mediador na relação da satisfação com a vida, dos afetos negativos e da fadiga com a saúde mental.
Dikow, N. <i>et al.</i> (2019). Alemanha Hospital Universitário	Avaliar as motivações, expectativas, saúde mental, física e a qualidade de vida de pais de filhos com deficiência intelectual estavam em fase de diagnóstico genético.	194 pais (mães e pais) de crianças com deficiência intelectual	Family-related QoL (FLQ); SF-12 health survey; State Trait Anxiety Inventory	As famílias receberam os questionários antes e devolveram na primeira consulta	A saúde mental dos pais foi significativamente menor em comparação com a amostra normativa. A gravidade da deficiência intelectual da criança correlacionou-se negativamente com a saúde mental e física dos pais e qualidade de vida e correlacionou positivamente com a ansiedade.
Berrocoso, S. <i>et al.</i> (2020). Espanha	Relacionar o perfil sociodemográfico e psicossocial de pais de crianças com síndrome de Wolf-Hirschhorn com sua qualidade de vida e bem-estar.	22 cuidadores (19 mães e 3 pais) de crianças e jovens com diagnóstico confirmado da síndrome de Wolf-Hirschhorn (WHS)	World Health Organization's QoL WHO-QOL - BREF; Zarit Burden Interview (ZBI); The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R); Coping Stra-	As informações sobre os objetivos do projeto foram dadas por e-mail e os pais responderam os	O impacto na qualidade de vida dos pais e a relação negativa com a sintomatologia foram avaliados. O uso de estratégias de engajamento, como o enfrentamento focado no problema, foi associado à melhora na qualidade de vida psicológica e apoio social

			tegies Inventory (CSI); Social Network Questionnaire (SNQ)	instrumentos via Google Forms.	
Theodore-Oklota, C. <i>et al.</i> (2020). Canadá	Descrever sobre a experiência dos pais de viver com alguém com síndrome de Kabuki.	57 pais (54 mães e 3 pais) de pessoas com síndrome de Kabuki	Questionário o contendo perguntas de múltipla escolha e questões abertas	Os pais responderam os instrumentos online	Os cuidadores descreveram os desafios de cuidar de alguém com síndrome de Kabuki, incluindo um impacto no bem-estar emocional e a capacidade de trabalhar fora de casa
Kjærandsen, K. S. <i>et al.</i> (2020).	Examinar a aplicabilidade do Everyday Feeling Questionnaire (EFQ) como ferramenta de triagem para a saúde mental dos pais em uma amostra neuropsiquiatria.	Mães e pais de 299 crianças e adolescentes com distúrbios de neuro-desenvolvimento ou deficiências, atrasos no desenvolvimento.	Everyday Feeling Questionnaire (EFQ) (parte do Development and Well-Being Assessment -DAWBA)	Pais responderam aos instrumentos individualmente.	Os itens do EFQ tiveram índices elevados em saúde mental geral. Ela foi mais fortemente associada ao comprometimento funcional da criança do que com as dificuldades emocionais/de condução do filho; não houve relação com distúrbio do neurodesenvolvimento infantil

Fonte: Elaborada pela autora.

ESTUDOS COM DELINEAMENTO EXPLORATÓRIO LONGITUDINAL

Os estudos com delineamento exploratório longitudinal formam o terceiro grupo de artigos apresentados. No total, dois estudos categorizam esse delineamento. Os dois artigos tinham como objetivo descrever o estresse em mães de bebês e crianças com deficiência e um dos estudos também avaliou a depressão nesse público.

Quanto aos participantes, local, instrumentos e procedimentos, no estudo de Grollemund *et al.* (2020) participaram 158 mães de crianças com fissura labiopalatina, do estado de Ohio, nos Estados Unidos e, para avaliar a saúde emocional, foram utilizados instrumentos referentes a estresse parental, depressão e impacto familiar. A primeira avaliação foi realizada quando o bebê tinha quatro meses de vida e a segunda foi feita aos 12 meses de idade do bebê. No estudo de Briegel e Andritschky (2021) 94 mães de crianças e adolescentes com síndrome de deleção 22q11.2 (Síndrome de DiGeorge) participaram do estudo. A pesquisa foi desenvolvida em uma fundação especializada na síndrome, na Alemanha. Foram aplicados instrumentos que avaliaram aspectos da personalidade como tensão e satisfação com a vida, a orientação social das mães com crianças com deficiência,

estresse parental e estratégias de enfrentamento. Após quatro anos, 57 dessas mães foram reavaliadas.

Quanto aos resultados, no estudo de Grollemund *et al.* (2020), houve diminuição do estresse materno após intervenção precoce, identificados na avaliação realizada aos quatro meses do bebê e, também, melhor preparação dos pais para aguardar a primeira intervenção cirúrgica, quando estes souberam do diagnóstico do bebê ainda no período pré-natal. Em relação a depressão, houve mais indicadores clínicos para esses pais de bebês com fissura labiopalatina do que para a população geral. No estudo de Briegel e Andritschky (2021), as mães de crianças e adolescentes com síndrome de deleção 22q11.2 (Síndrome de DiGeorge), não apresentaram mudança significativa em relação ao estresse materno após quatro anos da avaliação da saúde emocional, mas foram identificadas um aumento nos níveis de tensão dessas mães e uma redução com a satisfação com a vida após esse período (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização dos estudos com delineamento exploratório longitudinal.

Referências	Objetivos	Participantes	Local	Instrumentos	Procedimento	Resultados
Grollemund, B. <i>et al.</i> (2020).	Descrever os níveis de estresse e depressão de pais de bebês com fissura labial ou fissura palatina, durante o primeiro ano de vida	Mães de 158 bebês com fissura lábio palatal	Ohio, EUA	Índice e Estresse Parental (PSI); Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS); Escala de Impacto Familiar (IOFS)	Os dados foram coletados em dois períodos: a) quando a criança tinha quatro meses; b) quando a criança tinha 12 meses	A intervenção precoce diminuiu significativamente o estresse materno avaliados com o PSI aos quatro meses. Pais que tiveram acesso a informação da cirurgia no pré-natal estavam mais preparados para aceitar o tempo de espera entre o nascimento e a primeira intervenção cirúrgica (IOFS). Maiores escores de depressão pós-parto (EPDS) foram encontrados para ambos os pais em comparação com a população geral.
Briegel, W., & Andritschky, C. (2021).	Descrever o nível de estresse das mães e adolescentes com Síndrome de	Mães de 94 crianças e adolescentes com síndrome de deleção 22q11.2 (Síndrome de Di George)	Germãnia, 22q11.2DS Foundation, KiDS	Inventário de Personalidade de Freiburg-R; The Social Orientation of Parents with Handicap-ped Children	As mães foram avaliadas quanto ao estresse parental, estratégias de enfrentamento	O estresse materno não mudou significativamente ao longo do tempo, mas as mães demonstraram aumento nos níveis de tensão e satisfação

DiGeorge e suas estratégias de enfrentamento	22q11, Alemanha	e aspectos da personalidade (tensão e satisfação com a vida). Após quatro anos, 57 mães foram reavaliadas.	com a vida reduzida em T2
--	-----------------	--	---------------------------

Fonte: Elaborada pela autora.

ESTUDO COM DELINEAMENTO QUASE EXPERIMENTAL

O objetivo do único estudo encontrado com este delineamento tinha como objetivo verificar a eficácia de um programa parental positivo em relação a saúde emocional de mães de crianças com deficiência intelectual (Ashori; Norouzi; Jalil-Abkenar, 2019).

Participaram do estudo 36 mães de crianças com deficiência intelectual, selecionadas de forma não randômica, na qual 18 delas integraram o grupo experimental e, 18, o grupo controle. A coleta de dados foi realizada em escolas primárias especiais do Irã. O instrumento utilizado para avaliar a saúde emocional foi um questionário de saúde geral, aplicado nas participantes dos dois grupos, antes e após as mães do grupo experimental participarem da intervenção que teve duração de três meses.

Como resultado, houve melhora nos sintomas somáticos, na ansiedade, depressão, disfunção social e saúde emocional das mães de crianças com deficiência intelectual após a intervenção (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização do estudo com delineamento quase experimental.

Referências	Objetivos	Participantes	Local	Instrumentos	Procedimento	Resultados
Ashori M, Norouzi G, Jalil-Abkenar S. S. (2019).	Examinar a eficácia do programa parental positivo (Triple-P) sobre a saúde mental de mães de crianças com deficiência intelectual (DI)	Trinta e seis mães de alunos com deficiência intelectual, divididas em dois grupos: intervenção (GE) e controle (GC), com 18 participantes cada.	Escolas primárias especiais em uma cidade do Irã	General Health Questionnaire (GHQ-12); Instrumento para coleta de dados sociodemográficos	As participantes dos dois grupos responderam ao GHQ antes e depois das mães do GE participarem da intervenção (3 meses). O programa Triple – P foi aplicado durante 12 sessões semanais, com duração de 80 minutos, utilizando: discussão em grupo, modelagem, role-	Os resultados deste estudo indicaram que o Triple-P teve efeito sobre os sintomas de ansiedade, depressão, disfunção social e saúde mental de mães de crianças com deficiência intelectual. Os autores concluíram que o treinamento de habilidades parentais melhorou a saúde mental das mães de crianças com deficiência intelectual.

playing, vídeo
demonstração e
ensaio
comportamental.

Fonte: Elaborada pela autora.

DISCUSSÃO

O presente estudo de revisão teve o objetivo de analisar o delineamento e as variáveis presentes em artigos sobre a saúde emocional materna, incluindo estresse, ansiedade e/ou depressão, de mães que tenham pelo menos um filho com deficiência, dos últimos cinco anos (2016 – 2021) de publicações nacionais e internacionais. Destas, dois estudos foram identificados no Brasil, do mesmo grupo de pesquisadores, sobre a saúde emocional de mães de crianças com vírus Zika (SZC). Observou-se uma escassez de estudos brasileiros sobre o estado emocional de mães com filhos com deficiência. Esse dado corrobora as afirmações de Fruhling *et al.* (2022) sobre a falta de estudos que analisem ou que testem intervenções voltadas para essa população, que deveria ter suporte, principalmente terapêutico, logo após o diagnóstico de deficiência do filho e também ao longo do seu desenvolvimento. Na maioria das vezes ela é a cuidadora principal e responsável por todo o cuidado envolvendo a criança, o que pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas emocionais clínicos. Paixão *et al.* (2022) também evidenciaram o baixo número de pesquisas realizadas sobre a temática e ressaltaram sobre a importância de que estudos sejam desenvolvidos com essa população.

A saúde emocional materna também é uma questão de ordem econômica, fator apontado no estudo de Bauer *et al.* (2022), sobre os impactos que a falta de cuidados pode ocasionar, ao longo da vida da mulher e de sua família. No levantamento realizado por esses pesquisadores, estar no período perinatal e ser residente de um país de média e baixa renda são dois aspectos que podem contribuir para problemas de saúde mental. Eles também ressaltaram que houve um aumento nos sintomas de depressão e transtornos de ansiedade entre as mães durante a pandemia. Concluíram que, apesar da saúde mental materna ser uma preocupação global, mais de 80% de mulheres com depressão perinatal permanecem sem diagnóstico, o que eleva a preocupação sobre a necessidade de formas de identificação e tratamento desta população. Desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com situações envolvendo estresse, ansiedade e construir redes de apoio são formas de auxiliar

mães de bebês, como forma de prevenção de problemas de saúde emocional, conforme apontado por Steen e Francisco (2019).

Outro aspecto observado foi quanto ao delineamento utilizado nos estudos. Dos 15 artigos selecionados, nove (60%) utilizaram o delineamento exploratório transversal. A alta frequência deste tipo de estudo parece indicar que se conhece pouco o fenômeno, o que resulta em poucos estudos de intervenção. Deles, dois estudos utilizaram o delineamento exploratório longitudinal.

Estudos de comparação entre grupos também foram frequentes (20%), posteriormente às pesquisas envolvendo delineamentos transversais, sendo que dois deles compararam grupos de crianças com deficiência com grupos de crianças típicas e o terceiro comparou a saúde mental de mães de crianças com dois tipos de condições, sendo uma com síndromes genéticas raras e a outra com crianças com autismo.

Entre os estudos apenas um investigou a eficácia ou eficiência de programas, mas com delineamento quase-experimental. Este tipo de estudos apresenta menor validade interna e externa por ter grupo controle, mas sem a distribuição aleatória dos participantes dos dois grupos (Marin *et al.*, 2021). O resultado obtido mostra sobre a necessidade de que sejam desenvolvidos estudos sobre intervenções para a saúde emocional de mães de bebês/crianças com deficiência. Conforme mencionado pelos autores, eles possuem validade interna intermediária, porém o pesquisador tem a possibilidade de, dependendo do modo que coletar os dados, neutralizar o máximo de ameaças à essa validade mesmo sem a distribuição aleatória, sendo possível inferir relações de causas e efeitos. Do estudo selecionado e analisado na presente pesquisa, com delineamento quase-experimental, observa-se que a população foi mães de crianças com deficiência intelectual, não sendo encontrados então, estudos no período analisado sobre intervenções envolvendo saúde emocional de mães de crianças com variabilidade quanto ao tipo de deficiência.

Quanto ao procedimento de coleta de dados, observou-se um predomínio da utilização de instrumentos padronizados (93,33%) para a investigação sobre a saúde emocional materna, em detrimento de um único estudo que utilizou um questionário contendo perguntas de múltipla escolha e questões abertas (6,67%) para fazer essa avaliação. A utilização de instrumentos padronizados confirma os dados obtidos por Pederro (2018), que fez avaliação da saúde emocional de mães de crianças com risco para deficiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi analisar o delineamento e as variáveis presentes em artigos sobre a saúde emocional materna, incluindo estresse, ansiedade e/ou depressão, de mães que tenham pelo menos um filho com deficiência, dos últimos cinco anos (2016 – 2021) de publicações nacionais e internacionais.

Com os resultados da presente revisão de literatura, percebe-se escassez de pesquisas sobre a temática, no período em que foram analisadas publicações nacionais e internacionais, principalmente no âmbito nacional, o que é um fator preocupante, pois a falta de investimentos nessa população gera um problema de ordem de saúde pública, social e econômica.

A limitação do estudo foi o acesso aos artigos em um período curto de tempo. É importante que estudos futuros sejam realizados com a finalidade de avaliação e intervenção para essa população, para que sejam assistidas o mais breve possível, a fim de contribuir para a saúde emocional dessas mães e para um bom estabelecimento de vínculo entre a mãe e o bebê, que são fatores importantes para o desenvolvimento socioemocional infantil.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, D. et al. Using Bayesian methodology to explore the profile of mental health and well-being in 646 mothers of 5 children with 13 rare genetic syndromes in relation to mothers of 7 children with autism. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, v. 13, n. 1, p. 1-14, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed, texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- ASHORI, M.; NOROUZI, G.; JALIL-ABKENAR, S. S. The effect of positive parenting program on mental health in mothers of children with intellectual disability. **J. Intellect Disabil.**, v. 23, n. 3, p. 385-396, 2019.
- BALEOTTI, L. R.; OMOTE, S.; GREGORUTTI, C. C. Oficina de atividades: espaço de atenção aos familiares de crianças com deficiência. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 1, p. 03-12, 2015.
- BARBOSA, A. J. G.; OLIVEIRA, L. D. Estresse e enfrentamento em pais de pessoas com necessidades especiais. **Psicologia em Pesquisa**, v. 2, n. 02, p. 36-50, 2008.
- BAUER, A. et al. The lifetime costs of perinatal depression and anxiety in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 319, n. 15, p. 361-369, 2022.

BERROCOSO, S. et al. Coping with Wolf-Hirschhorn syndrome: quality of life and psychosocial features of family carers. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, v. 15, n. 1, p. 1-14, 2020.

BRIEGEL, W.; ANDRITSCHKY, C. Psychological Adjustment of Children and Adolescents with 22q11.2 Deletion Syndrome and Their Mothers' Stress and Coping-A Longitudinal Study. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 5, p. 1-15, 2021.

COSBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

DIKOW, N. et al. What do parents expect from a genetic diagnosis of their child with intellectual disability?. **J Appl Res Intellect Disabil.**, v.32, n. 5, p. 1-9, 2019.

FERREIRA, L. G. **Saúde Mental de Familiares de Crianças com Deficiência, uma Revisão Integrativa**. 2021. 61p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

FERREIRA, T. S.; CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto e variáveis sociodemográficas em mães de bebês com e sem Síndrome de Down. **PSICO (PORTO ALEGRE)**, v. 50, n. 3, p. 1-13, 2019.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 738-746, 2010.

FRUHLING, M. T. C. et al. Qualidade de vida de mães de crianças com deficiências físicas e mentais. **Revista de Saúde Coletiva da UFEFS**, v. 12, n. 2, p. 1-9, 2022

GALVÃO, T. F; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015.

GILSON, K M. et al. Mental health care needs and preferences for mothers of children with a disability, **Child Care Health Dev.**, v. 44, n. 3, p. 384-391, 2018.

GROLLEMUND, B et al. The impact of having a baby with cleft lip and palate on parents and on parent-baby relationship: the first French prospective multicentre study. **BMC pediatrics**, v. 20, n. 1, p. 1-11, 2020.

KIMURA, M.; YAMAZAKI, Y. Mental health and positive change among Japanese mothers of children with intellectual disabilities: Roles of sense of coherence and social capital. **Research in Developmental Disabilities**, v. 59, p. 43-54, 2016.

KJÆRANDSEN, K. S. et al. Parental mental health screening in a neuropaediatric sample: Psychometric properties of the Everyday Feeling Questionnaire and variables associated with parental mental health. **J Appl Res Intellect Disabil.**, v. 34, n. 2, p. 1-11, 2020.

- LEAHY-WARREN, P. et al. The experiences of mothers with preterm infants within the first-year post discharge from NICU: social support, attachment and level of depressive symptoms. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020.
- LIMA, T. J. S.; SOUZA, L. E. C. O papel da autoeficácia parental na saúde mental de mães de crianças com Síndrome da Zika Congênita. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 359-368, 2021.
- MARIN, A. H. et al. Delineamentos de Pesquisa em Psicologia Clínica: Classificação e Aplicabilidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. 1-17, 2021.
- MELO, N. M. N. et al. A prematuridade e o bem-estar mental materno: uma revisão integrativa. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n. 1, p. e27355, 2021.
- MONTANHAUR, C. D.; RODRIGUES, O. M. P. R.; ARENALES, N. G. Saúde emocional materna e tempo de internação de neonatos. **Aletheia**, Canoas, v. 54, n. 1, p. 55-63, 2021.
- MONTANHAUR, C. D. et al. Saúde emocional e sentimentos de mães de bebês em UTIN. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 1-9, 2021.
- NEVES, R. S.; ZIMMERMANN, J., BROERING, C. V. UTI Neonatal: o que dizem as mães. **Psicologia e Saúde em Debate**, v.7, n. 1, p. 187–214, 2021.
- NOGUEIRA, S. C. **Práticas educativas, indicadores emocionais maternos e comportamentos dos filhos: famílias nucleares e não nucleares**. 2020. 165f. Tese (Doutorado) - Programa de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2020.
- OMORI, M.; SHINICHI, Y. Comparisons of emotional intelligence, mental health and ecoresilience between mothers of children/adolescents with and without disabilities. **Shimane journal of medical science**, v. 33, n. 1, p. 17-25, 2016.
- ORTA, O. R. et al. Associations of self-reported and objectively measured sleep disturbances with depression among primary caregivers of children with disabilities. **Dovepress Journal: Nature and Science of Sleep**, v. 8, p. 181–188, 2016.
- PAIXÃO, D. P. et al. Saúde mental de mães de crianças com deficiência: uma revisão de escopo. **Educação, Trabalho e Saúde: caminhos e possibilidades em tempos de pandemia**, v. 2, 2022.
- PEDERRO, M. F. P. **Interação mãe-bebê com suspeita de deficiência auditiva e indicadores de saúde emocional materna: comparação com díade mãe-bebê ouvinte**. 2018. 78f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2018.
- PIZETA, F. A. et al. Depressão materna e riscos para o comportamento e a saúde mental das crianças: Uma revisão. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 3, p. 429-437, 2013.

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

RODRIGUES, A. L. P. S.; CARVALHO, A. L. V.; BUCHLI, G. Indicadores de depressão pós-parto no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Rev. Saúde Mult.**, v. 11, n. 1, p. 34-40, 2022.

SCHIAVO, R. A; PEROSA, G. B. Child Development, maternal depression and associated factors: A longitudinal study. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 30, n. 3, p. 1-9, 2020.

SCHIAVO, R. A. et al. Fatores Materno Infantis associados ao desenvolvimento de bebês prematuros e a termo. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 141-157, 2020.

SCHIAVO, R. A. et al. Saúde emocional materna e prematuridade: influência sobre o desenvolvimento de bebês aos três meses. **Pensando fam.**, v. 25, n. 2, p. 98-113, 2021.

SOUZA, L. E. C. et al. Mental Health of Parents of Children with Congenital Zika Virus Syndrome in Brazil. **Journal of Child and Family Studies**, v. 27, p. 1207–1215, 2018.

STEEN, M.; FRANCISCO, A. A. Maternal Mental Health and Wellbeing. **Acta Paul Enferm.**, v. 32, n. 4, p. 3-6, 2019.

TEKINARSLAN, I. C. A comparison study of depression and quality of life in Turkish mothers of children with Down syndrome, cerebral palsy, and autism spectrum disorder. **Psychological Reports**, v. 112, n. 1, p. 266-287, 2013.

THEODORE-OKLOTA, C. et al. Caregiver-reported clinical characteristics and the burden associated with Kabuki syndrome. **Am J Med Genet Part A.**, v. 182, n. 7, p. 1592–1600, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World mental health report: transforming mental health for all. World Health Organization, 2022.

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

YAMAOKA, Y. et al. The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in Japan. **SSM-PopulationHealth** n. 2, p. 542–548, 2016.

ESTUDO 2: Saúde emocional e rede de apoio de mães de bebês com deficiência

A saúde emocional é um constructo amplo que envolve a presença/ausência de estresse, ansiedade e depressão, que podem aparecer em conjunto ou separados. São avaliados em termos de indicadores clínicos e não clínicos, a partir dos resultados de instrumentos específicos.

O estresse se caracteriza como qualquer tipo de alteração que cause desgaste emocional ou físico, sendo uma resposta do corpo às situações que exijam atenção ou ação (WHO, 2021). Cada indivíduo irá desenvolver o processo de estresse de uma maneira diferente, pois um mesmo evento poderá ser classificado como aversivo ou não, dependendo de como a pessoa aprendeu a percebê-lo (Sanzovo; Coelho, 2007). Para os autores, o estresse está relacionado com a ontogênese, ou seja, a história de vida da pessoa, uma vez que os sentimentos, pensamentos, regras e autorregras são aprendidos no decorrer da vida.

A ansiedade é descrita em termos de sentimentos de angústia e medo, sendo que os sintomas podem variar de leves a graves (WHO, 2017). Em uma revisão de literatura sobre o constructo sob a ótica da Análise do Comportamento, Coelho e Tourinho (2008) referiram-se a um consenso entre os pesquisadores quanto a ansiedade estar sob controle das relações comportamentais do indivíduo e das contingências que as produzem. Estão presentes alterações corporais produzidas por essas contingências, fruto dos processos pelos quais estímulos verbais participam dessas relações e dos ambientes sociais que favorecem a instalação e manutenção da ansiedade. Os autores também afirmaram que, na ansiedade, diferentemente do fenômeno da depressão, há uma sinalização dos estímulos incontroláveis que, em geral, são aversivos, o que se pode dizer que a sinalização seja um estímulo pré-aversivo.

A depressão se caracteriza por perda de interesse ou prazer, tristeza, sentimento de culpa, baixa autoestima, distúrbios do sono, falta de concentração e cansaço, podendo ser duradoura ou recorrente e interferindo nas tarefas diárias do indivíduo (WHO, 2017). Dougher e Hackbert (2003) mencionaram que na literatura é comum haver uma categorização dos sintomas depressivos como déficit comportamental (relacionado a atividades públicas, nas quais extinção e punição podem estar atuando), afetivo (relacionados a sentimentos) ou cognitivo (relacionados a pensamentos, como autocrítica persistente ou atenção seletiva para experiências negativas).

Muito são os fatores que podem desencadear alterações negativas na saúde emocional da mulher. Entre elas está a maternidade e, ainda, o nascimento de um filho com deficiência. A saúde emocional de mães de crianças com deficiência está associada à sua história de aprendizagem, relacionada aos sentimentos, pensamentos e regras, bem como o conceito de deficiência percebido pelo indivíduo. Também é importante levar em consideração suas relações pessoais e ambientes sociais proximais, além das suas reservas e déficits comportamentais.

Pesquisadores têm investigado o impacto da chegada de um bebê com deficiência para a família (Ferreira, 2021; Santos *et al.*, 2018). Ferreira (2021), em seu estudo de revisão, encontrou resultados que indicaram que famílias de crianças com deficiência, física e/ou intelectual, enfrentam problemas de saúde emocional, principalmente em relação a estresse, ansiedade, depressão e angústia. O autor destaca a importância de uma reestruturação familiar e resignificação da criança idealizada após o nascimento da criança com deficiência, com apoio de profissionais especializados para que a família consiga lidar com as limitações da condição do bebê e com as demandas do processo de reabilitação.

Santos *et al.* (2018) mencionaram sobre o período de adaptação que a família tem que passar, não só pela chegada do bebê com deficiência, mas também pela busca incessante de informações sobre a condição do bebê, por apoio médico e por outros serviços especializados. Tudo isso acrescido do fato de ter que lidar com todos os sentimentos envolvidos diante dessa nova condição, como medo, insegurança, tristeza e frustração. Os autores também apontaram sobre a importância da rede de apoio para essas mães, afirmando que, como a preocupação e o medo sempre estão presentes, o apoio das pessoas ao seu redor pode reduzir o estresse emocional, já que são elas as cuidadoras principais que muitas vezes abdicam da vida que tinham antes do nascimento do bebê. Culturalmente há uma forte expectativa acerca do papel da mulher e principalmente da mãe na sociedade, enquanto cuidadora dos filhos e da família, o que gera pouca preocupação dos demais quanto ao apoio que ela necessita para cumprir esse e outros papéis, como o profissional, por exemplo, garantindo a sua saúde emocional (Silva *et al.*, 2020).

A questão profissional também foi apontada por Lazzarotto e Schmidt (2013) em um estudo realizado com mães de crianças com paralisia cerebral, entrevistando-as sobre seus sentimentos e experiências com a maternidade. Os achados sugeriram um aumento da dedicação e cuidado com a criança com deficiência, sendo que quase todas as mães precisaram interromper a vida profissional para se dedicarem exclusivamente ao filho. Os resultados do estudo sugerem também, que essa abdicção é apenas um dos aspectos de cuidar

de uma criança com deficiência, já que essas mães se percebem mais vivendo a vida dos filhos, com suas rotinas de tratamentos e necessidades específicas, do que cuidando de suas próprias vidas.

Com o objetivo de avaliar o estresse e apoio social percebidos por mães, Matsukura *et al.* (2007) comparou os relatos de mães de crianças com deficiência e mães de crianças com desenvolvimento típico. Os autores concluíram que ambos os grupos apresentaram níveis de estresse clínicos, porém mães de crianças com deficiência percebiam menor rede de apoio. Foi também observada uma correlação negativa entre estresse e satisfação com o suporte social, ou seja, quanto mais estressadas menor a satisfação em relação ao apoio social que recebiam. Os autores ressaltaram a importância de proposições e implementações de programas de intervenção em saúde emocional para famílias de crianças com deficiência.

Figueiredo *et al.* (2010) também avaliaram a saúde emocional de mães de bebês, crianças, adolescentes e adultos jovens com Síndrome de Down, com enfoque no estresse parental. Na amostra estudada, as mães eram as principais cuidadoras dos filhos e, a maioria delas não trabalhava fora de casa. Os resultados mostraram que seus níveis de estresse foram mais elevados em comparação com mães de filhos com desenvolvimento típico e com os próprios pais de seus filhos com deficiência. Além disso apresentaram mais dificuldades em desempenhar seu papel parental quando na presença do filho com deficiência. As autoras também ressaltaram que 86,1% dessas mães não receberam apoio psicológico. Elas concluíram destacando a pouca atenção que o estresse parental, em famílias com pessoas com Síndrome de Down, tem recebido no mundo inteiro. Sugerem que um maior conhecimento sobre a saúde emocional dos pais permitiria melhorar os serviços existentes com o desenvolvimento de novas estratégias para auxiliar os profissionais da saúde na prevenção ou tratamento dessa população.

A ansiedade e a depressão de mães de bebês com deficiência e/ou suspeita de deficiência também foram avaliadas por diversos estudos (Perosa; Silveira; Canavez, 2008; Lazzarotto; Schmidt, 2013; Vilaseca; Ferrer; Olmos, 2014; Pederro, 2018). Para comparar a saúde emocional de mães que tiveram bebês com malformações visíveis, Perosa, Silveira e Canavez (2008) aplicaram o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) para avaliar a depressão e ansiedade, respectivamente. Esta aplicação ocorreu em dois momentos: logo após o nascimento do bebê, mais especificamente durante sua permanência na UTI e UCI Neonatal da maternidade e, após três meses de alta hospitalar. Resultados mais graves foram encontrados na primeira aplicação dos instrumentos, com diminuição dos indicadores clínicos na segunda avaliação. As autoras levantaram a

hipótese da recenticidade da notícia e o ambiente hospitalar, com todos os seus desdobramentos, como um fator de aumento nos índices de saúde mental.

Lazzarotto e Schmidt (2013) também investigaram sobre a possível presença de estresse, ansiedade e depressão em mães de crianças com paralisia cerebral. As mães responderam a uma Entrevista semiestruturada, aos Inventários de Depressão e de Ansiedade de Beck e ao Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. Como resultado, houve um predomínio de níveis clínicos de estresse. Em relação a ansiedade, os indicativos distribuíram-se entre moderados e mínimos e, quanto a depressão, os achados apontaram para nível mínimo. As autoras justificaram os níveis elevados de estresse devido a falta de rede de apoio durante a maior parte de sua vida diária e sobrecarga de responsabilidades.

Sintomas ansiosos e depressivos foram avaliados e comparados entre mães e pais de crianças com deficiência intelectual por Vilaseca, Ferrer e Olmos (2014). Os achados apontaram para escores mais altos de ansiedade e depressão em mães quando comparados com os pais. Segundo as autoras, esse resultado pode ser explicado por variáveis individuais, como a situação de emprego do pai, que se ausenta a maior parte do dia, e a responsabilidade da mãe pelas tarefas domésticas e de cuidados com o filho.

Outro estudo comparou o estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com suspeita de deficiência auditiva com mães de bebês sem suspeita de deficiência (Pederro, 2018). Os resultados apontaram para alta prevalência de sintomas clínicos para depressão, ansiedade traço e estado para o primeiro grupo. Tais dados sugerem a importância de intervenções junto às mães, especialmente quando em fase de diagnóstico.

Os estudos analisados apontaram para os diversos desdobramentos na vida dos pais, em especial das mães, relacionados à saúde emocional, a percepção da rede de apoio e as dificuldades inerentes aos cuidados com suas crianças, agravadas ainda, pelas condições apresentadas pelos filhos à medida que crescem. Um fator de proteção é a rede de apoio percebido pelos cuidadores. Todavia, foram encontrados apenas três estudos que avaliaram a percepção de rede de apoio e o estresse de mães de crianças com deficiência (Matsukura *et al.*, 2007; Figueiredo *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2018). Observou-se que os estudos têm avaliado a saúde emocional dos pais e, também a rede de apoio, mas somente associado com estresse, o que aponta para uma lacuna na literatura, de estudos que avaliem a saúde emocional (estresse, depressão e ansiedade) mas que também a relacionem com a rede de apoio percebida de cuidadores de crianças com deficiências já identificadas ou com suspeita de deficiência, caracterizados por atrasos no desenvolvimento na primeiríssima infância. É nesse período de desenvolvimento, definido como de zero a três anos de idade, que ações

preventivas devem acontecer, tanto visando o melhor desenvolvimento da criança, como a adaptação dos pais, especialmente das mães, ao novo papel (Comitê Científico do Núcleo Ciência pela Infância, 2014). Portanto, identificar aspectos da sua saúde emocional, assim como da sua percepção da rede de apoio pode fornecer informações importantes para futuras intervenções.

1. OBJETIVOS

Têm-se por objetivos do presente estudo: a) descrever e comparar a saúde emocional materna (estresse, ansiedade e depressão) com o esperado em instrumentos validados; b) descrever a rede de apoio social de mães de crianças com deficiência e, c) correlacionar a percepção de rede de apoio com a saúde emocional materna.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo sobre os efeitos da saúde emocional materna e a rede de apoio social percebida.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista – “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, da cidade de Bauru/SP (processo nº 3.509.816/2019). Para a coleta dos dados, foram tomadas todas as providências éticas cabíveis por ocasião do convite para a participação neste projeto, de acordo com o CNS, resolução 466/2012 do CONEP. As participantes foram informadas sobre o objetivo do projeto, as atividades pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados em eventos e publicações da área, assim como da manutenção dos demais serviços por eles usufruídos nas instituições parceiras, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes ou responsáveis pelo bebê assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

Cabe ressaltar que foram oferecidas e realizadas sessões de devolutivas dos dados individuais para as participantes ao final do projeto e, quando necessário, foram realizadas as orientações e os encaminhamentos apropriados para os serviços de Psicologia da rede pública da cidade.

2.1 Participantes

Participaram 25 mães de crianças com deficiência de duas instituições de Bauru, SP, que recebem as crianças identificadas em maternidades da região e encaminhadas para os Núcleos de Atendimento de Saúde, que via uma Central de Atendimentos, as direcionam a uma das instituições dependendo da região da cidade onde moram. Na proposta inicial participariam mães de bebês de três a seis meses de idade. Todavia, devido ao percurso burocrático que as famílias fazem para chegar ao serviço constatou-se rapidamente a dificuldade em conseguir a população na idade esperada, já com um diagnóstico de deficiência. Optou-se por alterar a faixa etária para bebês de três a 24 meses de idade. Essa medida foi positiva, resultando no aumento do número de participantes na presente pesquisa.

As variáveis sociodemográficas das 25 mães¹ participantes estão descritas na Tabela 1. Quanto a idade materna, 56% estavam na faixa etária de até 30 anos, 48% das mães concluíram o ensino médio, 72% estavam em uma união estável e 56% tinham dois ou mais filhos.

Tabela 1. Caracterização das mães quanto a idade, escolaridade, estado civil e número de filhos.

Características	N = 25	%
Idade materna:		
Até 25 anos	10	40
De 26 a 30 anos	4	16
De 31 a 35 anos	2	8
36 anos ou mais	9	36
Escolaridade:		
Ensino fundamental completo	10	40
Ensino médio completo	12	48
Ensino superior completo	3	12
Estado civil:		
União estável	18	72
Outros	7	28
Número de filhos:		
Um filho	11	44
Dois filhos	14	56

Fonte: Elaborada pela autora.

Foram 26 os bebês participantes, considerando que havia gêmeos na amostra (Tabela 2). Quanto aos bebês participantes, a idade prevalente foi entre nove e 14 meses (34,61%), sendo 53,85% do sexo feminino. Dos bebês, 69,23% já possuíam diagnóstico da deficiência e,

¹ Entre as participantes do estudo, estavam uma tia e uma avó como cuidadoras principais e que possuíam legalmente a guarda do bebê. Também participou uma cuidadora principal da família acolhedora de um dos bebês. Optou-se por considerá-las como participantes da presente pesquisa por estarem com os bebês desde os primeiros três meses, cuidando diariamente da criança. Mesmo com essas cuidadoras principais não sendo mães biológicas dos bebês, o termo “mãe” continuará sendo utilizado em todo o texto.

dos oito bebês restantes, sete eram bebês pré-termo, com comorbidades, porém, estavam em fase de diagnóstico e o bebê restante, apesar de ter nascido a termo e com peso adequado, apresentou suspeita de atraso no desenvolvimento e, também, estava em fase de diagnóstico. Dos bebês com diagnóstico prevaleceu a Síndrome de Down (CID Q90), com 19,23% da amostra. As demais crianças com diagnóstico tinham Transtorno do processamento sensorial² e suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA), Síndrome de Turner (CID Q96), Paralisia cerebral quadriplégica espástica (CID G 80.0) e surdez do ouvido direito, Má formação (pés, mãos, joelho, quadril, nasceu sem testículos), Artrogripose e Aderências peritoneais (CID K66.0 / K 66.9), Mielomeningocele (CID Q05), Agenesia do corpo caloso e visão subnormal de ambos os olhos (CID H54.2), Hemiplegia e Hidrocefalia, toxoplasmose congênita, dois sopros e secreção nos dois olhos, Encefalocele (má formação de linha média), fissura labiopalatina, Paralisia cerebral, Transtornos específicos mistos do desenvolvimento (CID F83) e outras deformidades congênicas dos pés em valgo (CID Q 66.6), Transtornos específicos mistos do desenvolvimento (CID F83) e suspeita de síndrome alcoólica fetal. Na presente amostra, alguns bebês possuíam mais de uma condição (Apêndice 2).

A prematuridade pode implicar em atraso importante no desenvolvimento, mas não são considerados como deficiência. Todavia, considerando a presença de comorbidades, há um risco aumentado para atraso no desenvolvimento, motivo pelo qual são atendidos nas instituições, mas também são fatores de risco para o desenvolvimento do bebê e variáveis importantes para a saúde emocional materna. Na presente amostra, dos sete bebês prematuros, dois nasceram com 25 semanas gestacionais, sendo classificados como prematuros extremos, três bebês nasceram com 29 semanas e um bebê com 31 semanas, sendo que essas idades gestacionais se caracterizam como muito prematuros e um bebê nasceu de 33 semanas, sendo considerado como prematuridade moderada. Este bebê também teve outras questões importantes que aconteceram logo após o nascimento, como hemorragia cerebral, convulsão, anemia e precisou de transfusão de sangue ao nascer, assim como o bebê nascido de 31 semanas que teve hemorragia cerebral e três paradas cardíacas no nascimento.

² Dificuldade alimentar

Tabela 2. Caracterização dos bebês quanto a idade, sexo e condição de saúde.

Características	N = 26	%
Idade do bebê:		
4 a 8 meses	6	23,08
9 a 14 meses	9	34,61
15 a 19 meses	5	19,23
20 a 24 meses	6	23,08
Sexo do bebê:		
Masculino	12	46,15
Feminino	14	53,85
Condição:		
Em fase de diagnóstico	8	30,77
Com diagnóstico definido	18	69,23

Fonte: Elaborada pela autora.

2.2 Caracterização da situação de estudo

As avaliações de saúde emocional e de rede de apoio social foram realizadas nas instituições de serviços especializados Sorri-Bauru e APAE, ambas na cidade de Bauru, interior do estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada em uma sala apropriada, sem ruído ou outros estímulos e garantindo a privacidade da mãe. Nos dois locais de coleta, em função da pandemia, os protocolos de cuidados foram rigorosamente seguidos pelas participantes e pela pesquisadora.

2.3 Instrumentos

2.3.1 Para a coleta dos dados sociodemográficos

A Entrevista Inicial, elaborada para a presente pesquisa, contempla os dados pessoais dos pais e bebês, informações sobre saúde emocional materna (se faz uso de medicação, se passa por acompanhamento psicológico e psiquiátrico) assim como informações anteriores ao nascimento do bebê, condições do nascimento e informações sobre o bebê atualmente (Apêndice 3).

2.3.2 Para avaliação do estresse

Para avaliar o estresse materno, foi utilizada a Escala de Estresse Percebido (PSS). O PSS foi elaborado por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) e validada em três estudos brasileiros (Luft *et al.*, 2007; Reis; Hino; Añez, 2010; Faro, 2015), tendo consistência de Alpha de Cronbach 0,83, 0,77 e 0,96 respectivamente (Faro, 2015). A escala é composta de 14 questões, seguindo o modelo Likert, com alternativas que variam de zero a quatro. Os escores podem variar de zero a 56 e o total é a soma das pontuações. Na presente pesquisa, foi

utilizada pontuação acima de 30 pontos para considerar alto nível de estresse ou estresse em nível clínico (Faro, 2015).

2.3.3 Para avaliação da ansiedade

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) foi elaborado por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) e validado por Biaggio e Natalício (1979). O instrumento é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, que possibilitam a avaliação dos dois conceitos (traço e estado). Os escores podem variar de 20 a 80 pontos, sendo que a baixa pontuação indica baixo nível de ansiedade e a alta, o oposto. Os pontos de corte escolhido neste estudo foram de 48 pontos para cada escala, já utilizado em outros estudos para considerar ansiedade em nível clínico (Perosa; Silveira; Canavez, 2008; Perosa *et al.*, 2009; Schiavo; Rodrigues; Perosa, 2018). A consistência interna da escala apresentou um Alfa de Cronbach de 0,82 na dimensão estado e 0,89 em traço para população feminina (Fioravante *et al.*, 2006).

2.3.4 Para avaliação da depressão

A depressão foi avaliada com a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), elaborada por Cox, Holden e Sagovsky (1987) e validada para a população brasileira por Santos, Martins e Pasquali (1999) e por Santos *et al.* (2007). A escala é um instrumento de autorregistro, composta por dez questões relativas aos sintomas comuns de depressão no período pós-parto. Para cada pergunta há quatro opções de respostas, associadas a uma pontuação que varia de zero a três. A somatória dos pontos das respostas resulta no escore da escala que varia de zero a 30. As qualidades psicométricas para um ponto de corte maior ou igual a dez são de 82,6% (75,3-89,9%) de sensibilidade e 65,4% (59,8-71,1%) de especificidade (Figueira *et al.*, 2009). Os autores sugerem o ponto de corte maior ou igual a dez para identificar mulheres com provável depressão pós-parto) ou depressão em nível clínico. Alfa de Cronbach encontrado foi de 0,87, demonstrando uma forte consistência interna.

2.3.5 Para avaliação da rede de apoio social

A Escala de Apoio Social (EAS) foi elaborada por Sherbourne e Stewart (1991) e traduzida para o português por Chor *et al.* (2001). O instrumento avalia a frequência com que o respondente pode contar com pessoas que o apoiem em diversas situações e é composto por

19 itens, cada um com cinco alternativas, variando de nunca (1) a sempre (5). Ela conta com cinco dimensões funcionais de apoio social: emocional, afetivo, interação social positiva, informação e material. A consistência interna da escala apresentou um Alfa de Cronbach de 0,81 na dimensão de apoio afetivo, 0,89 nas dimensões emocional e de informação, 0,93 na dimensão interação positiva e 0,76 na dimensão material (Chor *et al.*, 2001).

2.4 Procedimento

2.4.1. Procedimento para a coleta de dados

Após levantamentos periódicos realizados nas duas instituições sobre as mães de bebês a partir de três meses a 24 meses de idade que estavam em atendimento, a pesquisadora realizava o convite via telefone, presencialmente, no momento de interconsultas, ou por meio de mensagem de texto. Diante do aceite das participantes, a pesquisadora aproveitava da presença delas nos locais referidos para marcar um horário em que elas não estivessem em outro atendimento com o bebê.

Para a coleta dos dados, era agendado um horário em que a participante já estivesse na instituição para outros atendimentos. No primeiro encontro, os procedimentos referentes ao projeto eram explicados e resolvidas as dúvidas. Aceitando participar do mesmo, a mãe assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Era feita a Entrevista Inicial com a mãe (Apêndice 3) e, em seguida, eram aplicados os instrumentos de saúde emocional e de rede de apoio social, de forma individual. A mãe recebia um instrumento e após respondê-lo, devolvia à aplicadora e recebia outro. Em alguns casos, a mãe solicitava à aplicadora, que permanecia na sala para eventuais dúvidas, que a ajudasse no entendimento dos itens. A aplicação dos instrumentos durava, em média, 40 minutos.

2.4.2. Procedimento de análise de dados

A Escala de Estresse Percebido (PSS), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), a Escala de Depressão Pós-Parto (EPDS) e a Escala de Apoio Social (EAS) foram analisados e categorizados de acordo com seus respectivos manuais de correção. Para os dados obtidos com três dos instrumentos, o teste de Shapiro-Wilk atestou normalidade (PSS- $p=0,252$ IDATE Traço – $p=0,724$; EPDS – $p=0,604$) e foi utilizado o Teste de t de uma amostra, assim como o Teste de Pearson para a análise de correlação. Para as análises com os dados do IDATE Estado utilizou-se Teste de Kolmogorov-Smirnov, cujos dados utilizando o Teste de Shapiro Wilk não atestaram normalidade ($p=0,043$). Análises de frequência absoluta e relativa foram também utilizadas para verificar a incidência de participantes com e sem

indicadores emocionais em nível clínico. A EAS foi descrita em termos de pontuação acima ou abaixo da média. Os dados do PSS, IDATE Traço e EPDS foram relacionadas aos dados de cada uma das dimensões da EAS, utilizando o Teste de Pearson. Para os dados do IDATE Estado utilizou-se o Teste de Spearman. O índice de coeficiência foi de 95%.

3. RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados os dados descritivos de saúde emocional materna em termos de frequência absoluta e relativa de mães com indicadores clínicos e a distribuição da amostra quanto ao número de indicadores clínicos. Também foram analisados os dados de saúde emocional considerando o esperado para a amostra de referência dos testes utilizados.

Quanto a percepção da rede de apoio, serão apresentados os dados médios obtidos pelo grupo em cada uma das dimensões avaliadas pelo instrumento, Correlação entre a saúde emocional e a percepção de rede de apoio também serão analisadas.

3.1 A saúde emocional de mães de bebês com deficiência.

A Tabela 3 mostra a frequência das participantes com indicadores clínicos para estresse, ansiedade e depressão. A Ansiedade Traço (60%) e a depressão (52%) foram os constructos de saúde emocional mais frequentes entre as participantes.

Tabela 3. Distribuição da frequência absoluta e relativa das participantes com indicadores clínicos e não clínicos para saúde emocional materna avaliados pelo PSS, IDATE e EPDS.

Indicadores	Instrumentos							
	PSS		IDATE				EPDS	
	N	%	ESTADO		TRAÇO		N	%
N			%	N	%			
Clínicos	12	48	5	20	15	60	13	52
Não clínicos	13	52	20	80	10	40	12	48

Fonte: Elaborada pela autora.

Todavia, os dados indicaram que as mães apresentaram indicadores clínicos em mais de um constructo. A Tabela 4 mostra a frequência dos indicadores clínicos para a amostra

toda. Observa-se que, das participantes, 44% apresentaram dois ou mais indicadores clínicos para saúde emocional.

Tabela 4. Frequência de quantidade de indicadores clínicos.

Número de indicadores Clínicos	N	%
0	8	32
1	6	24
2	3	12
3	3	12
4	5	20

Fonte: Elaborada pela autora.

Na Tabela 5 apresenta-se a pontuação média do grupo comparada com o ponto de corte de cada um dos instrumentos, utilizando o Teste t para uma amostra. Observa-se que comparando com o valor médio padrão dos instrumentos para o PSS e o IDATE Estado, as médias do grupo ficaram abaixo da pontuação de corte sendo que no caso do IDATE Estado ficou significativamente abaixo da média do teste, porém com efeito pequeno. Para os resultados médios do grupo no IDATE Traço e no EPDS observa-se que não houve diferença entre a nota de corte e a média do grupo, estando os resultados do grupo um pouco acima da média clínica (Tabela 5). Tais dados indicam que o grupo obteve médias próximas a linha de corte, predominantemente com indicadores clínicos nessas áreas.

Tabela 5. Apresentação da diferença entre a média de padronização e a média do grupo.

Instrumentos	Ponto de corte do teste	Média do grupo	DP	P	D (Cohen)
PSS	30	27,8	8,97	0,155	0,155
IDATE Estado	48	39,5	9,35	0,007*	
IDATE Traço	48	49,9	12,21	0,430	0,553
EPDS	10	11,08	7,1	0,454	0,545

Fonte: Elaborada pela autora.

* Teste de Kolmogorov-Smirnov

3.2 A rede de apoio social e a saúde emocional materna.

A percepção da rede de apoio é avaliada a partir de cinco dimensões: material, emocional, de informação, interação social e afetivo. A pontuação máxima do instrumento em

todas as dimensões foi maior que 70, acima da pontuação média do instrumento, indicando uma percepção favorável em todas as dimensões (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da pontuação média das participantes na EAS.

EAS	Média	Desvio Padrão \pm	Mínimo	Máximo
Material	74,6	21,11	20	100
Emocional	71,2	23,01	25	100
Informação	71,8	21,25	25	100
Interação	74,4	18,72	40	100
Afetivo	79,9	17,84	46	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Tomando arbitrariamente a média do grupo como parâmetro, obteve-se o percentual de mães que, segundo sua percepção, relataram estar acima ou abaixo dela, como mostra a Tabela 7. Os dados mostram que na dimensão emocional e na de informação mais do que a metade das mães pontuaram abaixo da média. Observa-se que falta rede de apoio para mais de 40% das participantes, em todas as dimensões.

Tabela 7. Distribuição das participantes de acordo com a percepção acima ou abaixo da pontuação média do grupo.

	Emocional		Material		Informacional		Social		Afetivo	
	Média=74,6		Média=73,07		Média=73,07		Média=71,53		Média=83,07	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abaixo da média do grupo	13	52	11	44	13	52	11	44	10	40
Acima da média do grupo	12	48	14	56	12	48	14	56	15	60

Fonte: Elaborada pela autora.

Foi efetuada a análise de correlação entre os resultados das cinco dimensões de apoio social e os resultados de estresse, ansiedade traço e estado e depressão (Tabela 8). Não foram observadas relações significativas as dimensões de percepção de rede de apoio e ansiedade estado analisadas utilizando o Teste de Spearmann. Foram observadas correlações fracas negativas entre percepção de rede de apoio emocional ($p=0,040$) e material ($p=0,015$) e

estresse. Para ansiedade traço foram observadas correlações moderadas negativas com todas as dimensões da percepção de rede social, indicando que quanto maior a ansiedade traço, menor a percepção de rede de apoio. A depressão correlacionou-se negativamente e fraca com percepção de rede de apoio emocional, material, social e afetivo.

Tabela 8. Resultados da análise de correlação entre os constructos de saúde emocional e as dimensões da percepção de rede de apoio.

	Emocional	Material	Informação	Social	Afetivo
PSS	R=-,334* P=0,040	R=-,390* P=0,015			
IDATE	R=-,501**	R=-,427**	R=-,425**	R=-,540**	R=-,540**
TRAÇO	P=0,001	P=0,007	P=0,008	P=0,000	P=0,000
EPDS	R=-,338* P=0,038	R=-,363* P=0,025		R=-,329* P=0,024	R=-,412* P=0,010

DISCUSSÃO

Os objetivos do presente estudo foram descrever, comparar e correlacionar a saúde emocional materna e a rede de apoio social de mães de crianças com deficiência. Os resultados obtidos demonstraram que a depressão (65%) e a ansiedade traço (57,5%) foram os constructos de saúde emocional mais frequentes entre as participantes. Das participantes da amostra 75% apresentaram níveis elevados em pelo menos um desses constructos (estresse, ansiedade e depressão). Os dados de depressão do presente estudo (52% das participantes) confirmam os identificados por Silva, Lerner e Kupfer (2020). Em uma revisão de literatura sobre a depressão em mães e pais de crianças com deficiência física, os autores identificaram que cerca de 57% dos participantes apresentaram níveis leves, moderados e severos de depressão. Eles concluíram que um fator preponderante é o tempo em que o diagnóstico de deficiência infantil foi estabelecido, assim como reação e elaboração dos pais após ele. Dentre outras sugestões dos autores para estudos futuros, destaca-se a necessidade de avaliação de outros constructos como estresse e ansiedade nessa população. Avaliar os demais constructos dá uma dimensão maior da saúde emocional desta população possibilitando a elaboração de programas ou o encaminhamento para serviços de saúde complementares, em casos mais graves (Benetti; Cunha, 2008).

A maioria das mães deste estudo apresentaram indicadores clínicos para ansiedade traço, estresse e depressão e com níveis próximos ao da pontuação de corte dos instrumentos utilizados. Tal análise ocorreu por não contar com um grupo de comparação de mães de

crianças sem deficiência como nos estudos de Matsukura *et al.* (2007), Figueiredo *et al.* (2010) e Pederro (2018). Esses autores encontraram resultados piores entre as mães de crianças com deficiência. Assim como Vilaseca, Ferrer e Olmos (2014) encontrou resultados piores nas mães quando comparadas com os pais. Ainda que os constructos tenham sido avaliados com instrumentos diferentes, os resultados convergem na mesma direção, indicando a necessidade de atenção diferenciada para essa população desde o diagnóstico da deficiência da criança.

Os resultados do presente estudo também corroboram com os achados de Ferreira (2021), que realizou uma revisão integrativa sobre a saúde mental de familiares responsáveis por crianças com deficiência intelectual e/ou física e identificaram estresse, ansiedade, depressão e angústia como os principais sintomas relatados pelos membros familiares, que se constituíram predominantemente por mães. Outro aspecto mencionado por eles foi em relação à falta de apoio social à essa população, que por vezes tinham que abdicar de autocuidado, lazer e atividades laborais, o que também corrobora com o fato de que 72,5% das mães da presente pesquisa não trabalhavam fora.

A percepção da rede de apoio é um fator de risco para a saúde emocional materna estando associada fortemente com ansiedade traço do que com os demais constructos. Matsukura *et al.* (2007) também encontraram que mães de crianças com deficiência relataram menor percepção de apoio recebido. As mães de bebês com deficiência do presente estudo apresentaram correlações negativas entre todas as dimensões da percepção de rede social (material, emocional, informação, interação e afetivo) com ansiedade traço, isto é, quanto maior a ansiedade traço, menor era a percepção de rede de apoio. Outra correlação negativa foi observada entre depressão e as dimensões emocional, social e afetivo, indicando que as mães, quanto mais indicativos de depressão apresentavam, menor era a percepção de rede de apoio nesses constructos. Spinazola *et al.* (2018) avaliaram a rede de apoio social de mães de crianças com deficiência física (G1), Síndrome de Down (G2) e Transtorno do Espectro Autista (G3), constatando que as mães do primeiro grupo têm menor pessoas com quem possam contar, as do segundo grupo apresentavam necessidade de apoio e ajuda na dinâmica familiar e, as do terceiro grupo, tinham mais necessidade de auxílio na forma de explicar a condição do filho à sociedade e em como se comunicar com eles.

Os achados sobre a correlação entre depressão e rede de apoio em mães de bebês da presente pesquisa também corroboram com os resultados de Santos *et al.* (2022), que identificaram associação entre sintomas de depressão pós-parto em puérperas e baixo nível de suporte social e afetivo. Resultados semelhantes também foram identificados por Morais *et al.*

(2017). Associações entre traços de ansiedade em mães de bebês e baixa percepção de rede de apoio social também foram encontrados por Irurita-Ballesteros *et al.* (2019), ao avaliar a saúde emocional materna tanto no período gestacional quanto no pós-parto. Com isso, ressalta-se sobre a importância de encaminhamento dessa população para serviços de apoio à saúde emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos do presente estudo foram descrever e comparar a saúde emocional, assim como a rede de apoio social de mães de crianças com deficiência e correlacioná-las. Os resultados indicaram que mais da metade de mães de bebês com deficiência apresentaram indicadores clínicos de estresse, ansiedade traço e depressão o que reforça o encontrado em outros estudos da área sugerindo a importância de serviços psicoterapêuticos para essa população. Provavelmente um desdobramento dessas condições é que também percebem sua rede de apoio como desfavorável.

A limitação do estudo foi o baixo número de participantes e a ausência de um grupo controle composto por mães de crianças sem deficiência. Recomenda-se que estudos futuros sejam desenvolvidos com intervenções voltadas à essa população.

REFERÊNCIAS

- BENETTI, S. P. C.; CUNHA, T. R. S. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. **Arq. bras. psicol.**, v. 60, n. 2, p. 48-59, 2008.
- BIAGGIO, A. M. B.; NATALICIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA, 1979.
- CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad Saúde Pública**, v. 4, n. 17, p. 887-896, 2001.
- CÔELHO, N. L.; TOURINHO, E. Z. O conceito de ansiedade na análise do comportamento. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 21, n. 2, p. 171-178, 2008.
- COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983.

COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA. Estudo nº 1: **O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem**, 2014. Disponível em <<http://www.ncpi.org.br>>. Acesso em 29 de nov. de 2023.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British journal of psychiatry**, v. 150, n. 6, p. 782-786, 1987.

DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 167-184, 2003.

FARO, A. Análise Fatorial Confirmatória das Três Versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28 n. 1, p. 21-30, 2015.

FERREIRA, L. G. **Saúde Mental de Familiares de Crianças com Deficiência, uma Revisão Integrativa**. 2021. 61p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

FIGUEIRA, P. et al. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 79-84, 2009.

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. 175-180, 2010.

FIORAVANTE, A. C. M. et al. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço e estado do IDATE. **Avaliação Psicológica**, v. 5, n. 2, p. 217-224, 2006.

IRURITA-BALLESTEROS, C. et al. Saúde mental e apoio social materno: influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos. **Contextos Clínic**, v. 12, n. 2, p. 451-475, 2019.

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

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

MATSUKURA, T. S. et al. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, v.13, n.3, p.415-428, 2007.

MORAIS, A. O. D. S. et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. 1-16, 2017.

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

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

PEROSA, G. B. et al. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 9, p. 433-439, 2009.

REIS, R. S.; HINO, A. A. F.; AÑEZ, C. R. R. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. **Journal of health psychology**, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010.

SANTOS, C. C. T. et al. Estresse emocional em famílias de crianças com necessidades especiais - revisão bibliográfica. **Rev Inic Cient e Ext.**, v. 1, n. Esp. 2, p. 247-9, 2018.

SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPE) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 23, p. 2577-2588, 2007.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escala de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, p. 90-95, 1999.

SANTOS, M. L. C. et al. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. **Esc. Anna. Nery**, v. 26, p. 1-8, 2022.

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

SCHIAVO, R. A.; RODRIGUES, O. M. P. R.; PEROSA, G. B. Variáveis Associadas à Ansiedade Gestacional em Primigestas e Multigestas. **Trends in Psychology/Temas em Psicologia**, v. 26, n. 4, p. 2091-2104, 2018.

SHERBOURNE, C. D; STEWART, A L. The MOS social support survey. **Social Science and Medicine**, n. 32, p. 705-714, 1991.

SILVA, D. R.; LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. Depressão em Pais de Crianças com Deficiência Física: uma Revisão da Literatura de 2013 a 2018. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 559-578, 2020.

SILVA, J. M. S. et al. A feminização do cuidado e a sobrecarga da mulher-mãe na pandemia. **Revista Feminismos**, v. 8, n. 3, p. 149-161, 2020.

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

SPINAZOLA, C. C. et al. Crianças com Deficiência Física, Síndrome de Down e Autismo: Comparação de Características Familiares na Perspectiva Materna na Realidade Brasileira. **Rev. bras. educ. espec.**, v. 24, n. 2, p. 199-216, 2018.

VILASECA, R.; FERRER, F.; OLMOS, J. G. Gender differences in positive perceptions, anxiety, and depression among mothers and fathers of children with intellectual disabilities: a logistic regression analysis. **Qual Quant**, v. 48, p. 2241–2253, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders**: Global Health Estimates. World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Stress**. World Health Organization, 2021. Disponível em <<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>>. Acesso em 05 set. 2022.

ESTUDO 3: A saúde emocional de mães de crianças com deficiência antes e durante a COVID: um estudo comparativo

Estudos têm sido conduzidos para avaliar a saúde emocional de mães de crianças nas mais diferentes condições: crianças pequenas (Rodrigues; Nogueira, 2016; Moraes *et al.*, 2017; Benassule, Cavalcante, Lamy-Filho, 2020); bebês prematuros (Schiavo *et al.*, 2021; Fávares; Peres; Santos, 2012); bebês em UTIN (Montanhaur; Rodrigues; Arenales, 2021; Montagner *et al.*, 2021) e, crianças com deficiência (Vicente *et al.*, 2016; Alves; Rodrigues; Cardoso, 2018; Fontoura *et al.*, 2018; Ferreira; Campos; Rodrigues, 2019).

Na revisão de literatura de Chemello, Levandowski e Donelli (2017) sobre ansiedade materna e maternidade, foi constatado um aumento de estudos na temática, demonstrando um interesse de pesquisadores de diferentes países e de diversas áreas de formação da saúde, com foco mais em depressão do que em ansiedade. As autoras defenderam que identificar e avaliar a ansiedade durante a gestação é uma medida protetiva para a saúde emocional das mães, do desenvolvimento do bebê e da qualidade da interação da díade. Outro achado do estudo de revisão diz respeito ao estresse como um tópico importante no contexto da maternidade, sendo uma sugestão das autoras em aprofundar estudos que relacionem ansiedade e estresse maternos, isto é, dois indicativos importantes de estado emocional que podem estar ocorrendo durante o período gestacional e pós-parto. Elas também sugerem que estudos sejam realizados para aprofundar sobre o estado emocional materno em relação à ansiedade, pelas questões da gravidez, maternidade, relação mãe-bebê e desenvolvimento fetal por si mesmas já implicarem em alterações emocionais, assim como o tipo de apego e apoio social que essas mães tenham.

Questões de saúde emocional materna têm sido alvo de investigação, seja durante a gestação e/ou no pós-parto, já que são períodos em que muitas mudanças fisiológicas, físicas e emocionais estão ocorrendo e que podem alterar o estado emocional da família, principalmente das mães, que são a maioria das cuidadoras principais das crianças. Além dessas transformações, o nascimento de um bebê com deficiência também pode alterar a saúde emocional da família que, muitas vezes, não estava ciente dessa possibilidade.

Estudos de revisão de literatura demonstraram como o nascimento e cuidado de crianças com deficiência podem repercutir na família, principalmente em relação às questões de ordem emocional (Dantas *et al.*, 2019; Pereira, 2019). Dantas *et al.* (2019) realizaram uma revisão sobre artigos que abordam o nascimento e cuidados com uma criança com deficiência na família. Os achados do estudo apontaram para diversas mudanças na vida dos pais e

família, como o choque que a deficiência gera nas crenças e expectativas dos pais e sociedade e na sobrecarga que os cuidados com a criança exigem. Tais questões podem repercutir negativamente na saúde física, limitar as atividades do cuidador principal, exigir uma reorganização da rotina familiar e causar dificuldades nas relações familiares e sociais, o que pode gerar problemas de saúde emocional dos cuidadores. Outros aspectos que os autores mencionaram é sobre a frustração das expectativas baseadas em representações sociais da parentalidade e sentimento de culpa, tristeza, fracasso e luto pela perda do filho idealizado e, também, pelo isolamento social que os pais passam a experimentar para evitar situações aversivas relacionadas ao estigma, o que pode comprometer o desenvolvimento da criança. A sugestão dos autores, diante dos resultados apontados pela revisão, é a criação de programas de intervenção que sejam centrados na família e na criança e que favoreçam a resiliência familiar e fortalecimento das redes de apoio social.

Pereira (2019) realizou um estudo de revisão de literatura para investigar as estratégias de enfrentamento que as famílias com pessoas com deficiência utilizaram, analisando temas como relação pais/filho com deficiência, impasses da família e participação da equipe de assistência. De acordo com os resultados, destacou-se os sentimentos dos familiares cuidadores do indivíduo com deficiência, que se sentem limitados e impotentes por não saberem como lidar com a realidade. Todavia, quando há assistência dos profissionais a esses familiares, a aceitação da situação é favorecida. A temática que mais prevaleceu nos achados do estudo foi sobre a relação pais/filho com deficiência, indicando uma grande quantidade de estudos no tema.

A pesquisa bibliográfica realizada por Oliveira, Galvão e Caires (2020) investigou o processo de estruturação familiar, principais anseios e dificuldades dos pais diante do nascimento de um bebê com deficiência. As autoras dividiram os resultados do estudo em dois momentos: o primeiro analisou a expectativa da família com a chegada de um bebê e o segundo momento focou na relação da família frente à notícia da deficiência da criança. As pesquisadoras concluíram que, quando se trata do nascimento de um bebê com deficiência, o processo de estruturação familiar é mais delicado, difícil e permeado de sofrimento, quando comparado com a chegada de um bebê típico. A família também tem algumas dificuldades em lidar com questões que envolvem o luto pela perda do filho idealizado. As metas que precisarão ser modificadas, a incerteza na composição familiar, o sofrimento emocional dos cuidadores, as mudanças na dinâmica familiar, as limitações na acessibilidade e a incerteza dos serviços públicos referentes a exames e consultas. Elas também ressaltaram a importância

do papel do psicólogo diante dessa realidade, atendendo as necessidades de acolhimento e acompanhamento desses familiares para uma saúde emocional mais favorável.

Yamada e Valle (2011) analisaram estudos que tratam sobre o impacto do nascimento de um bebê com deficiência auditiva na vida dos pais e sua vivência com o diagnóstico. Em relação ao nascimento da criança com deficiência auditiva, as autoras alertaram sobre o momento de transmitir a notícia do diagnóstico à família, exigindo cautela por parte dos profissionais. O nascimento de um bebê com deficiência auditiva é problemático e irá alterar a dinâmica familiar. Os pais vivenciam, neste período, a perda de sonhos e esperanças daquele bebê tão esperado experimentando sentimentos de frustração e tristeza, choque, medo, ansiedade e sentimentos de culpa e angústia. É, portanto, necessário o trabalho de profissionais, durante e após o diagnóstico, para o equilíbrio emocional familiar. As autoras também defenderam que intervenções sejam oferecidas à mãe, ao pai e outros membros da família que estejam em contato mais próximo da criança.

Além das questões de saúde emocional referentes ao nascimento de um bebê e de um diagnóstico de deficiência, um fato novo, como a pandemia mundial do COVID-19 também pode interferir e agravar os estados emocionais dos indivíduos que estão inseridos nesse novo cenário mundial.

Silva, Santos e Oliveira (2020) realizaram um estudo reflexivo a partir de uma revisão de literatura sobre os impactos da pandemia do coronavírus na saúde emocional da população. Os autores destacaram que as reações das pessoas podem ser muito variadas diante da gravidade da situação e que os efeitos da pandemia podem afetar direta ou indiretamente a saúde emocional das pessoas. Segundo os autores, considera-se que toda a população possui sentimentos relacionados a angústia e tensão em diferentes graus. Silva *et al.* (2021a) analisaram os efeitos do distanciamento social para a contenção do coronavírus na saúde emocional da população, por meio de uma revisão de literatura. Os achados do estudo apontaram para aumento, durante a pandemia, dos sentimentos de ansiedade e depressão, preocupações com a vida, morte e família, além de redução da qualidade do sono, satisfação com a vida, felicidade e interesse por lazer.

O impacto da pandemia na saúde emocional da população vai além da sintomatologia respiratória sendo, também, prevalentes em indivíduos infectados com o coronavírus, os sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, uso de drogas e propensão ao suicídio, que estão relacionados com as desordens biológicas, psicológicas e sociais trazidas pela pandemia, como mostrou o estudo de Brasil, Rayol e Siqueira (2021). Portanto, esses indivíduos devem receber cuidados especiais em relação à saúde emocional,

para que esses sintomas e transtornos não sejam aumentados ou estabelecidos devido ao isolamento social e, para isso, os profissionais de saúde podem contribuir com a implementação de intervenções psicológicas durante e após a pandemia, para promover a saúde emocional, minimizar impactos negativos e para lidar com o processo de readaptação envolvendo perdas e mudanças (Pereira *et al.*, 2020).

Alterações hormonais, emocionais e físicas podem ocorrer naturalmente durante o período pós-parto, influenciando a saúde emocional materna e, diante do cenário da pandemia mundial causada pelo coronavírus, o medo da contaminação e as incertezas sobre o pós-parto, também podem ser eventos estressantes, acreditando-se também que esses aspectos possam vir a ser mais alguns determinantes para prejuízos na saúde emocional materna ao longo dos anos e, por isso, deve-se ampliar os cuidados com os estados emocionais maternos tanto nos serviços públicos quanto nos privados (Silva, Neves, 2020). Santos *et al.* (2021) realizaram uma pesquisa bibliográfica sobre os desafios da maternidade em meio à pandemia do coronavírus e as possíveis estratégias para vivenciar o momento sem comprometer a saúde emocional. Os achados mostraram para a sobrecarga materna, sendo que essas mães trabalham remotamente em casa, cuidam das atividades domésticas e das necessidades dos filhos que estão em casa, além disso a redução da interação social causou disfunção no padrão do sono e aumento nos níveis de cortisol, o que por sua vez teve efeitos negativos na saúde como ansiedade, irritabilidade, medo e alteração do apetite, esgotamento físico e mental, tanto das mães quanto das crianças. Os autores apontaram para algumas estratégias que podem auxiliar, como solicitar ajuda de familiares, apoio social, divisão de tarefas domésticas, atividade física, alimentação equilibrada, manter contato online com amigos e familiares e estabelecer pausa para descanso.

Sintomas de ansiedade e depressão em 41 mães de crianças com síndrome congênita da Zika (SCZ) e a sobrecarga materna foram avaliados por Gama *et al.* (2021) durante a pandemia da Covid-19 e o período de isolamento social. As pesquisadoras utilizaram um formulário com perguntas a serem respondidas individualmente, a escala de sobrecarga de Zarit (ZBS), o Inventário de Ansiedade Beck (BAI) e o Inventário Beck de Depressão (BDI-II), que indicaram que 51,2% das mães demonstraram índices de sobrecarga leve, 39% apresentaram ansiedade mínima e em 73,2% não se constatou a presença de sintomas de depressão. Também houve correlações negativas entre níveis de sobrecarga e escolaridade materna, indicando que, quanto mais indicativos de sobrecarga a mãe apresentava, menos anos escolares concluídos ela possuía e, também, entre a presença de sintomas de ansiedade e recebimento de auxílio financeiro. De acordo com as pesquisadoras, 97,6% das mães

relataram preocupação com uma possível infecção do filho com SCZ pela Covid-19, 29,3% também afirmaram que seu relacionamento familiar foi extremamente afetado pela pandemia, assim como seu estado emocional (46,3%), financeiro (24,4%) e aspectos físicos (34,1%). Em relação a sua saúde emocional, 63,4% relataram que sua condição emocional era boa antes da pandemia e, com seu início e do isolamento social, 9,8% das mães relataram não ter acontecido mudanças nesse aspecto, 7,3% identificaram que sua saúde emocional foi muito afetada pela pandemia e 46,3% relataram que sua condição emocional foi um pouco afetada. Quanto aos seus aspectos emocionais antes da pandemia, 36,6% das mães consideravam que sua saúde emocional não era boa, dessas, 17,1% identificaram piora na sua condição emocional com a pandemia e outras 17,1% relataram que sua saúde emocional se manteve igual e 2,4% consideraram que houve melhora na sua condição emocional.

Medrado *et al.* (2021) realizaram uma revisão de literatura sobre a saúde emocional e qualidade de vida de pais de filhos com transtorno do espectro autista (TEA) durante a pandemia da COVID-19. Os achados indicaram que pais de indivíduos com TEA tendem a estar mais ansiosos, estressados e depressivos nesse período de pandemia devido a sobrecargas física e emocional. De acordo com o estudo, alguns fatores de risco para a contaminação e para a saúde emocional dos pais podem estar relacionados com a dificuldade do indivíduo com TEA de compreender o que é a Covid-19 e as mudanças ambientais que ela ocasionou, o que leva à uma dificuldade em adaptação às medidas de distanciamento e isolamento social e rotinas de higiene, assim como a dificuldade quanto ao uso de máscara em alguns desses indivíduos, devido à hipersensibilidade sensorial. Outro aspecto que pode agravar o estado emocional desses pais, de acordo com os resultados do estudo, trata-se da manifestação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático tanto nas crianças quanto nos pais, devido ao isolamento social.

Altos níveis de ansiedade e indicativos de depressão em mães em decorrência da pandemia do coronavírus, quando comparados com o período pré-pandemia, no qual tais distúrbios psiquiátricos tinham menor incidência de casos, foram observados no estudo e revisão realizado por Silva *et al.* (2021b), sobre saúde emocional de puérperas. As pesquisadoras também encontraram relação entre períodos de quarentena e sofrimento psicológico mais grave e observaram, na literatura, que apresentar comprometimento na saúde emocional desde o início da gestação era um fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto e, também, observaram associação entre a pandemia e aumento na incidência de depressão pós-parto em puérperas. Com isso, as autoras sugeriram que pesquisas sejam realizadas para avaliar a repercussão do coronavírus diante da saúde

emocional de puérperas para que esse conhecimento possa contribuir para o desenvolvimento de intervenções que compreendam aspectos biopsicossociais dessas mães.

Os estudos têm apontado para a influência da Covid 19 no agravamento da saúde emocional da população em geral (Silva *et al.*, 2021a) e das mães (Santos *et al.*, 2021) e, em especial das mães de crianças com algum tipo de deficiência (Pereira *et al.*, 2020; Gama *et al.*, 2021; Medrado *et al.*, 2021). Tais resultados, ao analisar o impacto da pandemia, auxiliam nas medidas profiláticas para minimizar os seus efeitos.

1. OBJETIVOS

Foram objetivos deste estudo: a) Descrever os relatos maternos sobre o impacto da pandemia por COVID-19 em sua saúde emocional e sobre o diagnóstico de deficiência; b) Descrever e comparar a saúde emocional de mães que atribuíram apenas à condição do bebê a alteração a sua saúde emocional, com a de mães que relataram que a condição do bebê mais a pandemia alteraram sua saúde emocional e, c) comparar a saúde emocional de mães de crianças com deficiência antes e durante a pandemia.

2. MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista – “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, da cidade de Bauru/SP (processo nº 3.509.816/2019). Para a coleta dos dados, foram tomadas todas as providências éticas cabíveis por ocasião do convite para a participação neste projeto, de acordo com o CNS, resolução 466/2012 do CONEP. As participantes foram informadas sobre o objetivo do projeto, as atividades pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados em eventos e publicações da área, assim como da manutenção dos demais serviços por eles usufruídos nas instituições parceiras, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes ou responsáveis pelo bebê assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

Cabe ressaltar que foram oferecidas e realizadas sessões de devolutivas dos dados individuais para as participantes ao final do projeto e, quando necessário, foram realizadas as

orientações e os encaminhamentos apropriados para os serviços de Psicologia da rede pública da cidade.

2.1 Participantes

Participaram 20 mães de crianças com deficiência de duas instituições de Bauru, SP, que recebem as crianças identificadas em maternidades da região e encaminhadas para os Núcleos de Atendimento de Saúde, que via uma Central de Atendimentos, as direcionam a uma das instituições dependendo da região da cidade onde moram. Na proposta inicial participariam mães de bebês de três a seis meses de idade. Todavia, devido ao percurso burocrático que as famílias fazem para chegar ao serviço constatou-se rapidamente a dificuldade em conseguir a população na idade esperada, já com um diagnóstico de deficiência. Analisando os prontuários das crianças das duas instituições, optou-se por alterar a faixa etária para bebês de três a 24 meses de idade. Essa medida foi positiva, resultando no aumento do número de participantes na presente pesquisa.

As variáveis sociodemográficas das 20 mães³ participantes estão descritas na Tabela 1. Quanto a idade materna, 45% estavam na faixa etária com 36 anos ou mais, 50% das mães concluíram o ensino médio, 75% estavam em uma união estável, 45% tinham um único filho e 80% não trabalham fora do lar.

Tabela 1. Caracterização das mães quanto a idade, escolaridade, estado civil e número de filhos.

Características	N = 20	%
Idade materna:		
Até 25 anos	5	25
De 26 a 30 anos	4	20
De 31 a 35 anos	2	10
36 anos ou mais	9	45
Escolaridade:		
Ensino fundamental completo	7	35
Ensino médio completo	10	50
Ensino superior completo	3	15
Estado civil:		
União estável	15	75
Outros	5	25

³ Entre as participantes do estudo, estavam uma tia e uma avó como cuidadoras principais e que possuíam legalmente a guarda do bebê. Também participou uma cuidadora principal da família acolhedora de um dos bebês. Optou-se por considerá-las como participantes da presente pesquisa por estarem com os bebês desde os primeiros três meses, cuidando diariamente da criança. Mesmo com essas cuidadoras principais não sendo mães biológicas dos bebês, o termo “mãe” continuará sendo utilizado em todo o texto.

Número de filhos:		
Um filho	9	45
Dois filhos	4	20
Três ou mais	7	35
Mãe trabalha fora:		
Sim	4	20
Não	16	80

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto aos 20 bebês participantes, a idade prevalente foi entre nove e 14 meses (45%), sendo 55% do sexo masculino. Dos bebês, 17 (85%) já possuíam diagnóstico da deficiência e, os três bebês restantes eram bebês nascidos prematuros, com comorbidades que estavam em fase de diagnóstico. Dos bebês com diagnóstico prevaleceu a Síndrome de Down, com 25% da amostra. As demais crianças com diagnóstico tinham Transtorno do processamento sensorial e suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA), Síndrome de Turner (CID Q96), Paralisia cerebral quadriplágica espástica (CID G 80.0) e surdez do ouvido direito, Má formação (pés, mãos, joelho, quadril, nasceu sem testículos), Artrogripose e Aderências peritoneais (CID K66.0 / K 66.9), Mielomeningocele (CID Q05), Agenesia do corpo caloso e visão subnormal de ambos os olhos (CID H54.2), Hemiplegia e Hidrocefalia, toxoplasmose congênita, dois sopros e secreção nos dois olhos, Encefalocele (má formação de linha média), fissura labiopalatina, Paralisia cerebral, Transtornos específicos mistos do desenvolvimento (CID F83) e outras deformidades congênicas dos pés em valgo (CID Q 66.6), Transtornos específicos mistos do desenvolvimento (CID F83) e suspeita de síndrome alcoólica fetal (Tabela 2). Na presente amostra, alguns bebês possuíam mais de uma condição (Apêndice 2).

A prematuridade pode implicar em atraso importante no desenvolvimento, mas não são considerados como deficiência. Todavia, considerando a presença de comorbidades, há um risco aumentado para atraso no desenvolvimento, motivo pelo qual são atendidos nas instituições, mas também são fatores de risco para o desenvolvimento do bebê e variáveis importantes para a saúde emocional materna. Na presente amostra, dos três bebês prematuros, um nasceu com 25 semanas gestacionais, sendo classificado como prematuro extremo, um bebê nasceu com 31 semanas, se caracterizando como muito prematuro e um bebê nasceu de 33 semanas, sendo considerado como prematuridade moderada. Este bebê também teve outras questões importantes que aconteceram logo após o nascimento, como hemorragia cerebral, convulsão, anemia e precisou de transfusão de sangue ao nascer, assim como o bebê nascido de 31 semanas que teve hemorragia cerebral e três paradas cardíacas no nascimento.

Tabela 2. Caracterização dos bebês quanto a idade, sexo e condição de saúde.

Características	N = 20	%
Idade do bebê:		
9 a 14 meses	9	45
15 a 19 meses	5	25
20 a 24 meses	6	30
Sexo do bebê:		
Masculino	11	55
Feminino	9	45
Condição:		
Em fase de diagnóstico	3	15
Com diagnóstico definido	17	85

Fonte: Elaborada pela autora.

2.2 Caracterização da situação de estudo

As avaliações de saúde emocional e de rede de apoio social foram realizadas nas instituições de serviços especializados Sorri-Bauru e APAE, ambas na cidade de Bauru, interior do estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada em uma sala apropriada, sem ruído ou outros estímulos e garantindo a privacidade da mãe. Nos dois locais de coleta, em função da pandemia, os protocolos de cuidados foram rigorosamente seguidos pelas participantes e pela pesquisadora.

2.4 Instrumentos

2.4.1 Para a coleta dos dados sociodemográficos

A Entrevista Inicial, elaborada para a presente pesquisa, contempla os dados pessoais dos pais e bebês, informações sobre saúde emocional materna (se faz uso de medicação, se passa por acompanhamento psicológico e psiquiátrico) assim como informações anteriores ao nascimento do bebê, condições do nascimento e informações sobre o bebê atualmente (Apêndice 3).

2.4.2 Para avaliação da saúde emocional referente à pandemia do COVID

O “Questionário sobre saúde emocional referente a pandemia do COVID-19” (Apêndice 4), elaborado para o presente estudo, contém perguntas sobre seu estado emocional (estresse, ansiedade e depressão) antes e durante a pandemia, assim como questões com alternativas em que fosse possível assinalar se o seu estado emocional se alterou devido à

condição do seu bebê, à outra situação (e ter a opção de relatar qual) e se não alterou. Também foi inserida uma questão sobre o uso de medicamento ou não antes e durante a pandemia. O instrumento segue o modelo Likert e é composto por seis alternativas sobre sua saúde emocional durante a pandemia e cinco alternativas sobre sua saúde emocional antes da pandemia, nas quais as participantes têm que assinalar a alternativa correspondente à intensidade de suas emoções, de acordo com cada questão. As intensidades correspondem do número zero ao 10, sendo que o zero corresponde a quase nunca e 10 corresponde a muito.

2.4.3 Para avaliação do estresse

Para avaliar o estresse materno, foi utilizada a Escala de Estresse Percebido (PSS). O PSS foi elaborado por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) e validada em três estudos brasileiros (Luft *et al.*, 2007; Reis *et al.*, 2010; Faro, 2015), tendo consistência de Alpha de Cronbach 0,83, 0,77, 0,96 respectivamente (Faro, 2015). A escala é composta de 14 questões, seguindo o modelo Likert, com alternativas que variam de zero a quatro. Os escores podem variar de zero a 56 e o total é a soma das pontuações. Na presente pesquisa, foi utilizada pontuação acima de 30 pontos para considerar alto nível de estresse ou estresse em nível clínico (Faro, 2015).

2.4.4 Para avaliação da ansiedade

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) foi elaborado por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) e validado por Biaggio e Natalício (1979). O instrumento é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, que possibilitam a avaliação dos dois conceitos (traço e estado). Os escores podem variar de 20 a 80 pontos, sendo que a baixa pontuação indica baixo nível de ansiedade e a alta, o oposto. Os pontos de corte escolhido nesse estudo foram de 48 pontos para cada escala, já utilizado em outros estudos para considerar ansiedade em nível clínico (Perosa, Silveira, Canavez, 2008; Perosa *et al.*, 2009; Schiavo, Rodrigues, Perosa, 2018). A consistência interna da escala apresentou um Alfa de Cronbach de 0,82 na dimensão estado e 0,89 em traço para população feminina (Fioravante *et al.*, 2006).

2.4.5 Para avaliação da depressão

A depressão foi avaliada pela Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), elaborada por Cox, Holden e Sagovsky (1987) e validada para a população brasileira por Santos, Martins e Pasquali (1999) e por Santos *et al.* (2007). A escala é um instrumento de

auto registro, composta por dez questões relativas aos sintomas comuns de depressão. Para cada pergunta há quatro opções de respostas, sendo que a cada resposta é associada uma pontuação que varia de zero a três. A somatória dos pontos das repostas resulta no escore da escala que varia de zero a 30. As qualidades psicométricas para um ponto de corte maior ou igual a dez são de 82.6% (75.3-89.9%) de sensibilidade e 65.4% (59.8-71.1%) de especificidade (Figueira *et al.*, 2009). Os autores sugerem o ponto de corte maior ou igual a dez para identificar mulheres com provável depressão pós-parto) ou depressão em nível clínico. Alfa de Cronbach encontrado foi de 0,87, demonstrando uma forte consistência interna.

2.5 Procedimento

2.5.1. Procedimento para a coleta de dados

Após levantamentos periódicos realizados nas duas instituições sobre as mães de bebês a partir de três meses a 24 meses de idade que estavam em atendimento, a pesquisadora realizava o convite via telefone, presencialmente, no momento de interconsultas, ou por meio de mensagem de texto. Diante do aceite das participantes, a pesquisadora aproveitava da presença delas nos locais referidos para marcar um horário em que elas não estivessem em outro atendimento com o bebê.

Para a coleta dos dados, era agendado um horário em que a participante já estivesse na instituição para outros atendimentos. No primeiro encontro, os procedimentos referentes ao projeto eram explicados e resolvidas as dúvidas. Aceitando participar do mesmo, a mãe assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Era feita a Entrevista Inicial com a mãe (Apêndice 3) e, em seguida, eram aplicados os instrumentos de saúde emocional e de rede de apoio social, de forma individual. A mãe recebia um instrumento e após respondê-lo, devolvia à aplicadora e recebia outro. Em alguns casos, a mãe solicitava à aplicadora, que permanecia na sala para eventuais dúvidas, que a ajudasse no entendimento dos itens. A aplicação dos instrumentos durava, em média, 40 minutos.

2.5.2. Procedimento de análise de dados

A Escala de Estresse Percebido (PSS), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), a Escala de Depressão Pós-Parto (EPDS) e a Escala de Apoio Social (EAS) foram analisados e categorizados de acordo com seus respectivos manuais de correção. Análises de frequência absoluta e relativa foram também utilizadas para verificar a incidência de participantes com e sem indicadores emocionais em nível clínico. As questões abertas do

“Questionário sobre saúde emocional referente a pandemia do COVID-19” foram categorizadas e as fechadas contabilizadas e apresentadas em tabelas.

RESULTADOS

As questões fechadas do “Questionário sobre saúde emocional referente a pandemia do COVID-19” foram analisadas e contabilizadas na Tabela 3 em termos de média do grupo, para as questões referentes a como as participantes avaliam atualmente sua saúde emocional. As respostas, dadas em uma escala likert variavam de 0 (nada) a 10 (muito). A classificação da saúde emocional, em todos os constructos, ficou pouco abaixo da média, variando de 4 a 4,8.

Tabela 3. Frequência média de como as participantes avaliam atualmente sua saúde emocional.

Questões	Média	DP	Mínimo	Máximo
1. O quanto você avalia que a condição da pandemia interferiu no seu estado emocional?	4,05	2,91	0	10
2. De forma geral, como você classifica seu nível de ansiedade?	4,8	3,33	0	10
3. De forma geral, como você classifica seu nível de tristeza?	4,4	3,78	0	10
4. De forma geral, como você classifica seu nível de estresse?	4,65	3,56	0	10

Fonte: Elaborada pela autora.

Considerando a pontuação média da escala levantou-se a frequência das participantes em cada questão abaixo (0 a 5 pontos) ou acima da média (6 a 10 pontos). Observou-se que mais da metade das participantes relataram com mais frequência estar com o estresse mais alto (questão 4), seguido de ansiedade (questão 2) durante a pandemia (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência de participantes acima e abaixo da pontuação média da escala likert.

Pontos	Questão 1		Questão 2		Questão 3		Questão 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-5	14	70	12	60	13	65	9	45
6-10	6	30	8	40	7	35	11	55

Fonte: Elaborada pela autora.

Considerando a divisão em acima e abaixo da pontuação média, apresentadas na Tabela 4, análises foram executadas utilizando o teste de Mann Whitney, para amostras independentes, comparando a pontuação nos instrumentos de saúde emocional (IDATE, PSS,

EPDS) com as questões 1, 2 e 3. Os resultados apontaram para diferenças significativas entre os grupos para estresse ($p=0,025$), com média mais alta (31,4 pontos) para o grupo que avaliou sua saúde emocional com 5 pontos ou mais. Nos demais constructos (ansiedade e depressão) as diferenças não foram significativas ainda que as médias tenham sido maiores para os grupos acima de 5 pontos.

Na Questão 5 era solicitado à mãe que assinalasse o que mais alterou seu estado emocional de duas condições postas (a condição do bebê e a situação da pandemia) ou outra situação a relatar. Havia, também, a opção “Não alterou”. A Tabela 5 mostra esses resultados. No total foram obtidas 30 respostas, das 20 participantes. Das participantes, 50% atribuíram as alterações do seu estado emocional à condição do bebê e 30% à pandemia.

Tabela 5. Frequência dos motivos atribuídos à alteração emocional durante a pandemia.

Questão	N=20	%
O que mais alterou seu estado emocional?		
Somente a condição do bebê	6	30
A condição do bebê mais a pandemia	6	30
A situação da pandemia	3	15
Condição do bebê + outros problemas familiares	3	15
Não alterou	2	10

Fonte: Elaborada pela autora.

Considerou-se, então comparar a saúde emocional de dois grupos de mães. O Grupo 1 foi composto por seis mães que relataram que apenas a condição do bebê alterou sua saúde emocional durante a pandemia e, no Grupo 2, ficaram as seis mães que relataram que a condição do bebê mais a pandemia alterou seu estado emocional. A Tabela 6 mostra esses dados. Observa-se que o grupo das mães que relataram que tanto a pandemia como a condição do seu bebê alteraram a sua saúde emocional foi maior em três das quatro medidas analisadas. Também, a média mais próxima da pontuação de corte dos instrumentos, que define o indicador clínico foi em ansiedade traço para os dois grupos. Porém as diferenças não foram estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 6. Comparação da saúde emocional dos dois grupos de mães.

Instrumentos	G1 n=6		G2 n=6		P
	Média	DP	Média	DP	
PSS (corte=30)	26,3	10,02	29	14,65	0,297
IDATE Estado (corte=48)	39,5	11,78	39	7,42	0,836
IDATE Traço (corte=48)	47,5	13,84	52,1	13,34	0,336
EPDS (corte=10)	8,8	6,99	15,1	8,11	0,173

Fonte: Elaborada pela autora.

Uma outra questão referiu-se ao uso de medicamentos, se usava antes, se passou a usar ou se pretende usar. Também foi perguntado se não usa e não pretende fazê-lo. Das participantes 75% relataram que não usam e não pretendem usar e 15% referiram passar a usar depois da pandemia, como mostra a Tabela 7.

Tabela 7. Distribuição das participantes quanto ao uso de medicamentos.

Questão	N=20	%
Uso de medicamento para garantir minha saúde emocional:		
Desde antes da pandemia	1	5
Passei a usar depois da pandemia	3	15
Estou pensando em usar atualmente	1	5
Não precisei e não preciso usar	15	75

Fonte: Elaborada pela autora.

Questionadas como avaliavam sua saúde emocional anterior à pandemia, as mães responderam a quatro questões, descritas na Tabela 8. Os dados mostram que avaliam como pouco precário seu estado emocional, com os constructos todos abaixo de 5, com médias mais altas em ansiedade e estresse.

Tabela 8. Pontuação média das participantes nas questões relacionadas ao estado emocional anterior à pandemia.

Questões	Média	DP	Mínimo	Máximo
1.O meu estado emocional já era precário	2,7	2,9	0	10
2. Meu nível de ansiedade era alto	4	3,35	0	10
3. Meu nível de tristeza era grande	3,5	3,57	0	10
4. Sempre fui estressada	4,85	3,09	0	10

Fonte: Elaborada pela autora.

Considerando a pontuação média da escala levantou-se a frequência das participantes em cada questão abaixo (0 a 5 pontos) ou acima da média (6 a 10 pontos). Os dados da Tabela 9 mostram que 50% das participantes relataram níveis de ansiedade acima de 6 pontos e 40% em depressão.

Tabela 9. Frequência de participantes acima e abaixo da pontuação média da escala likert.

Pontos	Questão 1		Questão 2		Questão 3		Questão 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-5	14	70	10	50	12	60	13	65
6-10	6	30	10	50	8	40	7	35

Fonte: Elaborada pela autora.

Respondendo à questão sobre o que teria alterado seu estado emocional anterior à pandemia, qual fato teria alterado seu estado emocional. A Tabela 10 mostra esses dados. Observa-se que para 38,1% não houve alteração do estado emocional e, para 38,1% a condição do bebê alterou sua saúde emocional.

Tabela 10. Frequência de mães que relataram (ou não) alteração na sua saúde emocional anterior à pandemia.

O que mais alterou seu estado emocional	N=21	%
A condição do bebê	8	38,1
Outros problemas	5	23,8
Não alterou	8	38,1

Fonte: Elaborada pela autora.

Considerou-se, então comparar a saúde emocional de dois grupos de mães. O Grupo 1 foi composto por oito mães que relataram que a condição do bebê alterou sua saúde emocional antes da pandemia e, no Grupo 2, ficaram as oito mães que relataram que não observaram alteração no seu estado emocional, seja pela condição do bebê ou por outro fator, como outros problemas familiares ou do trabalho. Os dados da Tabela 11 mostram que as mães que relataram alteração na saúde emocional anterior à pandemia e atribuíram à condição do bebê, tiveram média maiores em todos os instrumentos, mas as diferenças não foram significativas.

Tabela 11. Comparação da saúde emocional dos dois grupos de mães antes da pandemia.

Instrumentos	G1 n = 8		G2 n = 8		P
	Média	DP	Média	DP	
PSS	28,71	7,49	23,75	11,41	0,269
IDATE Estado	40,42	9,62	37,35	10,80	0,562
IDATE Traço	51,42	11,32	43,5	12,72	0,270
EPDS	13,57	7,11	6,5	6,74	0,082

Fonte: Elaborada pela autora. Teste de Mann Whitney

DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo analisar o impacto da pandemia do coronavírus sobre a saúde emocional materna. Considerando os resultados observados na escala likert de 0 (nada) a 10 (muito), as mães avaliaram que o impacto da pandemia na sua saúde emocional foi relativamente baixo, com média de 4, na avaliação geral e, de 4,4 a 4,8 nas dimensões específicas. Mais da metade das mães relataram o estresse e ansiedade traço com mais frequência do que a ansiedade estado e a depressão. Entre as mães que apresentaram pontuações acima da média nos três constructos avaliados, observou-se diferenças significativas para estresse, quando analisados os resultados para o PSS. Todavia, tanto para ansiedade como para depressão, as médias nos IDATE traço e estado e no EPDS também foram maiores para as mães que relataram pontuações acima da média, mas as diferenças não foram significativas. Uma das hipóteses pode ser o baixo número de participantes. Ao analisar a saúde mental de mães de crianças com diagnóstico confirmado ou presumido de Síndrome Congênita do Zika (SCZ) durante a pandemia de COVID-19, Gama *et al.* (2021) avaliaram indicadores de sobrecarga, ansiedade e depressão materna, que apontou maiores níveis de sobrecarga e ansiedade (51,2% e 39%, respectivamente) do que de depressão (73,2% da amostra não apresentou sinais e sintomas) e concluíram que as mães não apresentaram comprometimentos graves na saúde mental, o que corroborou com os resultados do presente estudo. Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo de Cardoso *et al.* (2022) que avaliou o impacto da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida de mães e pais de crianças e adolescentes com deficiência intelectual, sendo que os níveis de estresse materno foram mais elevados quando comparados aos pais.

Quanto a possível causa para alterações emocionais, 50% atribuíram as alterações do seu estado emocional à condição do bebê e 30% a outras questões relacionadas à pandemia. Comparou-se, então, a saúde emocional das mães que atribuíram somente à condição do bebê com a de mães que relataram que a condição do bebê mais a pandemia alterou seu estado

emocional. Os dados apontaram que o segundo grupo apresentou maiores alterações em saúde emocional do que somente a condição do bebê. Paixão *et al.* (2022) realizaram uma revisão sobre o estado de saúde mental de mães no cuidado com seus filhos com deficiência no cenário da COVID-19, encontrando resultados semelhantes em relação à intensificação do medo de contaminação da doença, ao aumento da sobrecarga e à interrupção dos tratamentos dos filhos. Também, a revisão narrativa de Medrado *et al.* (2021) indicou que, além dos desafios da própria condição da criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA), as particularidades e adequações ao cenário da pandemia do COVID-19, mães e pais de crianças com essa deficiência tendem a apresentar maior sofrimento mental.

Quanto ao uso de medicamentos apenas 15% das mães relataram passar a fazer uso de medicamentos após a pandemia. Das mães, mais da metade já identificavam alterações na sua saúde emocional antes da pandemia e, delas, 38,5% atribuíram ao nascimento do bebê com algum tipo de deficiência. Comparações da saúde emocional dessas mães via o IDATE, PSS e EPDS, com a de mães que relataram não ter problemas de saúde emocional anterior a pandemia, apontaram para alterações maiores no primeiro grupo. O diagnóstico de um filho com deficiência já traz impactos psicológicos, sociais e econômicos para a família, principalmente para seus cuidadores, que terão que reorganizar a dinâmica familiar para atender à essa nova demanda, conforme aponta Paixão *et al.* (2022). Os resultados do presente estudo também corroboram com achados de Gilson *et al.* (2018), que avaliou entre outros construtos, a saúde mental de mães de crianças com deficiência, identificando que essa população apresentou altos níveis de depressão, ansiedade e tendências suicidas.

A partir da avaliação da qualidade de vida de mães de crianças com deficiências físicas e/ou intelectuais, Fruhling *et al.* (2022) constataram que, de forma geral, essa qualidade é regular, propondo maior atenção à essa população, principalmente após o diagnóstico de deficiência da criança, já que ela é a cuidadora principal na maioria das vezes e que esse cuidado é primordial para a aceitação e planejamento da rotina e da condição do filho que irá perdurar a vida toda. Outro ponto mencionado pelas pesquisadoras é que, quanto maior o tempo de cuidado que a criança exigir, maior será a insatisfação com sua própria saúde mental. Esses resultados também corroboram com a presente pesquisa, que atribuíram ao nascimento dos bebês com deficiência uma alteração no seu estado emocional.

O presente estudo de também corroborou com as orientações de Marin *et al.* (2020) contidas na cartilha sobre saúde mental e atenção psicossocial às crianças durante a pandemia de COVID-19, indicando que as mães de crianças com desenvolvimento atípico tendem a apresentar níveis mais altos de estresse e ansiedade durante este período, devido à sobrecarga

de ser cuidadora principal somado ao fato de também ser responsável pelos afazeres domésticos, além do isolamento social poder contribuir para alterações tônus muscular, progressos ou perdas de funções, dependendo da condição da criança, que não pôde continuar com os atendimentos de reabilitação durante um certo período.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos apontam para o agravamento da saúde emocional materna tanto associado à condição do bebê quanto ao advento da pandemia, inclusive associados. Tais dados indicam a necessidade de um olhar cuidadoso para a saúde emocional materna dessas mães, o que pode prevenir o agravamento do quadro no decorrer do desenvolvimento da criança. Também, intervenções focais podem melhorar a qualidade de vida dessas mães que, por sua vez, podem desenvolver estratégias mais adequada para lidar com sua criança e com os demais aspectos da sua vida pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. M. A. N.; RODRIGUES, O. M. P. R.; CARDOSO, H. F. Indicadores emocionais de mães de bebês com risco para o desenvolvimento. **Pensando fam.**, v. 22, n. 2, p. 70-87, 2018.
- BENASSULE, S. C.; CAVALCANTE, M. C. V.; LAMY-FILHO, F. Saúde mental de mães de crianças entre 15 e 36 meses da coorte BRISA – São Luís, Maranhão. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 53, n. 4, p. 415-423, 2020.
- BIAGGIO, A. M. B.; NATALICIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA, 1979.
- BRASIL, L. S.; RAYOL, M. E.; SIQUEIRA, M. C. C. Covid-19: impacto na saúde mental da população em tempos de pandemia, uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, 2021.
- CARDOSO, A. V. P. et al. **Qualidade de vida e nível de estresse em cuidadores de crianças e adolescentes com deficiência intelectual durante a pandemia de COVID-19 no município de Anápolis-Goiás**. 2022. Trabalho de Curso (disciplina de Iniciação Científica) – Curso de Medicina - Universidade Evangélica de Goiás, Anápolis, 2022.
- CHEMELLO, M. R.; LEVANDOWSKI, D. C.; DONELLI, T. M. S. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. **Interação em Psicologia**, v. 21, n. 01, 2017.

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

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British journal of psychiatry**, v. 150, n. 6, p. 782-786, 1987.

DANTAS, K. O. et al. Repercussões do nascimento e do cuidado de crianças com deficiência múltipla na família: uma metassíntese qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, 2019.

FARO, A. Análise Fatorial Confirmatória das Três Versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28 n. 1, p. 21-30, 2015.

FAVARO, M. S. F.; PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. **Psico-USF**, v. 17, n. 3, p. 457-465, 2012.

FERREIRA, T. S.; CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto e variáveis sociodemográficas em mães de bebês com e sem Síndrome de Down. **Psico**, v. 50, n. 3, 2019.

FIGUEIRA, P. et al. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 79-84, 2009.

FIORAVANTE, A.C.M. et al. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço e estado do IDATE. **Avaliação Psicológica**, v. 5, n. 2, p. 217-224, 2006.

FONTOURA, F. C. et al. Anxiety of mothers of newborns with congenital malformations in the pre- and postnatal periods. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, 2018.

FRUHLING, M. T. C. et al. Qualidade de vida de mães de crianças com deficiências físicas e mentais. **Revista de Saúde Coletiva da UEFES**, v. 12, n. 2, 2022.

GAMA, G. L. et al. Saúde mental e sobrecarga das mães de crianças com síndrome congênita do Zika durante a pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 21, n. 2 (Sup.), 2021.

GILSON, K. M. et al. Mental health care needs and preferences for mothers of children with a disability. **Child Care Health Dev.**, v. 44, p. 384–391, 2018.

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

MARIN, A. et al. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19**: crianças na pandemia COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES, 20 p., 2020.

MEDRADO, A. A. et al. Saúde mental e qualidade de vida de pais de pessoas com TEA durante a pandemia COVID-19: uma revisão narrativa. **Rev. Psicol. Divers. Saúde**, v. 10, n. 3, p. 507-521, 2021.

MONTANHAUR, C. D.; RODRIGUES, O. M. P. R.; ARENALES, N. G. Saúde emocional materna e tempo de internação de neonatos. **Aletheia**, v. 54, n. 1, p. 55-63, jun. 2021.

MONTAGNER, C. D. et al. Saúde emocional e sentimentos de mães de bebês em UTIN. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 29, n. 2, 2021.

MORAIS, A. O. D. S. et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017.

OLIVEIRA, A. L. B. L.; GALVÃO, B. L. S.; CAIRES, C. A. P. A chegada de um filho com deficiência no contexto familiar. **SYNTHESIS: Revista Digital FAPAM**, v. 10, n. 1, p. 1-13, 2020.

PAIXÃO, D. P. et al. Saúde mental de mães de crianças com deficiência: uma revisão de escopo. **Educação, Trabalho e Saúde: caminhos e possibilidades em tempos de pandemia**, v. 2, 2022.

PEREIRA, M. D. et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, 2020.

PEREIRA, M. G. D. L. Do sonho à realidade: o impacto da deficiência no âmbito familiar. **Psicologia. Pt.**, 2019. Disponível em: < <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0473.pdf> >. Acesso em: 06 set 2022.

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

PEROSA, G. B. et al. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 9, p. 433-439, 2009.

REIS, R. S.; HINO, A. A. F.; AÑEZ, C. R. R. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. **Journal of health psychology**, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010.

RODRIGUES, O. M. P. R.; NOGUEIRA, S. C. Práticas Educativas e Indicadores de Ansiedade, Depressão e Estresse Maternos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 32, n. 1, p. 35-44, 2016.

SANTOS, J. B. S. et al. A vivência da maternidade em meio à pandemia. **Glob Acad Nurs [Internet]**, v. 2, n. 1 (Spe), e95, 2021.

SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPE) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 23, p. 2577-2588, 2007.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escala de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, p. 90-95, 1999.

SCHIAVO, R.A.; RODRIGUES, O.M.P.R.; PEROSA, G.B. Variáveis Associadas à Ansiedade Gestacional em Primigestas e Multigestas. **Trends in Psychology/Temas em Psicologia**, v. 26, n. 4, p. 2091-2104, 2018.

SCHIAVO, R. A. et al. Saúde emocional materna e prematuridade: influência sobre o desenvolvimento de bebês aos três meses. **Pensando fam.**, v. 25, n. 2, p. 98-113, 2021.

SILVA, B. P.; NEVES, P. A. R. Saúde mental materna em tempos de pandemia do COVID-19. **SAJEBTT, Rio Branco, UFAC**, v. 7, n. 2, 2020.

SILVA, H. G. N.; SANTOS, L. E. S.; OLIVEIRA, A. K. S. Efeitos da pandemia no novo Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades. **J. nurs. health.**, v. 10, n.esp., 2020.

SILVAa, R. R. et al. Efeitos do isolamento social na pandemia da covid-19 na saúde mental da população. **Av. Enferm.**, v. 39, n. 1 (supl), p. 31-43, 2021.

SILVAb, M. L. L. S. et al. Impacto da pandemia de SARS-CoV-2 na saúde mental de gestantes e puérperas: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021.

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

VICENTE, S. R. et al. Impacto emocional e enfrentamento materno da anomalia congênita de bebês na UTIN. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 17, n. 3, p. 454-467, 2016.

YAMADA, M. O.; VALLE, E. R. M. A vivência dos pais no diagnóstico da deficiência auditiva no filho. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 80, n. 1, p. 136-147, 2011.

ESTUDO 4: Saúde emocional materna e rede de apoio: efeitos de diferentes intervenções baseadas na interação mãe-bebê e na saúde emocional materna

O conceito de responsividade tem sido enfatizado como característica essencial da interação pais-bebê, cuja finalidade seria promover o desenvolvimento socioemocional infantil durante o primeiro ano de vida da criança (Alvarenga; Weber; Bolsoni-Silva, 2016). As autoras articularam esse conceito com os pressupostos analítico-comportamentais, mais especificamente com o modelo de seleção por consequências propostos por Skinner. Elas consideraram os comportamentos de sinalização e de aproximação que os bebês emitem e que atraem a atenção do cuidador, fazendo com que ele se aproxime do bebê, como choro, sorriso e balbucio. O bebê emite esses comportamentos enquanto se aproxima do cuidador, engatinhando na sua direção, agarrando-se a ele. Esses comportamentos emitidos pelo bebê devem ser compreendidos como produto da seleção filogenética que, após entrar em contato com o ambiente, também passam a ser selecionados por variáveis ontogenéticas e culturais (Alvarenga; Weber; Bolsoni-Silva, 2016). Isso significa que ele nasce com um repertório inato e que, posteriormente, irá sofrer a influência de contingências operantes presentes na interação entre pais e bebê.

Portanto, as respostas parentais aos comportamentos de sinalização e aproximação do bebê, resultam de um processo que envolve a variação e seleção das variáveis filogenéticas, ontogenéticas e culturais, determinado pelas contingências em que a família está inserida (Alvarenga; Weber; Bolsoni-Silva, 2016). Ainda, segundo as autoras, a responsividade parental pode ser entendida, em termos comportamentais, como respostas contingentes aos comportamentos apresentados pelo bebê, sendo que a probabilidade de sua ocorrência irá depender dos tipos de respostas que o bebê emite. A mãe responsiva irá apresentar um repertório amplo, diversificado e discriminativo diante dos comportamentos sinalizadores do bebê e, a construção desse repertório envolve processos de generalização e discriminação operante. Elas também destacaram que a responsividade não possui somente o papel de satisfação das necessidades do bebê, mas também no fortalecimento do repertório comportamental do bebê (motor, cognitivo, social e emocional), tornando-o mais autônomo, competente e confiante em sua interação com o mundo.

Assim, promover uma interação mais adequada e positiva tanto para a mãe quanto para o bebê, irá auxiliar no desenvolvimento socioemocional no primeiro ano de vida, além de contribuir para um comportamento parental mais responsivo e contingente às demandas do bebê. Santos (2020) realizou uma intervenção com mães de bebês de três meses de idade por

meio de vídeo feedback a partir de uma situação de interação lúdica e de cuidado entre a díade com o objetivo de aumentar a frequência de comportamentos interativos neste contexto. No pré-teste, as mães participantes do estudo foram filmadas no contexto de interação lúdica e na troca de fraldas. Em seguida, elas participaram da sessão de intervenção por meio de vídeo feedback a partir de sequências interativas da interação livre. No pós-teste, a díade foi novamente filmada nos dois contextos. Os resultados do estudo apontaram que, na situação de brincadeira livre, após a intervenção, as mães apresentaram mais respostas de estimulação por objetos e os bebês apresentaram mais comportamentos de interação positiva à essa estimulação. Também houve aumento significativo dos comportamentos positivos dos bebês em interagir com o brinquedo e responder positivamente, com redução significativa nos comportamentos negativos de chorar. A pesquisadora afirmou que a estratégia de utilizar vídeo feedback foi promissora e que intervenções para a melhora da qualidade da interação mãe-bebê são fatores de proteção para um desenvolvimento infantil satisfatório.

Outra intervenção utilizando vídeo feedback foi realizada por Chiodelli (2020) para investigar a interação pais-bebê e testar o efeito do Programa Promovendo Interação entre Pais e Bebês (PIPAB), com um delineamento pré-experimental, sendo realizada com um grupo de mães e bebês uma observação da interação livre da díade antes e após a sessão de intervenção. Os resultados indicaram aumento significativo da responsividade dos cuidadores, mas também dos comportamentos não interativos dos bebês, o que pode ser devido a aumento da sincronia baixa e regular identificadas entre a pré e pós-intervenção, segundo a autora. Também houve diminuições dos comportamentos intrusivos por parte dos cuidadores e dos comportamentos interativos negativos do bebê. A autora destaca que o PIPAB foi efetivo para promover mudanças nos comportamentos interativos das díades e sugere que novos estudos sejam realizados para corroborar sua efetividade. Barone et al. (2018) testaram a eficácia de uma intervenção utilizando vídeo feedback direcionada à parentalidade positiva, com o intuito de promover a disponibilidade emocional e disciplina sensível em mães adotivas. Os resultados indicaram melhora na disponibilidade emocional das mães pós-intervenção.

Assim como há estudos sobre a interação mãe e seus bebês típicos, estudos foram realizados para avaliar a interação da díade de bebês com deficiência, como demonstra o estudo de Ferreira, Rodrigues e Campos (2018). As pesquisadoras descreveram, compararam e correlacionaram comportamentos interativos e não interativos de mães e bebês com e sem Síndrome de Down, por meio de filmagens em situação de interação livre da díade. Os resultados mostraram que os comportamentos positivos das mães das díades tiveram efeito nas respostas positivos dos bebês. As autoras observaram, também, que comportamentos

como de exploração, auto conforto e passividade aumentaram a probabilidade de interações negativas e não-interativas entre a díade. Elas também recomendaram a continuação de estudos na área.

A deficiência ou a suspeita de uma deficiência no bebê pode interferir não só na interação mãe-bebê como pode ser uma condição de risco para a saúde emocional materna, como aponta o estudo de Pederro (2018). A autora avaliou o estresse, ansiedade e depressão em mães de bebês que estavam passando por uma avaliação audiológica, indicados por suspeita de deficiência auditiva e, em mães de bebês típicos, correlacionando os dois grupos com a interação mãe-bebê, realizada por meio de uma filmagem da díade em situação de brincadeira livre. A avaliação da saúde emocional foi realizada por meio da Escala de Estresse Percebido (PSS), do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e do Inventário de Depressão Beck (BDI). Quanto aos comportamentos dos bebês no episódio de interação com a mãe, os bebês com deficiência/suspeita de deficiência (G1) apresentaram mais comportamentos não responsivos e, conseqüentemente, menos comportamentos positivos e neutros. Em relação aos comportamentos maternos, mães de bebês com deficiência/suspeita apresentaram frequência maior de comportamentos positivos, neutros e não responsivos quando comparadas com mães de bebês típicos (G2). Do mesmo modo, as mães do G1 tiveram mais indicadores clínicos para depressão, ansiedade traço e estado, além de haver relação entre sua saúde emocional e os comportamentos emitidos pelas díades, quando relacionados com os comportamentos interativos. A pesquisadora afirmou que os resultados do estudo podem contribuir para o desenvolvimento de intervenções com foco na interação mãe-bebê com deficiência e/ou em estudos de avaliação diagnóstica e da saúde emocional materna.

Devido à complexidade que envolve cuidar de um bebê com deficiência e seus efeitos na relação interativa entre mãe e bebê, estudos interventivos foram desenvolvidos com o intuito de aumentar os comportamentos interativos positivos da díade e, assim, promover um desenvolvimento global satisfatório para o bebê. James, Wadnerkar-Kamble e Lam-Cassettari (2013) testaram o efeito de uma intervenção para apoiar a sensibilidade parental no desenvolvimento da comunicação das crianças com deficiência auditiva, utilizando o delineamento de estudo de caso com três famílias. As medidas do efeito foram as contingências mãe-filho para emissões vocais, disponibilidade emocional e avaliação da comunicação precoce da criança. A intervenção ocorreu por meio de vídeo feedback e teve duração de oito a 12 semanas, com uma hora de duração, sendo que todas as avaliações e sessões de intervenção foram intercaladas com períodos de espera. As avaliações ocorreram

por meio de brincadeira livre, análise comunicativa, disponibilidade emocional, análise das contingências, escalas e entrevistas. Em cada caso, os resultados apontaram para melhorias após a intervenção e que foram mantidas no follow-up.

Algumas condições de risco tanto da mãe quanto do bebê podem influenciar no tipo de interação existente entre a díade, como a saúde emocional materna ou uma avaliação de um possível diagnóstico de deficiência no bebê. Prejuízos na saúde emocional materna podem fazer com que a mãe tenha comportamentos menos responsivos que podem afetar sua interação com o bebê (Alvarenga *et al.*, 2018; Mangili, 2017).

Alvarenga *et al.* (2018) apontaram que os comportamentos de interação maternos são importantes para o desenvolvimento do bebê no primeiro ano de vida. Por isso, eles investigaram o impacto da depressão pós-parto e da ansiedade na interação mãe-bebê e seus efeitos no desenvolvimento infantil, utilizando uma filmagem de um episódio de brincadeira livre entre a díade e as mães responderam a dois instrumentos para avaliar a saúde emocional. Os resultados apontaram para correlações negativas entre a saúde emocional materna e seus comportamentos durante as interações com o bebê, mais especificamente entre os sintomas de transtornos mentais comuns e os comportamentos de sorrir para o bebê, de tocá-lo e estimulá-lo com objetos, indicando que, quanto mais prejuízos na saúde emocional, menos comportamentos interativos de sorrir, tocar e estimular o bebê, as mães apresentavam. Outro achado do estudo foi em relação aos sintomas de depressão e os comportamentos de sorrir para o bebê e a prática de tocar ou estimular o bebê com objetos, apresentando uma correlação negativa para todos os comportamentos, isto é, quanto mais sintomas de depressão, menos sorrisos as mães emitiam para os seus bebês, menos elas os tocavam e os estimulavam com objetos.

Entre os resultados positivos encontrados por Alvarenga *et al.* (2018), estava o de que os comportamentos em estabilização do bebê foram correlacionados positivamente com os comportamentos maternos de tocar ou estimular o bebê com objetos, isto é, quanto maior a ocorrência desses comportamentos interativos maternos, mais comportamentos em estabilização (no caso do estudo que avalia o desenvolvimento do bebê de três meses de idade, a estabilização é composta por comportamentos motores, como levar a mão à boca ou seguir um objeto visualmente até 180 graus) o bebê apresentava. Os comportamentos em estabilização do bebê também foram correlacionados negativamente com os comportamentos maternos de agir de forma intrusiva, indicando que, quanto menos comportamentos intrusivos a mãe apresentava, mais comportamentos em estabilização o bebê emitia.

De forma semelhante, o estudo de Mangili (2017) também analisou o estresse, ansiedade e depressão pós-parto em mães de bebês de três a cinco meses de idade e comparou com os comportamentos interativos maternos e dos bebês, utilizando o Índice de Stress Parental Forma Curta (PSI-4-SF) para avaliação do estresse, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) para analisar o nível de ansiedade e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo (EPDS) para verificar sintomas de depressão pós-parto, além de fazer a filmagem da interação da díade de acordo com o procedimento experimental Face-to Face Still (FFSF). Quanto aos comportamentos maternos, as mães sem indicadores emocionais clínicos interagiram mais com seus bebês, tanto de forma positiva como negativa. Já as mães com indicadores emocionais clínicos apresentaram maior dificuldade em retomar a interação pós FFSF do que mães sem os indicadores. Quanto aos comportamentos do bebê, os filhos de mães sem indicadores emocionais clínicos emitiram mais respostas positivas, diferentemente dos bebês de mães com indicadores emocionais clínicos que apresentaram mais comportamentos negativos mas, também, tiveram maiores médias nos comportamentos de regulação, ou seja, eles lidam melhor com os estímulos aversivos decorrentes da ausência da mãe, o que pode estar relacionado com uma experiência de maior ausência da mãe nas interações com eles, segundo a hipótese da autora.

Estudos com foco em intervenções em saúde emocional materna e na parentalidade também estão sendo desenvolvidos, devido aos fatores de risco que a condição emocional da mãe pode afetar os comportamentos do seu bebê (Stein *et al.*, 2018; Ashori, Norouzi, Jalil-Abkenar, 2019). Stein *et al.* (2018) afirmaram que a depressão pós-parto da mãe está associada a uma série de resultados negativos para a criança e que esses riscos aumentam quando a depressão pós-parto é persistente. Para verificar essa hipótese, os autores realizaram uma intervenção com delineamento randômico com o objetivo de atenuar o efeito da depressão pós-parto na interação com a criança e melhorar a parentalidade. A intervenção proposta era de terapia parental por meio de vídeo feedback em um grupo de mulheres e, no outro grupo eles realizaram um tratamento de relaxamento muscular progressivo. As intervenções eram baseadas na terapia cognitivo-comportamental e os grupos eram compostos por mulheres com o mesmo nível de gravidade de depressão, sexo da criança, temperamento, idade e status socioeconômico. Os pesquisadores realizaram 11 sessões de tratamento antes de um ano de idade da criança, seguidas de duas sessões de reforço no segundo ano. Os resultados obtidos demonstraram remissão da depressão em ambos os grupos e o desenvolvimento infantil teve alcance normal.

Ashori, Norouzi e Jalil-Abkenar (2019) analisaram a eficácia de um programa de parentalidade positiva na saúde emocional de 36 mães de crianças com deficiência intelectual, por meio de um delineamento quase-experimental com pré-teste, pós-teste e grupo controle. As mães foram divididas igualmente no grupo experimental e no grupo controle, sendo que as mães que receberam primeiro a intervenção (experimental) participaram durante 12 sessões do programa de parentalidade positiva com duração de 80 minutos cada sessão. Os resultados indicaram que o programa de intervenção teve efeito sobre os sintomas de ansiedade, depressão e disfunção social de mães de crianças com deficiência intelectual. Os pesquisadores concluíram que o treinamento de habilidades parentais melhora a saúde emocional de mães de crianças com deficiência e recomendaram que pesquisas futuras sejam realizadas com outras mães de crianças com deficiência e de diversas faixas etárias para verificar o uso de diferentes programas parentais e seu efeito na saúde emocional dessa população materna.

Campos (2020) realizou um estudo de intervenção com foco na saúde emocional materna, no qual buscou descrever e comparar o efeito de uma intervenção em grupo de mães de bebês com indicadores clínicos para saúde emocional, mais especificamente estresse, ansiedade e depressão pós-parto, sendo que um grupo de mães passou pelo procedimento interventivo (Grupo Experimental - GE) e o outro não (Grupo Controle - GC). Para avaliação da saúde emocional, foram utilizados a Escala de Estresse Percebido (PSS-10), o Índice de Stress Parental (PSI), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), sendo os instrumentos aplicados no pré e pós-intervenção. A primeira avaliação da saúde emocional aconteceu aos três meses após o parto, para ambos os grupos, logo após o Grupo Experimental passava pelo processo interventivo e realizava a segunda avaliação da saúde emocional. Passados nove meses do parto, o GE realizava a terceira avaliação da saúde emocional e o GC realizava a segunda avaliação. Os resultados indicaram que o efeito da intervenção foi significativo na redução dos sintomas emocionais clínicos.

Mangili (2017) afirmou que o nascimento de um bebê faz com que haja uma adaptação em níveis fisiológicos, psíquicos e sociais na família, principalmente na mãe. Dependendo de como ela reagirá diante do novo papel da maternidade, algumas questões de saúde emocional podem surgir, como o estresse, a ansiedade e a depressão, que podem gerar mudanças comportamentais no seu repertório, para com seu ambiente, envolvendo o bebê e, conseqüentemente, podem haver mudanças nos comportamentos e nas respostas dos bebês a elas, o que nos leva à interação mãe-bebê. Ela também destaca que existem poucos estudos

com amostras brasileiras que correlacionam estresse, ansiedade e depressão com a interação mãe-bebê observada por meio de instrumentos de observação. Considerando que foram encontradas alterações comportamentais em bebês de mães com indicadores emocionais clínicos, podendo originar riscos ao desenvolvimento do bebê, a autora propõe que intervenções sobre saúde emocional materna sejam realizadas. Do mesmo modo, intervenções voltadas às mães sobre uma interação mais adequada, estimuladora e benéfica tanto para a mãe quanto para o bebê, devem ser implementadas, defende a autora. A revisão de literatura realizada por Pederro e Rodrigues (2019) também aponta para uma escassez de pesquisas brasileiras na área sobre interação mãe-bebê envolvendo crianças com deficiência quando comparadas com pesquisas internacionais.

Pesquisadores tem proposto estudos com o objetivo de avaliar e intervir sobre a saúde emocional materna (James; Wadnerkar-Kamble; Lam-Cassettari, 2013; Mangili, 2017; Ferreira; Rodrigues; Campos, 2018; Pederro, 2018; Campos, 2020; Alvarenga *et al.*, 2018; Stein *et al.*, 2018; Ashori; Norouzi; Jalil-Abkenar, 2019) e, também, sobre a interação mães bebê (Mangili, 2017; Alvarenga *et al.*, 2018; Santos, 2020; Chiodelli, 2020) aumentando a probabilidade de uma reação prazerosa entre mãe e bebê e otimizando o seu desenvolvimento. Mães de crianças com deficiência podem se beneficiar dos dois tipos de intervenção, uma com foco na interação mãe-bebê e, a outra, sobre a saúde emocional ou, ainda, de uma intervenção que associe as duas intervenções, sobre interação e sobre saúde emocional, uma área ainda com poucos estudos, de acordo Pederro e Rodrigues (2019), cujo tema o presente estudo pretende investir.

1. OBJETIVOS

Têm-se por objetivos do presente estudo: a) descrever e comparar o nível dos indicadores de saúde emocional referentes à estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com deficiência ou em fase de diagnóstico, antes e após três tipos de intervenções: uma com foco na interação mãe-bebê; outra uma intervenção terapêutica com foco na saúde emocional e, a terceira, associando as duas intervenções e, b) descrever e comparar o apoio social percebido com indicadores de saúde emocional materna, antes e após cada tipo de intervenção.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e comparativo de delineamento quase experimental com intervenções realizadas com três grupos mães cuja saúde emocional e a interação com seu bebê foram avaliadas antes e depois das mesmas.

2.1 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista – “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, da cidade de Bauru/SP (processo nº 3.509.816/2019). Para a coleta dos dados, foram tomadas todas as providências éticas cabíveis por ocasião do convite para a participação neste projeto, de acordo com o CNS, resolução 466/2012 do CONEP. As participantes foram informadas sobre o objetivo do projeto, as atividades pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados em eventos e publicações da área, assim como da manutenção dos demais serviços por eles usufruídos nas instituições parceiras, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

Cabe ressaltar que foram oferecidas e realizadas sessões de devolutivas dos dados individuais para as participantes ao final do projeto e, quando necessário, foram realizadas as orientações e os encaminhamentos apropriados para os serviços de Psicologia da rede pública da cidade.

2.2 Caracterização da situação de estudo

As intervenções de interação mãe-bebê e saúde emocional foram realizadas nas instituições de serviços especializados Sorri-Bauru e APAE, ambas na cidade de Bauru, interior do estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada em uma sala apropriada, sem ruído ou outros estímulos, garantindo a privacidade da mãe e as condições para as filmagens. A sala tanto comporta as filmagens da interação mãe-bebê quanto os atendimentos individuais do programa terapêutico e a coleta inicial dos dados. Nos dois locais de coleta, em função da pandemia, há protocolos de cuidados que estão sendo rigorosamente seguidos pelas participantes e pela pesquisadora.

2.3 Participantes

Participaram inicialmente 40 mães de bebês com deficiência. As primeiras 20 mães foram convidadas a participarem de duas intervenções: uma sobre Interação mãe-bebê e do Programa de Intervenção Terapêutico Educativo. Delas 13 compuseram o Grupo 1, e realizaram todo o processo previsto. As demais mães, a medida em que eram convidadas eram designadas, aleatoriamente para os dois outros grupos: o Grupo 2, que participou da intervenção sobre Interação mãe-bebê e, o Grupo 3, que participou do Programa de Intervenção Terapêutico Educativo (Figura 1).

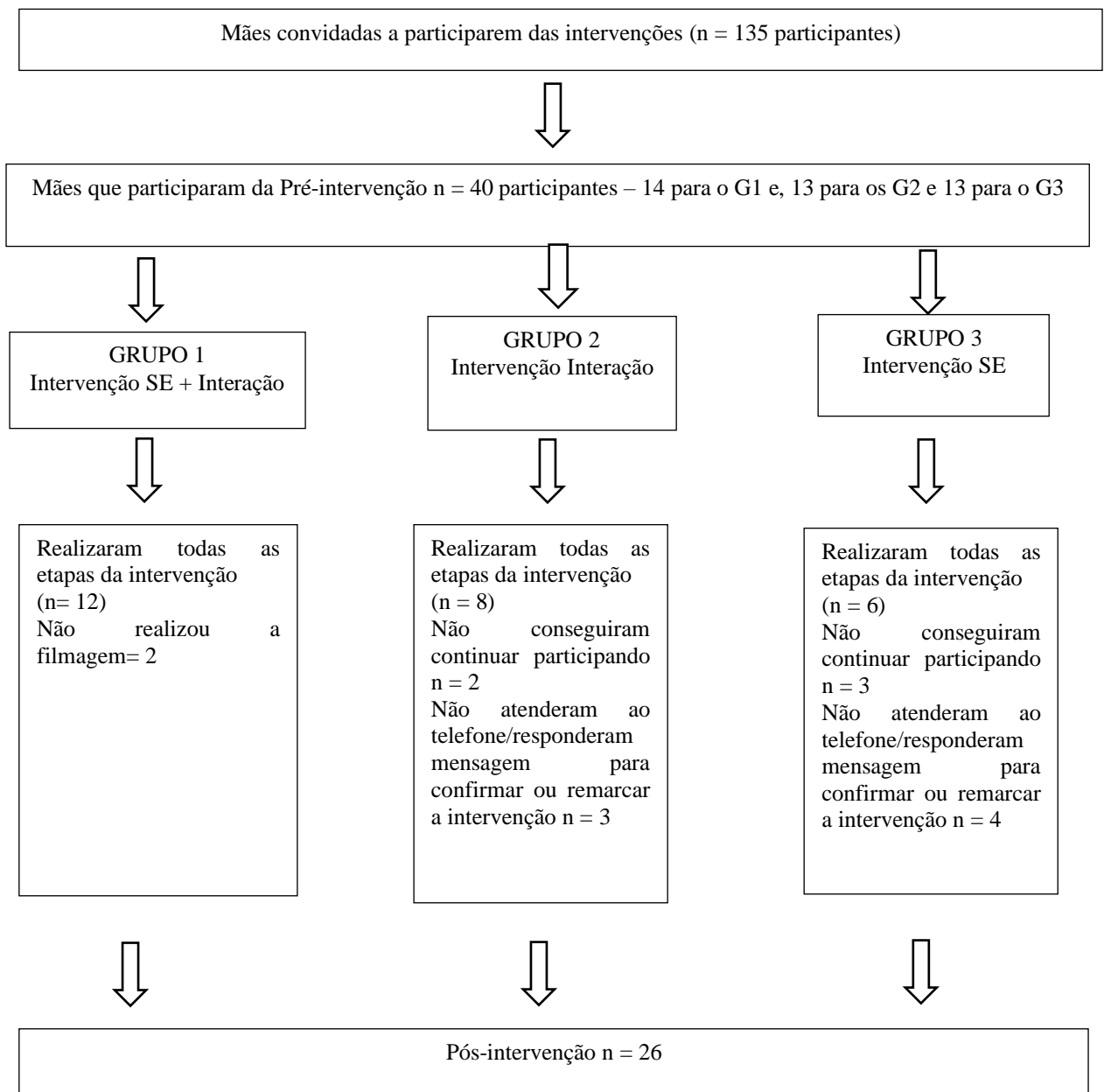


Figura 1. Percurso amostral.

As mães dos três grupos participavam de programas de intervenção precoce em duas instituições de Bauru, SP, que recebem as crianças identificadas em maternidades da região e encaminhadas para os Núcleos de Atendimento de Saúde que, via uma Central de Atendimentos, as direcionam a uma das instituições dependendo da região da cidade onde moram. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

As variáveis sociodemográficas das mães⁴ participantes estão descritas na Tabela 1, separadas por grupo. Quanto ao Grupo 1, 46,15% estava na faixa etária de 36 anos ou mais, 46,15% concluíram o ensino médio, 61,54% estavam em uma união estável, 38,46% tinham um filho único e 76,92% não trabalhavam fora do lar.

O Grupo 2 foi composto por mães com 37,50% na faixa etária de até 25 anos, 62,50% tinham ensino médio completo, 87,50% estavam em uma união estável, 62,50% delas tinha um único filho e 50% trabalhavam fora e a outra metade não.

Em relação ao Grupo 3, a maioria das mães estava na faixa etária entre 26 e 30 anos, assim como tinham 36 anos ou mais (33,33% cada), a escolaridade prevalente foi ensino médio completo (83,33%), estavam em uma união estável (66,67%), tinham três ou mais filhos (66,67%) e não trabalhavam fora (66,67%).

Tabela 1. Caracterização das mães quanto a idade, escolaridade, estado civil, número de filhos e ocupação.

Características	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
Idade materna:	N = 13	%	N = 8	%	N = 6	%
Até 25 anos	3	23,08	3	37,50	1	16,67
De 26 a 30 anos	3	23,08	2	25	2	33,33
De 31 a 35 anos	1	7,69	1	12,50	1	16,67
36 anos ou mais	6	46,15	2	25	2	33,33
Escolaridade:						
Ens. Fund. Incompleto	0	0	0	0	1	16,67
Ens. Fund. Completo	4	30,77	1	12,50	0	0
Ens. Médio Completo	6	46,15	5	62,50	5	83,33
Ens. Sup. Completo	3	23,08	2	25	0	0
Estado civil:						

⁴ Entre as participantes do estudo, estavam uma tia e uma avó como cuidadoras principais e que possuíam legalmente a guarda do bebê. Também participou uma cuidadora principal da família acolhedora de um dos bebês. Optou-se por considerá-las como participantes da presente pesquisa por estarem com os bebês desde os primeiros três meses, cuidando diariamente da criança. Mesmo com essas cuidadoras principais não sendo mães biológicas dos bebês, o termo “mãe” continuará sendo utilizado em todo o texto.

União estável	8	61,54	7	87,50	4	66,67
Outros	5	38,46	1	12,50	2	33,33
Número de filhos:						
Um filho	5	38,46	5	62,50	1	16,67
Dois filhos	4	30,77	2	25	1	16,67
Três ou mais	4	30,77	1	12,50	4	66,67
Mãe trabalha fora:						
Sim	3	23,08	4	50	2	33,33
Não	10	76,92	4	50	4	66,67

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto aos bebês participantes, 13 compuseram o Grupo 1, nove o Grupo 2, fazendo parte um par de gêmeos e seis no Grupo 3.

No primeiro grupo a idade prevalente foi entre nove e 14 meses (38,46%), sendo 53,85% do sexo feminino e 69,23% com diagnóstico definido. O Grupo 2 foi composto por 44,44% dos bebês na faixa etária entre 15 e 19 meses, 55,56% do sexo feminino e 66,67% já tinham diagnóstico. O terceiro grupo estava na faixa etária entre nove e 14 meses (50%), sendo 66,67% do sexo masculino e 100% com diagnóstico definido.

Do total de bebês, 21 (75%) já possuíam diagnóstico da deficiência. Dos bebês com diagnóstico do Grupo 1 prevaleceu a prematuridade com comorbidades com 30,77%, no Grupo 2 houve mais casos de Transtorno específico do desenvolvimento motor (CID F82) e Síndrome de Down (CID Q90) (22,22% cada) e no terceiro grupo o Transtorno específico do desenvolvimento motor (CID F82) foi mais frequente, com 33,33%.

As demais crianças com diagnóstico tinham Transtorno do processamento sensorial⁵ e suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA), Síndrome de Turner (CID Q96), Má formação (pés, mãos, joelho, quadril, nasceu sem testículos), Artrogripose e Aderências peritoneais (CID K66.0 / K 66.9), Mielomeningocele (CID Q05), Transtornos específicos mistos do desenvolvimento (CID F83) e outras deformidades congênitas dos pés em valgo (CID Q 66.6), Agenesia do corpo caloso e visão subnormal de ambos os olhos (CID H54.2), Defeito por redução longitudinal da tíbia (CID Q72.4), Outros defeitos por redução dos membros inferiores (CID Q72.8), Paralisia cerebral (CID G 80.8 / G 80.9), Paraplegia não especificada (CID G82.2), Outras deformidades adquiridas do tornozelo e do pé (CID M21.6), Transtorno interno não especificado do joelho (CID M 23.9), Facomatose não especificada (CID G85.9), Transtornos globais não especificados do desenvolvimento (CID F84.9), Cegueira e visão subnormal (CID H54), Transtornos globais não especificados do

⁵ Dificuldade alimentar

desenvolvimento (CID F84.9), Hemiplegia (CID G81) e suspeita de síndrome alcoólica fetal (Tabela 2). Na presente amostra, alguns bebês possuíam mais de uma condição (Apêndice 2).

A prematuridade pode implicar em atraso importante no desenvolvimento, mas não são considerados com deficiência. Todavia, considerando a presença de comorbidades, há um risco aumentado para atraso no desenvolvimento, motivo pelo qual são atendidos nas instituições, mas também são fatores de risco para o desenvolvimento do bebê e variáveis importantes para a saúde emocional materna. Na presente amostra, dos quatro bebês prematuros, dois nasceram com 25 semanas gestacionais, sendo classificados como prematuros extremos, um bebê nasceu com 31 semanas, sendo caracterizado como muito prematuro e teve hemorragia cerebral e três paradas cardíacas no nascimento e outro com 33 semanas, tendo apresentado hemorragia cerebral, convulsão e anemia após o nascimento.

Tabela 2. Caracterização dos bebês quanto a idade, sexo e condição de saúde.

Características	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	N = 13	%	N = 9	%	N = 6	%
Idade do bebê:						
4 a 8 meses	2	15,38	1	11,11	0	0
9 a 14 meses	5	38,46	2	22,22	3	50
15 a 19 meses	2	15,38	4	44,44	2	33,33
20 a 24 meses	4	30,77	2	22,22	1	16,67
Sexo:						
Masculino	6	46,15	4	44,44	4	66,67
Feminino	7	53,85	5	55,56	2	33,33
Condição:						
Em fase de diagnóstico	4	30,77	3	33,33	0	0
Com diagnóstico definido	9	69,23	6	66,67	6	100

Fonte: Elaborada pela autora.

2.4 Instrumentos

2.4.1 Para a coleta dos dados sociodemográficos

Uma Entrevista Inicial foi realizada, contendo os dados pessoais dos pais e bebês, informações sobre saúde emocional materna (se faz uso de medicação, se passa por acompanhamento psicológico e psiquiátrico) assim como informações anteriores ao nascimento do bebê, condições do nascimento e informações sobre o bebê atualmente (Apêndice 3).

2.4.2 Para avaliação da saúde emocional materna

Para avaliar o estresse materno, foi utilizada a Escala de Estresse Percebido (PSS). Elaborada inicialmente por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), foi validada no Brasil em três estudos (Luft *et al.*, 2007; Reis; Hino; Añez, 2010; Faro, 2015), tendo consistência de Alpha de Cronbach 0,83, 0,77, 0,96 respectivamente. A escala é composta de 14 questões, seguindo o modelo Likert, com alternativas que variam de zero a quatro. Os escores podem variar de zero a 56 e o total é a soma das pontuações. Na presente pesquisa, foi utilizada pontuação acima de 30 pontos para considerar alto nível de estresse ou estresse em nível clínico (Faro, 2015).

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) foi elaborado por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) e validado por Biaggio e Natalício (1979). O instrumento é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, que possibilitam a avaliação dos dois conceitos (traço e estado). Os escores podem variar de 20 a 80 pontos, sendo que a baixa pontuação indica baixo nível de ansiedade e a alta, o oposto. Os pontos de corte escolhido nesse estudo foram de 48 pontos para cada escala, já utilizado em outros estudos para considerar ansiedade em nível clínico (Perosa; Silveira; Canavez, 2008; Perosa *et al.*, 2009; Schiavo; Rodrigues; Perosa, 2018). A consistência interna da escala apresentou um Alfa de Cronbach de 0,82 na dimensão estado e 0,89 em traço para população feminina (Fioravante *et al.*, 2006).

A depressão é avaliada pela Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), elaborada por Cox, Holden e Sagovsky (1987) e validada para a população brasileira por Santos, Martins e Pasquali (1999) e por Santos *et al.* (2007). A escala é um instrumento de auto registro, composta por dez questões relativas aos sintomas comuns de depressão. Para cada pergunta há quatro opções de respostas, sendo que a cada resposta é associada uma pontuação que varia de zero a três. A somatória dos pontos das repostas resulta no escore da escala que varia de zero a 30. As qualidades psicométricas para um ponto de corte maior ou igual a dez são de 82.6% (75.3-89.9%) de sensibilidade e 65.4% (59.8-71.1%) de especificidade (Figueira *et al.*, 2009). Os autores sugerem o ponto de corte maior ou igual a dez para identificar mulheres com provável depressão pós-parto) ou depressão em nível clínico. Alfa de Cronbach encontrado foi de 0,87, demonstrando uma forte consistência interna.

2.4.3 Para avaliação dos procedimentos da intervenção

Alguns questionários foram elaborados pela experimentadora para avaliação dos procedimentos da intervenção, a saber: 1) Questionário de Avaliação do Processo e, 2) Questionário de Avaliação da Intervenção. O primeiro foi apresentado no início de cada encontro e continha 5 questões: a) assinale a intensidade com que você se sentiu estressada última semana; b) assinale a intensidade com que você se sentiu ansiosa última semana; c) assinale a intensidade com que você se sentiu triste última semana; d) lembre-se da última sessão, o quanto você avalia que os assuntos e análises propostas ajudaram durante sua semana? e, e) Você conseguiu realizar algum comportamento novo? Quantos? Essas questões deveriam ser respondidas utilizando uma escala numérica que variava de 0 a 10 pontos (Apêndice 5). O Questionário de Avaliação da Intervenção tinha como objetivo avaliar aspectos específicos do planejamento e execução da intervenção. O questionário solicitava que as participantes avaliassem alguns aspectos tais como: a) avaliação geral das sessões que participou; b) avaliação sobre organização e local e, d) relação com a terapeuta. Essas questões deveriam ser respondidas utilizando uma escala numérica que variava de 0 a 10 pontos, além de mais três questões abertas sobre a percepção dos conteúdos e sugestões (Apêndice 6).

2.4.4 Para avaliação da rede de apoio social

A Escala de Apoio Social (EAS) está sendo utilizada. Foi elaborada por Sherbourne e Stewart (1991) e traduzida para o português por Chor *et al.* (2001). O instrumento avalia a frequência com que o respondente pode contar com pessoas que o apoie em diversas situações e é composto por 19 itens, cada um com cinco alternativas, variando de nunca (1) a sempre (5). Ela conta com cinco dimensões funcionais de apoio social: apoio emocional, afetivo, interação social positiva, apoio de informação e apoio material. A consistência interna da escala apresentou um Alfa de Cronbach de 0,81 na dimensão de apoio afetivo, 0,89 nas dimensões emocional e de informação, 0,93 na dimensão interação positiva e 0,76 na dimensão material (Chor *et al.*, 2001).

2.5 Procedimento

2.5.1 Procedimento para coleta de dados

As mães dos bebês com deficiência em atendimento nas instituições parceiras foram identificadas nos programas de “Estimulação Infantil” das duas instituições, cuja finalidade é

acompanhar os bebês oferecendo os atendimentos especializados necessários para o seu pleno desenvolvimento. Quando da sua presença nas instituições, em horário de interconsulta, as mães foram abordadas e convidadas a participar do projeto. Em caso de aceite, foram cumpridas as formalidades éticas (assinatura do TCLE, informação sobre sigilo etc.) e agendado um horário para a coleta de dados inicial, que ocorre nas dependências das instituições.

A Entrevista Inicial, a Escala de Estresse Percebido (PSS), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), a Escala de Depressão Pós-Parto (EPDS) e a Escala de Apoio Social (EAS) foram aplicados individualmente e fornecidas explicações às mães sobre seus objetivos e modo de preenchimento. A pesquisadora permaneceu na situação para resolver possíveis dúvidas durante o preenchimento dos protocolos. A aplicação dos referidos instrumentos levou, em média, 40 minutos.

As intervenções foram elaboradas para ter o caráter de intervenção universal. Ahmed e Mari (2014) afirmaram que há três níveis de prevenção: universal, seletiva e indicada. Ainda de acordo com os autores, a universal ocorre quando toda a população é alvo de prevenção. Para Murta (2007), o oferecimento de intervenções universais a populações inteiras é mais adequado para se obter participantes e ter sucesso em seus recrutamentos. Neste projeto, todas as mães, independente do resultado dos instrumentos, foram convidadas para participar das intervenções.

Em média uma semana depois da coleta dos dados, as mães do Grupo 1 foram convidadas a participar da Etapa 1, uma intervenção sobre a Interação mãe-bebê. Em seguida, as mães foram convidadas a participar da Etapa 2, a intervenção sobre saúde emocional, realizada em três encontros. Ao final, elas responderam novamente aos instrumentos para avaliação da saúde emocional. As mães dos Grupo 2 e 3 foram convidadas a participar do projeto e, a cada aceite, uma mãe era designada para a intervenção sobre Interação e a próxima, para participar do Programa Terapêutico. As mães dos Grupos 2 e 3 também responderam os instrumentos de Saúde Emocional, antes e depois da intervenção proposta.

2.5.2 Procedimentos de Intervenção

Etapa 1) Intervenção sobre interação mãe-bebê

O procedimento utilizado foi o Programa Promovendo Interação entre Pais e Bebês (PIPAB), elaborado por Chiodelli (2020) para o estudo da interação mãe e seus bebês prematuros. No presente estudo, em função da pandemia, a intervenção foi realizada de forma individual, em um encontro, com duração aproximada de uma hora em uma sala de

atendimento, tendo como objetivo ampliar o repertório interativo e responsivo das mães e, conseqüentemente, dos bebês.

Após a filmagem da interação mãe-bebê, a pesquisadora separou trechos em que as mães apresentaram comportamentos interativos positivos com o bebê, sendo identificados os antecedentes e conseqüentes destes comportamentos e trechos em que apresentaram comportamentos negativos ou não interativos. Durante a intervenção, as filmagens eram apresentadas às mães iniciando e terminando sempre com seqüências positivas. Nesses casos, as mães eram reforçadas pela emissão deste tipo de comportamento. Após a primeira apresentação de uma seqüência positiva eram apresentados os trechos em que foram observados comportamentos interativos negativos ou não interativos, em resposta a comportamentos do bebê (negativos, positivos ou, ainda, não interativos). Eram, então, identificados antecedentes e conseqüentes destes comportamentos, junto com as mães e, a partir disto, a pesquisadora as auxiliava a descrever outros comportamentos que poderiam substituí-los nesta situação de forma a produzir, como conseqüência, uma interação mais positiva e reforçadora entre a díade. Os Quadros 1 e 2 mostram exemplos de análises funcionais realizadas durante a intervenção.

Quadro 1. Análise funcional da interação livre de uma díade.

Trecho 1	Minutos	Seqüência Positiva		
		S	R	C
Cuidador e o bebê emitem comportamentos interativos positivos	02:09 – 02:33	Mãe apresenta chocalho ao bebê (E)	Bebê interage com o chocalho e a mãe, respondendo positivamente, emitindo sons	Mãe continua atraindo a atenção do bebê para o brinquedo, com verbalizações que descrevem o chocalho (E)
Trecho 2 e 3	Minutos	Seqüência Negativa		
		S	R	C
Cuidador emite comportamentos interativos negativos ou não interativos diante de comportamentos interativos positivos ou não interativos dos bebês	03:13 – 03:36	Bebê interage com o brinquedo de argolas oferecido pela mãe, arremessando as argolas no chão	Mãe verbaliza negativamente, reclamando da ação do bebê (VN)	Bebê não quer mais brincar com o brinquedo de argolas
Cuidador e bebê emitem comportamentos negativos	04:12 – 04:16	Bebê mantém contato visual com câmera	Mãe verbaliza negativamente para o bebê, reclamando de suas ações (VN)	Bebê continua mantendo contato visual com câmera
Trecho 4	Minutos	Seqüência Positiva		
		S	R	C
Cuidador emite comportamentos interativos positivos diante de	04:45 – 05:08	Bebê olhando para a câmera, sem interagir com a	Mãe apresenta o brinquedo de tigre ao bebê,	Bebê interage com o brinquedo de tigre

comportamentos não interativos ou interativos negativos do bebê		mãe ou brinquedos	imitando seu rugido, tentando atrair sua atenção ao brinquedo e a si (E)	
--	--	-------------------	--	--

Legenda dos comportamentos maternos: R = responsividade; E = estimulação; I = intrusividade e VN = vocalização negativa

Quadro 2. Análise funcional da interação livre de uma díade.

Trecho 1	Minutos	Sequência Positiva		
		S	R	C
Cuidador e o bebê emitem comportamentos interativos positivos	00:20 – 00:34	Bebê interagindo com o brinquedo de tigre que a mãe havia oferecido	Mãe também oferece brinquedo do elefante para o bebê, dizendo: “olha o elefantinho” (E)	Bebê interage com os dois brinquedos, sorrindo e manipulando
Trecho 2 e 3	Minutos	Sequência Negativa		
		S	R	C
Cuidador emite comportamentos interativos negativos ou não interativos diante de comportamentos interativos positivos ou não interativos dos bebês	04:53 – 04:59	Bebê e mãe brincando juntas com o brinquedo da baleia (mãe segurando o brinquedo bem próximo ao rosto do bebê) (I)	Bebê vocaliza protesto e levanta	Mãe diz: “nossa, está brava” (VN)
Cuidador e bebê emitem comportamentos negativos	02:38 – 02:44	Bebê olhando para a câmera	Mãe olha para a pesquisadora e diz: “ela está entretida com outra coisa” (não interativo)	Bebê continua olhando para a câmera
Trecho 4	Minutos	Sequência Positiva		
		S	R	C
Cuidador emite comportamentos interativos positivos diante de comportamentos não interativos ou interativos negativos do bebê	01:30 – 01:56	Bebê anda pela sala explorando outros objetos (olha para a câmera, mexe na mesa)	Mãe a chama pelo nome, mostra o brinquedo da baleia e a conduz de volta para a maca (E)	Bebê interage com o brinquedo da baleia

Legenda dos comportamentos maternos: R = responsividade; E = estimulação; I = intrusividade e VN = vocalização negativa

Etapa 2) Programa de Intervenção Terapêutico Educativo

O procedimento de intervenção foi elaborado por Campos (2020) e foi adaptado para o atual cenário da pandemia mundial do COVID-19, sendo nomeado como Programa de Intervenção Terapêutico Educativo. A intervenção está sendo realizada em 3 sessões (e uma quarta está sendo oferecida para as mães que tenham interesse em explorar mais algum dos temas trabalhados nos encontros anteriores), uma vez por semana de até 60 minutos cada, divididas em duas partes (Quadro 3):

1- *Direcionamento da atenção ao momento presente (10 min)*: o objetivo é concentrar a atenção em pensamentos, sentimentos, sensações corporais e percepções. O exercício irá focar no autocuidado, calma, reflexão, observação sem julgamento e curiosidade e, também, será destinado a sensibilizar as mães para a exposição dos temas de cada encontro.

2- *Psicoeducação e Análise (50 min)*. Neste momento é retomado o tema do encontro anterior e discutidos os resultados das tarefas. A seguir o tema do encontro é apresentado, permeado por questões que auxiliem as mães a expressarem suas percepções com relação a eles, identificando situações, sentimentos etc. Os encontros terminam com a integração de tópicos educativos, estratégias de enfrentamento e observações. As mães são incentivadas a refletir sobre como sua história de vida influenciou na maternidade desde o seu estado emocional até a interpretação do comportamento do bebê e respostas de parentalidade. É objeto de reflexão como elas realizam a aplicação de seu novo conhecimento ou estratégias no relacionamento com seus bebês e outras pessoas significantes. A cada encontro é entregue uma tarefa que tem como objetivo a observação do seu próprio comportamento, em resposta as diferentes demandas do seu ambiente, analisando-as em termos de tentativas para resolvê-las adequadamente.

Quadro 3. Fases do Programa de Intervenção Terapêutico Educativo.

Encontros	Temas	Objetivos da sessão	Estratégias	Tarefas
1	Aspectos fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a apresentação dos objetivos das sessões e a importância de realizá-las até o final. - Dessensibilizar para facilitar a exposição; introdutório sobre a confidencialidade e segurança do processo. Identificar as alterações de humor que ocorreram durante a semana, os sentimentos relacionados, os comportamentos emitidos e as consequências. - Explicar as mudanças fisiológicas durante a gestação e no pós-parto: a influência dos hormônios, mudanças cerebrais e seus efeitos no comportamento. - Analisar a percepção da interação entre as participantes e promover reflexões sobre a interação entre corpo e comportamento. 	<p>Exercício: Relaxamento muscular progressivo de Jacobson*. Debate sobre as regras. Exposição oral. Discussão.</p>	<p>Identificar as alterações de humor que ocorreram durante a semana, os sentimentos relacionados, os comportamentos emitidos e as consequências.</p>

	Saúde emocional materna	<ul style="list-style-type: none"> - Análise da tarefa de casa - Convidá-la a analisar como lida com as emoções (perguntas: quanto tempo dura uma emoção?; É possível mudar o que sente?; tem emoções boas e ruins?..) - Explicar como as emoções se expressam no corpo, quais são elas (primárias e secundárias); quanto duram e o que é regulação emocional. - Expor sobre as principais alterações de humor decorrente do pós-parto (brevemente) e relacionar com o contexto social e história de vida. 		
2	Os papéis sociais da mulher	<ul style="list-style-type: none"> - Análise da tarefa de casa - Refletir sobre as expectativas sociais e culturais sobre maternidade - Identificar os diferentes papéis que a mulher pode exercer durante o ciclo vital - Sensibilizar em relação à possibilidade de empatia com outras mulheres - Facilitar o início da expressão de emoções sobre esse novo papel - Informações sobre a visão da maternidade em nossa cultura - Identificar semelhanças do que a cultura ensina sobre como mulheres devem cuidar de bebês. 	<p>Exercício: Espaço respiratório de 3 minutos. “Máscara de oxigênio”. Exposição oral. Discussão . Avaliação da sessão.</p>	<p>Realizar alguma atividade significativa de lazer para si mesma e identificar os sentimentos relacionados</p>
	Cuidando de você depois da maternidade	<ul style="list-style-type: none"> - Análise da tarefa de casa - Explicar sobre comportamento de autocuidado e suas consequências - Identificar o autocuidado como consequências imediatas e atrasadas para si e para a maternidade - Discutir sobre “ser mãe”, “o que é estar bem”, “se cuidar” 		
3	Fortalecendo a rede de apoio	<ul style="list-style-type: none"> - Análise em grupo da tarefa de casa - Discutir sobre comunicação e propor estratégias que aumentem a probabilidade de maiores ganhos nas relações e na divisão de responsabilidades - Expor sobre habilidades sociais - Discutir sobre habilidades sociais aplicadas à rede de apoio 	<p>Exercício: Respiração Diafragma-Tica em 4 Tempos. Vídeo: Agressivo, passivo ou assertivo. Exposição oral; Discussão; Avaliação: da sessão e da intervenção.</p>	<p>Identificar situações em que precisou solicitar ajuda, para quem pediu, a reação da pessoa e como a agradeceu por isso.</p>
4	Tema escolhido pela participante a ser tratado de forma mais detalhada	<p>Não é obrigatório esse encontro, fica a critério da participante se quer ou não</p>		

No início de cada sessão, as participantes respondiam ao *Questionário de Avaliação do Processo* com duração aproximada de 5 minutos e, ao final dos três/quatro atendimentos de saúde emocional do Programa de Intervenção Terapêutico Educativo, as participantes preenchiam ao *Questionário de Avaliação da Intervenção*, em que podiam relatar suas experiências ao longo da intervenção, pedir esclarecimentos sobre os procedimentos e temas.

2.5.3 Procedimentos pós-intervenção

Ao final das intervenções, as mães dos três grupos responderam novamente a Escala de Estresse Percebido (PSS), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), a Escala de Depressão Pós-Parto (EPDS) e a Escala de Apoio Social (EAS), individualmente. Foram fornecidas explicações às mães sobre o modo de preenchimento. A pesquisadora permaneceu na situação para resolver possíveis dúvidas durante o preenchimento dos protocolos. A aplicação dos referidos instrumentos levou em média 30 minutos.

Ao final da pesquisa, as mães receberam os resultados da saúde emocional, antes e após a intervenção. As mães que na segunda avaliação de saúde emocional ainda apresentaram indicadores clínicos foram encaminhadas para serviços de Psicologia da comunidade.

2.5.4. Análise dos dados

A codificação dos instrumentos de saúde emocional e da rede de apoio foram analisados e categorizados de acordo com seus respectivos manuais de correção. Os dados foram analisados utilizando frequências absolutas e relativas para a descrição dos resultados antes e depois da intervenção. Para a comparação pré e pós-intervenções, utilizou-se do Teste de Wilcoxon para grupos pareados considerando o pequeno número de participantes.

3. RESULTADOS

Serão apresentados os dados referentes à descrição e comparação da saúde emocional materna e da percepção da rede de apoio social antes e depois das intervenções para cada um dos grupos.

a) Descrição e comparação da saúde emocional antes e depois das intervenções

Os resultados do Grupo 1 indicaram uma diminuição de indicadores clínicos de ansiedade traço, quando comparado o pré e pós-intervenção (53,85% e 46,15%, respectivamente), enquanto em estresse, ansiedade estado e depressão, houve um pequeno aumento nos indicadores. As mães do Grupo 2 apresentaram diminuição nos indicadores clínicos para estresse, do pré para pós-intervenção (75% para 50%, respectivamente), enquanto os outros constructos permaneceram estáveis (pré e pós-intervenção de ansiedade estado com 37,50% cada; pré e pós-intervenção de ansiedade traço com 62,50% cada e pré e pós-intervenção de depressão com 87,50% cada). O Grupo 3 apresentou melhora nos indicadores clínicos em três dos quatro constructos quando comparados o pré e pós-intervenção. Quanto ao estresse, houve uma diminuição de 66,67% para 50% dos indicadores clínicos; em ansiedade estado os indicadores foram 50% e 16,67% no pré e pós-intervenção, respectivamente. o pré e pós da ansiedade traço foi de 66,67% e 33,33%, respectivamente. Os indicadores clínicos de depressão permaneceram estáveis no pré e pós, com 16,67% cada. (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa das participantes com e sem indicadores clínicos nos três instrumentos utilizados no pré e pós-intervenção.

Instrumentos	GRUPO 1	Pré Intervenção		Pós-intervenção	
		N = 13	%	N = 13	%
PSS	Com indicadores clínicos	4	30,77	5	38,46
	Sem indicadores clínicos	9	69,23	8	61,54
IDATE Estado	Com indicadores clínicos	1	7,69	2	15,38
	Sem indicadores clínicos	12	92,31	11	84,61
IDATE Traço	Com indicadores clínicos	7	53,85	6	46,15
	Sem indicadores clínicos	6	46,15	7	53,85
EPDS	Com indicadores clínicos	6	46,15	7	53,85
	Sem indicadores clínicos	7	53,85	6	46,15
Instrumentos	GRUPO 2	Pré Intervenção		Pós-intervenção	
		N = 8	%	N = 8	%
PSS	Com indicadores clínicos	6	75	4	50
	Sem indicadores clínicos	2	25	4	50
IDATE Estado	Com indicadores clínicos	3	37,50	3	37,50
	Sem indicadores clínicos	5	62,50	5	62,50
IDATE Traço	Com indicadores clínicos	5	62,50	3	37,50
	Sem indicadores clínicos	3	37,50	5	62,50
EPDS	Com indicadores clínicos	7	87,50	7	87,50
	Sem indicadores clínicos	1	12,50	1	12,50
Instrumentos	GRUPO 3	Pré Intervenção		Pós-intervenção	
		N = 6	%	N = 6	%

PSS	Com indicadores clínicos	4	66,67	3	50
	Sem indicadores clínicos	2	33,33	3	50
IDATE Estado	Com indicadores clínicos	3	50	1	16,67
	Sem indicadores clínicos	3	50	5	83,33
IDATE Traço	Com indicadores clínicos	4	66,67	2	33,33
	Sem indicadores clínicos	2	33,33	4	66,67
EPDS	Com indicadores clínicos	5	83,33	5	83,33
	Sem indicadores clínicos	1	16,67	1	16,67

Fonte: Elaborada pela autora.

Não houve diferença significativa antes e depois da intervenção para nenhum grupo, porém as pontuações médias diminuíram do pré para o pós-teste para os Grupos 2 e 3, em todos os instrumentos de saúde emocional. No Grupo 1, houve diminuição dos indicadores clínicos em ansiedade traço e depressão e aumento nos outros constructos, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4. Comparação das pontuações médias, de cada um dos três grupos, em cada um dos instrumentos, antes e depois da intervenção.

GRUPO 1					
Instrumentos	Pré Intervenção		Pós-intervenção		p
	Média	DP	Média	DP	
PSS	26,23	9,22	27,38	8,98	0,309
IDATE Estado	36,07	7,46	36,15	9,69	0,861
IDATE Traço	47	10,09	45,84	7,70	0,649
EPDS	9,23	5,91	8,84	5,77	0,654
GRUPO 2					
Instrumentos	Pré Intervenção		Pós-intervenção		P
	Média	DP	Média	DP	
PSS	31	7,15	28,75	10,71	0,440
IDATE Estado	45	9,53	44,71	11,48	0,735
IDATE Traço	51,37	12,83	46	8,45	0,068
EPDS	13,50	3,89	12,50	4,14	0,395
GRUPO 3					
Instrumentos	Pré Intervenção		Pós-intervenção		P
	Média	DP	Média	DP	
PSS	32,66	13,30	25,33	8,91	0,115
IDATE Estado	45,33	13,5	38,33	9,58	0,078
IDATE Traço	50,83	13,49	45,66	9,68	0,225
EPDS	15,66	7,22	14,16	6,08	0,588

Fonte: Elaborada pela autora.

b) Percepção de apoio social antes e depois das intervenções:

Na Tabela 5 estão as comparações das pontuações médias em cada uma das dimensões do instrumento de apoio social, antes e após a intervenção. Não houve diferenças significativas, porém as médias melhoram para todas as dimensões do Grupo 3 e para quatro dimensões do Grupo 1 (emocional, informacional, interação social e afetivo). Quanto ao Grupo 2, houve melhora em duas dimensões (emocional e interação social), mas diminuem para as outras três dimensões.

Tabela 5. Comparação das pontuações médias, para cada grupo, em cada uma das dimensões da Escala de Apoio Social, antes e depois da intervenção.

GRUPO 1					
Instrumentos	Pré Intervenção		Pós-intervenção		P
	Média	DP	Média	DP	
Emocional	71,15	22,74	73,84	20,63	0,188
Material	75	15,94	74,23	21	0,788
Informacional	72,30	20,47	74,61	20,56	0,561
Interação Social	73,84	17,57	75	20,20	0,858
Afetivo	81,02	18,42	85,12	19,08	0,283
GRUPO 2					
Instrumentos	Pré Intervenção		Pós-intervenção		P
	Média	DP	Média	DP	
Emocional	80	22,20	81,87	18,11	0,865
Material	80	25,91	77,50	24,05	0,157
Informacional	80,62	19,98	79,37	15,22	0,655
Interação Social	73,12	23,28	75	23,14	0,892
Afetivo	84,16	16,30	82,68	21,94	0,705
GRUPO 3					
Dimensões	Pré Intervenção		Pós-intervenção		P
	Média	DP	Média	DP	
Emocional	54,16	29,90	60	26,07	0,500
Material	51,66	29,26	53,33	24,42	0,893
Informacional	58,33	29,43	61,66	25,42	0,499
Interação Social	60	28,80	61,66	24,22	0,528
Afetivo	55,55	23,35	69,16	28,16	0,172

Fonte: Elaborada pela autora.

c) Comparações intergrupos

Os três grupos foram comparados antes e depois da intervenção. A comparação antes da intervenção teve como objetivo verificar se os grupos eram semelhantes. As comparações foram feitas utilizando o teste de Mann Whitney. Os constructos que envolvem a saúde emocional foram comparados entre os grupos no pré e no pós-teste. No pré-teste observa-se

que os grupos foram semelhantes em todas as dimensões, menos em Ansiedade Estado em que o G2 apresentou pontuação superior do que as participantes do G1 ($p=0,020$). Observa-se, no pré-teste, que as maiores pontuações, para três dos quatro constructos foram apresentadas pelas mães do G3 (estresse, ansiedade estado e depressão pós-parto). No pós-teste não foram observadas diferenças entre os grupos. Todavia, as menores pontuações foram observadas no Grupo 3, também em três dos quatro constructos (estresse, ansiedade estado e ansiedade traço), conforme a Tabela 6.

Tabela 6. Comparações intergrupos no pré e no pós-intervenção, com relação à saúde emocional.

PRÉ-INTERVENÇÃO									
Dimensões	G 1	G 2	p	G 1	G3	p	G 2	G3	P
Estresse	26,2(9,2)	31 (7,1)	,127	26,2(9,2)	32,6(13,3)	,253	31 (7,1)	32,6(13,3)	,746
Ansiedade estado	36 (7,4)	45,1 (8,8)	,020	36 (7,4)	45,3(13,5)	,159	45,1 (8,8)	45,3(13,5)	,698
Ansiedade traço	47 (10)	51,3(12,8)	,446	47 (10)	50,8(13,4)	,482	51,3(12,8)	50,8(13,4)	,897
Depressão pós-parto	9,2 (5,9)	13,5 (3,8)	,136	9,2 (5,9)	15,6(7,2)	,095	13,5 (3,8)	15,6(7,2)	,476
PÓS-INTERVENÇÃO									
Dimensões	G 1	G 2	p	G 1	G3	p	G 2	G3	P
Estresse	27,3(8,9)	28,7(10,7)	,611	27,3(8,9)	25,3(8,9)	,826	28,7(10,7)	25,3(8,9)	,476
Ansiedade estado	36,1(9,6)	44,7(11,4)	,104	36,1(9,6)	30,3(9,5)	,597	44,7(11,4)	30,3(9,5)	,352
Ansiedade traço	45,8(7,7)	46 (8,4)	,942	45,8(7,7)	45,6(9,6)	,965	46 (8,4)	45,6(9,6)	,948
Depressão pós-parto	8,8(5,7)	12,5(4,1)	,057	8,8(5,7)	14,1(6)	,094	12,5(4,1)	14,1(6)	,744

Comparações foram feitas também considerando a percepção da rede de apoio antes e depois das intervenções com cada grupo. No pré-teste observa-se que os grupos foram semelhantes em todas as dimensões, menos em apoio afetivo em que o G1 apresentou pontuação superior do que as participantes do G2 e G3. No pós-teste não foram observadas diferenças entre os grupos (Tabela 7).

Tabela 7. Comparações intergrupos no pré e no pós-intervenção, com relação à percepção de apoio social.

PRÉ-INTERVENÇÃO									
Dimensões	G 1	G 2	p	G 1	G3	p	G 2	G3	P
Emocional	71,1(22,2)	80(22,2)	,274	71,1(22,2)	54,1(29,9)	,234	80(22,2)	54,1(29,9)	,067
Material	75(15,9)	80(25,9)	,291	75(15,9)	51,6(29,2)	,086	80(25,9)	51,6(29,2)	,059
Informacional	72,3(20,4)	80,6(18,9)	,324	72,3(20,4)	58,3(29,4)	,290	80,6(18,9)	58,3(29,4)	,116
Interação Social	73,8(17,5)	73,1(23,2)	,884	73,8(17,5)	60(29,8)	,290	73,1(23,2)	60(29,8)	,270
Afetivo	81(18,4)	84,1(16,3)	,579	81(18,4)	55,5(23,0)	,029	84,1(16,3)	55,5(23,0)	,022
PÓS-INTERVENÇÃO									
Dimensões	G 1	G 2	p	G 1	G3	p	G 2	G3	P
Emocional	73,8(20,6)	81,8(18,1)	,442	73,8(20,6)	60(26)	,232	81,8(18,1)	60(26)	,120
Material	74,2(21)	77,5(24)	,584	74,2(21)	53,3(24,4)	,086	77,5(24)	53,3(24,4)	,069
Informacional	74,6(20,5)	79,3(15,2)	,659	74,6(20,5)	61,6(25,4)	,199	79,3(15,2)	61,6(25,4)	,103
Interação Social	75(20,2)	75(23,1)	,942	75(20,2)	61,6(24,2)	,234	75(23,1)	61,6(24,2)	,329
Afetivo	85,1(19)	82,4(21,9)	,848	85,1(19)	69,1(28,1)	,177	82,4(21,9)	69,1(28,1)	,289

DISCUSSÃO

Um dos objetivos do presente estudo foi descrever e comparar o nível dos indicadores de saúde emocional de mães de bebês com deficiência ou em fase de diagnóstico, antes e após intervenções relacionadas à interação mãe-bebê (G2), outra com foco na saúde emocional (G3) e, a terceira, associando as duas (G1).

Foi utilizado o formato de psicoterapia breve para as intervenções dos três grupos, variando de três a sete encontros semanais, dependendo do tipo de intervenção. Oliveira, Donelli e Reuse (2019) realizaram uma revisão de literatura sobre psicoterapia para pais (incluindo mães) e bebês, tendo encontrado estudos com foco na psicoterapia breve e com resultados positivos tanto para o tratamento de sintomas de saúde emocional (estresse, ansiedade e depressão) de pais e mães, como para a relação mãe-bebê.

Intervenções com foco na saúde emocional de mães, utilizando Psicoeducação como técnica, têm sido realizados (Campos, 2020; Cunha *et al.*, 2022; Renner *et al.*, 2021), obtendo bons resultados. Nas comparações intragrupos do presente estudo, considerando as médias dos resultados observados nos instrumentos PSS, IDATE Traço e Estado e EPDS no pré e pós-intervenção, apesar de não ter obtido resultados estatisticamente significativos, houve melhora nos indicadores clínicos de estresse, ansiedade e depressão de dois grupos, 2 e 3, correspondente às mães que fizeram atendimentos relacionados à Interação mãe-bebê e ao Programa de Intervenção Terapêutico Educativo, respectivamente, o que corrobora com o estudo interventivo com foco na saúde emocional de duas mulheres com sintomas de

ansiedade e depressão, desenvolvido por Levatti *et al.* (2019), cujas participantes apresentaram redução dos sintomas clínicos para os dois constructos após passarem por atendimentos semanais durante nove meses. Envolvendo especificamente mães de bebês com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Faro *et al.* (2019) identificaram níveis clínicos para estresse nas participantes, o que também corrobora com os dados da presente pesquisa.

Nas comparações intergrupos, os constructos de estresse, ansiedade traço e estado e depressão foram comparados antes da intervenção, para verificar se os grupos eram semelhantes, observando-se semelhança entre eles em todas as dimensões, menos em Ansiedade Estado em que as mães do G2 apresentaram pontuação superior comparadas com as participantes do G1 ($p=0,020$). Os bebês do segundo grupo tinham predominantemente idade mais avançada (entre 15 e 19 meses) do que os bebês dos outros grupos, o que corrobora com os resultados do estudo de Campos (2020), que também identificou que mães de bebês mais velhos apresentaram mais sintomas de ansiedade ao serem comparadas com mães de bebês com menor idade, justificando que o grau de exigência entre um bebê mais novo e outro mais velho difere muito devido às competências que os bebês vão adquirindo e, conseqüentemente, as mães avaliam essa demanda como uma tarefa mais difícil, podendo aumentar, assim, os sintomas de ansiedade.

As mães que participaram da intervenção com foco na saúde emocional (G1) também apresentaram menos indicadores clínicos para estresse, ansiedade estado e ansiedade traço quando comparadas aos outros grupos, assim como foi encontrado no estudo de Campos (2020) que também realizou intervenções com foco em estresse, ansiedade traço e estado e depressão de mães de bebês por meio de Psicoeducação, ao verificar a redução dos sintomas nas participantes, ressaltando sobre a evidência científica de técnicas relacionadas à Terapia Cognitivo-Comportamental e Analítico-comportamentais. De acordo com Oliveira, Donelli e Reuse (2019), estudos com intervenção em saúde emocional para pais e mães de bebês têm obtido resultados positivos na redução dos sintomas clínicos e, especificamente em relação à depressão, as pesquisadoras observaram que, em mais da metade dos estudos analisados houve melhora nesse sintoma, o que também evidencia que na outra parcela não houve alteração. Elas também ressaltaram sobre a importância de investimento em pesquisas sobre a temática, devido à pouca quantidade de estudos publicados que encontraram.

Uma das variáveis possíveis para os resultados menos expressivos encontrados no presente estudo pode se dever ao baixo número de sessões com foco na saúde emocional materna. Ashori *et al.* (2019) e Stein *et al.* (2018) encontraram bons resultados com programas com 12 e 11 sessões respectivamente, enquanto no presente estudo foram apenas

quatro encontros. Para o Grupo 1, o primeiro que participou dos encontros os mesmos aconteceram ao final da pandemia, quando os encontros presenciais estavam sendo retomados, em ambientes cheios de regras e, também de medo e insegurança, o que pode ter influenciado os resultados piores.

Um outro objetivo deste estudo foi descrever e comparar o apoio social percebido com indicadores de saúde emocional materna, antes e após cada tipo de intervenção. Os resultados do presente estudo indicaram que, apesar de não apresentar diferenças estatisticamente significativas, as médias de todas as dimensões da percepção de apoio social melhoraram para todas as mães do G3, assim como quatro delas para o G1, após a intervenção, o que pode sinalizar que, mães que passaram por alguma intervenção que tenha como foco saúde emocional, apresentam melhores índices do que mães que não passaram por uma intervenção com essa temática. Há que se considerar, ainda, que as médias foram altas em todas as dimensões avaliadas, desde a primeira avaliação, o que significa que havia pouca margem para avanços no pós-teste.

Identificar a percepção de mães de bebês com deficiência é um recurso importante, como apontado por Araújo *et al.* (2018), principalmente em condições em que a criança apresenta uma condição crônica, para auxiliar no processo de enfrentamento da situação, evitando um adoecimento do membro familiar.

Antes de passarem pelas intervenções, observou-se que os grupos foram semelhantes em todas as dimensões da rede de apoio, menos em apoio afetivo em que o G1 apresentou pontuação superior do que as participantes do G2. De acordo com Faro *et al.* (2019), mães de bebês com Transtorno do Espectro Autista (TEA) que apresentaram indicativos clínicos para estresse, se identificavam como mais sobrecarregadas e com menos apoio social, o que corrobora com os dados da presente pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos do presente estudo foram descrever e comparar o nível dos indicadores de saúde emocional de mães de bebês com deficiência ou em fase de diagnóstico, antes e após três tipos de intervenções, assim como descrever e comparar o apoio social percebido com indicadores de saúde emocional materna, antes e após cada tipo de intervenção. Os resultados indicaram que houve melhora nos indicadores clínicos no pós-teste, principalmente para os grupos que foram submetidos a uma única intervenção, mas as diferenças entre antes e depois da intervenção não foram estatisticamente significativas para nenhum grupo. Também, os

grupos se mostraram semelhantes tanto no pré como no pós-teste, o que não possibilitou observar diferenças entre as intervenções.

A limitação do estudo foi o número reduzido de mães em cada grupo e a distribuição não aleatória no primeiro grupo, uma vez que, inicialmente só haveria um grupo. Recomenda-se que estudos futuros priorizem a divisão aleatória das participantes nos três grupos, com número maior de participantes em cada um deles. Uma outra sugestão é programar um número maior de encontros, assim como a realização de seguimento, para a verificação da manutenção dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

AHMED, H. U.; MARI, J. J. The role of research in the prevention of mental disorders. **Trends Psychiatry Psychother.**, v. 36, n. 1, p. 1-2, 2014.

ALVARENGA, P. et al. Impacto da saúde mental materna na interação mãe-bebê e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. **Psico (Porto Alegre)**, 49 (3), pp. 317-327, 2018.

ALVARENGA, P.; WEBER, L. N. D.; BOLSONI-SILVA, A. T. Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. XVIII, n. 1, pp. 4-21, 2016.

ARAÚJO, M. A. F. et al. Redes sociais de apoio e famílias de crianças com deficiência: uma revisão integrativa. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, 2018.

ASHORI, M.; NOROUZI, G.; JALIL-ABKENAR, S. S. The effect of positive parenting program on mental health in mothers of children with intellectual disability. **Journal of Intellectual Disabilities**, pp. 1-12, 2019.

BARONE, L. et al. Testing an Attachment-Based Parenting Intervention-VIPP-FC/A in Adoptive Families with Post-institutionalized Children: Do Maternal Sensitivity and Genetic Markers Count? **Front. Psychol.**, 19, feb. 2018.

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

CAMPOS, B. C. **Efeitos de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos de saúde emocional**. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, 2020.

CHIODELLI, T. **Comportamentos interativos e sincronia de díades mãe-bebê e pai bebê: identificação e intervenção**. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, 2020.

CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad Saúde Pública**, v. 4, n. 17, p. 887-896, 2001.

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

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British journal of psychiatry**, v. 150, n. 6, p. 782-786, 1987.

CUNHA, A. M. T. et al. Adesão de mães de bebês prematuros com indicadores clínicos de saúde emocional à grupos psicoeducativos, **Vínculo - Revista do NESME**, v. 19, n. 2, 2022.

FARO, A. Análise Fatorial Confirmatória das Três Versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.28 n. 1, p. 21-30, 2015.

FARO, K. C. A. et al. Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. **Psico (Porto Alegre)**, v. 50, n. 2, 2019.

FERREIRA, T. S.; RODRIGUES, O. M. P. R.; CAMPOS, B. C. Síndrome de Down: influências na interação mãe-bebê. **Psicologia Argumento**, v.36, n.94, p.414-436, 2018.

FIGUEIRA, P. et al. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 79-84, 2009.

FIORAVANTE, A. C. M. et al. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço e estado do IDATE. **Avaliação Psicológica**, 5(2), pp. 217-224 217, 2006.

JAMES, D. M.; WADNERKAR-KAMBLE, M. B.; LAM-CASSETTARI, C. Video feedback intervention: a case series in the context of childhood hearingimpairment. **INT J LANG COMMUN DISORD**, v. 48, n. 6, pp. 666–678, 2013.

LEVATTI, G. E. et al. Terapia analítico-comportamental para mulheres com ansiedade e depressão: comportamentos e procedimentos na interação terapêutica. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 9, n. 2, p. 164–182, 2019.

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

MANGILI, V. R. **Indicadores de Depressão Pós-parto, Ansiedade e Estresse Maternos: Influências sobre a Interação Mãe-Bebê**. 2017. 119f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2017.

MURTA, S. G. Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2007.

OLIVEIRA, L. T.; DONELLI, T. M. S.; REUSE, B. Psicoterapia pais-bebê: uma revisão sistemática de literatura. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 11, n. 1, p. 109-123, 2019.

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

PEDERRO, M. F. P.; RODRIGUES, O. M. P. R. Interação mãe-bebê com deficiência: um estudo de revisão. **Revista Educação Especial**, v. 32, 2019.

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, pp. 029-036, 2008.

PEROSA, G. B. et al. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 31(9), 433-439, 2009.

REIS, R. S.; HINO, A. A. F.; AÑEZ, C. R. R. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. **Journal of health psychology**, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010.

RENNER, A. M. et al. Intervenção para mães com depressão pós-parto: protocolos de psicoeducação e treino para reconhecimento de emoção. **Psicol. pesq.**, v. 15, n. 2, p. 1-19, jun. 2021.

SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPE) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 23, pp. 2577-2588, 2007.

SANTOS, L. M. **Atividade lúdica e de cuidado: análise e intervenção na interação mãe-bebê.** Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2020.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escala de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, p. 90-95, 1999.

SCHIAVO, R.A.; RODRIGUES, O.M.P.R.; PEROSA, G.B. Variáveis Associadas à Ansiedade Gestacional em Primigestas e Multigestas, **Trends in Psychology/Temas em Psicologia**, vol. 26, núm. 4, 2018.

SHERBOURNE, C. D; STEWART, A L. The MOS social support survey. **Social Science and Medicine**, n. 32, p. 705-714, 1991.

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

STEIN, A et al. Mitigating the effect of persistent postnatal depression on child outcomes through an intervention to treat depression and improve parenting: a randomised controlled trial. **Lancet Psychiatry**, v. 5, pp. 134-44, 2018.

ESTUDO 5: Comportamentos interativos maternos e de bebês com deficiência: efeitos de diferentes intervenções baseadas na interação mãe-bebê e na saúde emocional materna

O comportamento humano é influenciado por variáveis filogenéticas, ontogenéticas e culturais (Skinner, 1999), o que significa que os seres humanos são afetados pelos componentes genéticos, biológicos, história de aprendizagem e de valores culturais presentes no ambiente em que vivem. Desde 1880, estudos são desenvolvidos para investigar a participação genética e ambiental no comportamento humano. No final do século XX estudos de comparação de gêmeos criados juntos e separados foram desenvolvidos para investigar os tipos de influências ambientais e seus efeitos no comportamento (Ebert; Stefano, 2022). Os autores também destacaram que modelos de adoção foram utilizados para a comparação de irmãos que não compartilham componentes genéticos, mas sim o mesmo ambiente de criação, com o objetivo de verificar a influência ambiental compartilhada.

Atualmente há um consenso, entre os teóricos e pesquisadores, sobre a importância de considerar que a genética e ambiente operam juntos, mais do que a discussão sobre qual destes fatores é mais importante (Papalia; Feldman, 2013). As autoras exemplificaram essa interação mencionando que a função psicológica da inteligência tem forte influência da hereditariedade, mas que variáveis como estimulação parental, educação, entre outras, também a afetam.

O relacionamento com seus cuidadores, entre eles a mãe como cuidadora principal, na maioria dos casos, influencia o modo como o desenvolvimento socioemocional dos bebês irá acontecer. Desde o nascimento, os bebês sinalizam suas necessidades por meio do choro e, mais tarde, do sorriso social e, ao terem suas necessidades atendidas pela mãe, há um aumento na sensação de controle das emoções relacionadas ao conforto, prazer e segurança, o que gera um efeito de fortalecimento de determinadas respostas de interação (Papalia; Feldman, 2013; Alvarenga; Weber; Bolsoni-Silva, 2016). Os comportamentos de interação entre mãe e bebê envolvem contingências positivas quando a resposta de um afeta a resposta do outro, como por exemplo, ao sorrir para a mãe, ela também sorri de volta, o que torna os bebês mais aptos à regulação emocional (Papalia; Feldman, 2013). Ainda de acordo com as autoras, os padrões de interação entre cuidador-bebê são de origem cultural, isto é, os comportamentos do cuidador durante a interação com o bebê serão influenciados pelo modo com que a sociedade em que ele vive estabelece como adequado ou não.

Papalia e Feldman (2013) também destacam como necessidade do bebê que precisa ser atendida, ter uma mãe que responda de forma imediata e afetuosa a ele. Uma mãe responsiva irá atender de forma apropriada aos sinais comportamentais do bebê e, caso ela não seja sensível à essa sinalização pode provocar, no bebê, experiências emocionais relacionadas a estresse, desprazer, desconforto e insegurança gerando, assim, uma contingência aversiva para a interação (Alvarenga; Weber; Bolsoni-Silva, 2016). O efeito das contingências positivas da interação entre mãe e bebê podem ser observadas em resultados comportamentais na primeira e segunda infância, como melhor regulação comportamental aos dois, quatro e seis anos de idade, maior comportamento de colaboração com pedidos e estabelecimento de limites, além de menor probabilidade de apresentar problemas de comportamento aos dois anos de idade (Papalia; Feldman, 2013).

Interações positivas entre mães e bebês tendem a contribuir para o desenvolvimento socioemocional infantil (Fuertes, 2023). Porém, nem todas as mães têm comportamentos responsivos, podendo também causar danos ao desenvolvimento do bebê, como ao praticar maus-tratos, colocando a criança em risco. Abuso físico, negligência, abuso sexual e maus-tratos emocionais, como rejeição, são alguns dos tipos de violência que podem ser cometidos contra a criança.

Reinach e Barros (2023) apresentaram dados sobre o aumento da violência contra crianças e adolescentes no Brasil em 2022. Os autores constataram que, comparado com o ano anterior, houve um aumento de violência contra crianças e adolescentes, sendo que 61,4% das vítimas de estupro têm entre 0 e 13 anos de idade e 10,4% são bebês e crianças de até 4 anos de idade. Um outro dado encontrado é que cerca de 68,3% destes casos ocorreram na residência das vítimas, além de aumento de 14% no crime de abandono de incapaz e outros 13,8% relacionados a maus tratos. Estes dados mostram a necessidade de investimento na infância e nos cuidadores dessas crianças.

Um dos fatores de risco para maus-tratos infantil é quando a mãe tem dificuldade em interagir com o recém-nascido, tanto por dificuldades durante a gestação e parto quanto por alguma frustração com o bebê (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2017; World Health Organization [WHO] & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect [ISPCAN], 2006) ou por falta de modelos adequados presentes no seu contexto de vida.

Por outro lado, cuidadores com estilo parental relacionados à superproteção, supervalorização e disciplina relaxada com os filhos durante a infância, foram associados a traços mais elevados de narcisismo quando jovens (Schie *et al.*, 2020; Brummelman *et al.*

2015). Portanto, investir na relação entre mãe e bebê parece ser uma variável importante para um desenvolvimento adequado e saudável.

Corroborando com esses fatos, estudos têm mostrado que o estilo parental de risco (Brummelman, *et al.*, 2015; Ferrão, 2022; Cramer, 2015; Schie *et al.*, 2020), o desenvolvimento de um apego inseguro no bebê durante a interação com os cuidadores (Palihawadana, 2019; Pires *et al.*, 2018; Kaurin *et al.* 2020) e traumas ocorridos na infância, como abuso emocional, físico ou sexual, assim como negligência emocional ou física (Anderson, 2023, Hogg *et al.*, 2023), podem ser fatores preditivos para, posteriormente, o desenvolvimento de transtornos mentais em crianças. Mais especificamente, podem ocorrer transtornos de personalidade, transtornos depressivos e de ansiedade, com efeitos, muitas vezes, a longo prazo.

As formas de interação entre mães e bebês também devem ser analisadas em contextos nas quais outras variáveis podem interferir no vínculo materno e na forma em que ela irá interagir com o filho, como no caso do bebê ter desenvolvimento atípico. Minetto e Löhr (2016) analisaram as crenças e práticas educativas de dois grupos de mães de crianças com desenvolvimento atípico na primeira infância, um grupo composto por mães de crianças com Síndrome de Down e o outro grupo por mães de crianças com Deficiência intelectual, utilizando a Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) na primeira infância. Os resultados mostraram que as mães de filhos com deficiência intelectual se preocupam mais com práticas de Cuidados, como a criança está vestida, sua alimentação e higiene, enquanto as mães das crianças com Síndrome de Down (SD) tiveram maiores índices nas práticas de Estimulação. Uma hipótese é que mães de crianças com SD tendem a participar de serviços de orientação precocemente, o que as sensibilizariam para a estimulação de seus bebês, provavelmente devido a identificação da síndrome imediatamente após o nascimento e o rápido encaminhamento para esses serviços.

Dentre as variáveis investigadas por Silva e Dessen (2014), as práticas parentais foram analisadas em famílias de crianças com diversos tipos de deficiência, por meio de entrevistas estruturadas com mães e pais. As autoras perceberam que os cuidadores avaliaram suas práticas parentais como coercitivas, mesmo diante de interações com diálogo e cuidados com o filho. Outro resultado sobre as práticas apontou a percepção que pais e mães têm sobre as relações familiares, que variou de acordo com o tipo de deficiência da criança e os valores e crenças presentes na educação dos filhos. As pesquisadoras concluíram indicando a necessidade de mais estudos que investigassem padrões de comunicação em famílias que tenham crianças com diversos tipos de deficiência.

A comparação entre dois grupos de pais (pais e mães), um com filhos com deficiência visual e outro com filhos sem deficiência, foi feita em um estudo desenvolvido por Cardoso (2018), visando identificar a relação entre as práticas educativas parentais na visão dos pais de crianças/adolescentes e associar as práticas educativas parentais com a saúde mental das crianças, pela visão dos pais. O instrumento utilizado para avaliar as práticas educativas foi o Inventário de Percepção Parental (PPI). Dentre os resultados do estudo, ao comparar os dois grupos, as mães de crianças sem deficiência visual avaliaram suas práticas como mais coercitivas e, para os dois grupos, houve correlação positiva entre as práticas educativas e a saúde mental infantil.

Outra pesquisa comparativa foi de Pederro (2018), que analisou, entre outras variáveis, a interação entre mães e bebês de quatro a 12 meses de idade, com risco para deficiência auditiva comparando-a com mães de bebês com desenvolvimento típico, por meio de observação sistemática realizada com filmagens da díade em contexto de brincadeira livre e os comportamentos categorizados pelo protocolo Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado (CITMI-R). Como resultados, os bebês com risco para a deficiência auditiva apresentaram mais comportamentos não interativos e menos comportamentos positivos e neutros. Também, as mães desse grupo apresentaram menor frequência de comportamentos nas três categorias: positivo, neutro e não responsivo, comparados com o grupo oposto. Resultados semelhantes foram encontrados por Bolsoni-Silva *et al.* (2010) ao comparar o repertório parental de três grupos de mães, um de crianças com deficiência auditiva (DA), outro com crianças com distúrbio de linguagem (DL) e, o terceiro de crianças não clínicas, utilizando o Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P). As autoras constataram que as mães de crianças com DA apresentaram menos habilidades educativas, assim como seus filhos demonstraram menos habilidades sociais.

Bebês com e sem Síndrome de Down também foram comparados, por meio de filmagens, quanto aos comportamentos interativos e não interativos com suas mães, no estudo de Ferreira, Rodrigues e Campos (2018), utilizando o CITMI-R, sendo verificado que comportamentos de exploração, auto conforto e passividade podem interferir nas interações positivas entre a díade e que, ao comparar os grupos, os comportamentos de ambos não diferiram, evidenciando uma possível adaptação das mães dos bebês com Síndrome de Down com as demandas da condição do filho, auxiliadas pelas orientações de serviços de atendimento que frequentam.

Outro estudo avaliou o envolvimento conjunto e a disponibilidade emocional das interações entre pais de crianças com perda auditiva moderada e pais de crianças com audição

normal, nas quais as díades foram filmadas durante uma sessão de brincadeira livre, além da aplicação de escalas e testes (Dirks; Rieffe, 2019). Os resultados da pesquisa demonstraram que as crianças com perda auditiva e seus pais tiveram mais dificuldades em estabelecer envolvimento conjunto e tiveram episódios mais breves desse envolvimento do que o outro grupo. A disponibilidade emocional e o envolvimento conjunto foram relacionados positivamente à capacidade de linguagem das crianças. As pesquisadoras recomendaram que programas de intervenção precoce centrados na interação entre a criança com perda auditiva moderada e seus pais sejam desenvolvidos.

O investimento em pesquisas em relação às crianças entre zero e três anos de idade com desenvolvimento atípico, no âmbito nacional, tem tido pouco investimento de programas governamentais e de produção científica, conforme o levantamento realizado por Rozek e Martins (2020), corroborando com os resultados do estudo de revisão sistemática de Pederro e Rodrigues (2019) sobre a interação mãe e bebê com deficiência. Pederro e Rodrigues (2019) identificaram que, no período de 2008 a 2017, foram encontrados 28,56% de artigos nacionais sobre o tema, contrastando com 71,44% de artigos internacionais. Em seu Relatório Mundial sobre a Deficiência, uma das recomendações da World Health Organization (WHO, 2011) é sobre a importância de fortalecer e apoiar a pesquisa sobre deficiência, apontando alguns pontos que pesquisas deveriam se concentrar, como o impacto dos fatores ambientais, qualidade de vida e bem-estar das pessoas com deficiência, assim como investimentos focalizados em capacitação humana e técnica e a necessidade de que pesquisadores sobre a temática da deficiência se estabeleçam, principalmente em países em desenvolvimento.

1. OBJETIVOS

Têm-se por objetivos do presente estudo: a) descrever e correlacionar os comportamentos interativos entre mães e bebês com deficiência, b) comparar os comportamentos interativos maternos e dos bebês antes e depois das mães participarem de diferentes tipos de intervenções e, c) correlacionar os comportamentos interativos entre mães e bebês expostos a cada uma das intervenções.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo e quase experimental sobre os comportamentos interativos de um grupo de mães e seus bebês, observados durante um episódio de brincadeira livre antes e depois das mães serem expostas, em grupos, a três diferentes tipos de intervenções. Considerando os dois tipos de delineamentos o estudo foi realizado em duas etapas, com número de participantes e procedimento específicos.

2.1 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista – “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, da cidade de Bauru/SP (processo nº 3.509.816/2019). Para a coleta dos dados, foram tomadas todas as providências éticas cabíveis por ocasião do convite para a participação neste projeto, de acordo com o CNS, resolução 466/2012 do CONEP. As participantes foram informadas sobre o objetivo do projeto, as atividades pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados em eventos e publicações da área, assim como da manutenção dos demais serviços por eles usufruídos nas instituições parceiras, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

Cabe ressaltar que foram oferecidas e realizadas sessões de devolutivas dos dados individuais para as participantes e, quando necessário, foram realizadas as orientações e os encaminhamentos apropriados para os serviços de Psicologia da rede pública da cidade.

2.2 Caracterização da situação de estudo

A primeira etapa do estudo constou de filmagens da interação mãe-bebê que foram realizadas nas instituições de serviços especializados SORRI-Bauru e APAE, ambas na cidade de Bauru, interior do estado de São Paulo. Esta coleta de dados foi realizada em uma sala apropriada, sem ruído ou outros estímulos, garantindo a privacidade da mãe e as condições para as filmagens. Nos dois locais de coleta, em época de pandemia, houve protocolos de cuidados que foram rigorosamente seguidos pelas participantes e pela pesquisadora.

Para a etapa 2 as mães participantes da etapa 1 foram convidadas a participar das intervenções que ocorreram nos mesmos locais das filmagens, das duas instituições.

2.3 Participantes

Participaram inicialmente 40 mães de bebês com deficiência. Delas 13 compuseram o Grupo 1, e realizaram todo o processo previsto. As demais mães, a medida em que eram convidadas eram designadas aleatoriamente para os dois outros grupos: nove mães compuseram o Grupo 2 e participaram da intervenção sobre Interação mãe-bebê e, o Grupo 3 com seis mães que participaram do Programa de Intervenção Terapêutico Educativo (FIGURA 1). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

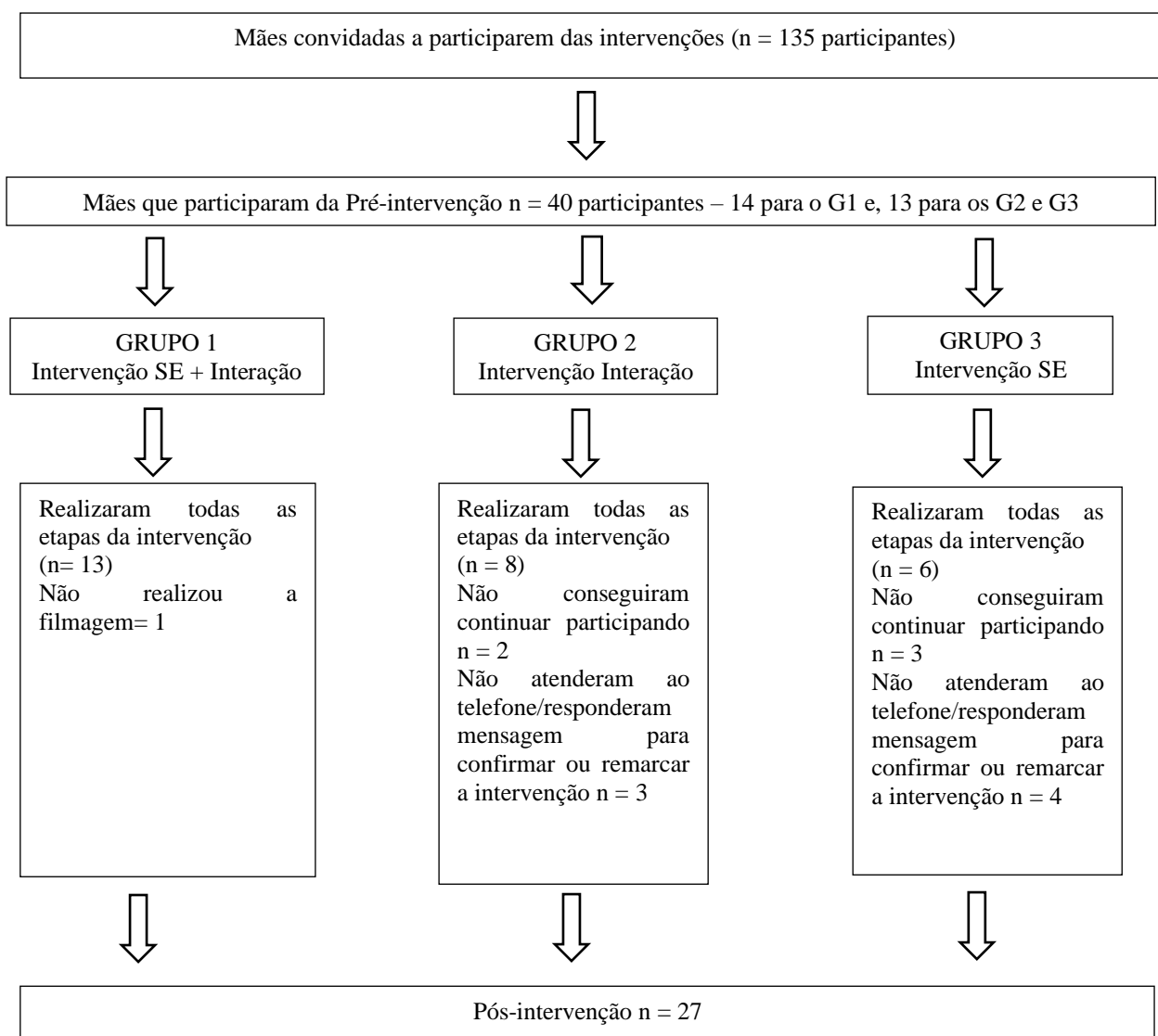


Figura 1. Percurso amostral.

As variáveis sociodemográficas das 40 mães⁶ participantes estão descritas na Tabela 1. Quanto a idade materna, 37,5% estavam na faixa etária de até 25 anos, 52,5% das mães concluíram o ensino médio, 72,5% estavam em uma união estável, 42,5% tinham um único filho e 72,5% não trabalhavam fora do lar.

Tabela 1. Caracterização das mães quanto a idade, escolaridade, estado civil, número de filhos e ocupação.

Características	N = 40	%
Idade materna:		
Até 25 anos	15	37,5
De 26 a 30 anos	8	20,0
De 31 a 35 anos	4	10,0
36 anos ou mais	13	32,5
Escolaridade:		
Ensino fundamental incompleto	2	5
Ensino fundamental completo	10	25
Ensino médio completo	21	52,5
Ensino superior completo	7	17,5
Estado civil:		
União estável	29	72,5
Outros	11	27,5
Número de filhos:		
Um filho	17	42,5
Dois filhos	10	25
Três ou mais	13	32,5
Mãe trabalha fora:		
Sim	11	27,5
Não	29	72,5

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto aos 42 bebês participantes, a idade prevalecte foi entre nove e 14 meses (35,71%), sendo 54,76% do sexo feminino (Tabela 2). Dos bebês, 30 (71,43%) já possuíam diagnóstico da deficiência, do restante, três eram nascidos prematuros, com comorbidades e estavam em fase de diagnóstico. Dos bebês com diagnóstico prevaleceu a Síndrome de Down com 23,08% da amostra. As demais crianças com diagnóstico tinham Transtorno do

⁶ Entre as participantes do estudo, estavam uma tia e uma avó como cuidadoras principais e que possuíam legalmente a guarda do bebê. Também participou uma cuidadora principal da família acolhedora de um dos bebês. Optou-se por considerá-las como participantes da presente pesquisa por estarem com os bebês desde os primeiros três meses, cuidando diariamente da criança. A família acolhedora já sinalizou à equipe da instituição de reabilitação, seu possível interesse em adotar o bebê, caso nenhuma outra família se manifeste. Mesmo com essas cuidadoras principais não sendo mães biológicas dos bebês, o termo “mãe” continuará sendo utilizado em todo o texto.

processamento sensorial⁷ e suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA), Síndrome de Turner (CID Q96), Má formação (pés, mãos, joelho, quadril, nasceu sem testículos), Artrogripose e Aderências peritoneais (CID K66.0 / K 66.9), Mielomeningocele (CID Q05), Transtornos específicos mistos do desenvolvimento (CID F83) e outras deformidades congêntas dos pés em valgo (CID Q 66.6), Defeito por redução longitudinal da tíbia (CID Q72.4), Outros defeitos por redução dos membros inferiores (CID Q72.8), Transtorno específico do desenvolvimento motor (CID F82), Paralisia cerebral (CID G 80.8 / G 80.9), Paraplegia não especificada (CID G82.2), Outras deformidades adquiridas do tornozelo e do pé (CID M21.6), Transtorno interno não especificado do joelho (CID M 23.9), Facomatose não especificada (CID G85.9), Em avaliação para Transtorno do Espectro Autista, Transtornos globais não especificados do desenvolvimento (CID F84.9) e Cegueira e visão subnormal (CID H54) (Apêndice 2).

A prematuridade pode implicar em atraso importante no desenvolvimento, mas não são considerados com deficiência. Todavia, considerando a presença de comorbidades, há um risco aumentado para atraso no desenvolvimento, motivo pelo qual são atendidos nas instituições, mas também são fatores de risco para o desenvolvimento do bebê e variáveis importantes para a saúde emocional materna. Na presente amostra, dos três bebês prematuros, dois nasceram com 25 semanas gestacionais, sendo classificados como prematuros extremos e um bebê nasceu com 31 semanas, sendo caracterizado como muito prematuro, tendo hemorragia cerebral e três paradas cardíacas no nascimento.

Tabela 2. Caracterização dos bebês quanto a idade, sexo e condição de saúde.

Características	N = 42	%
Idade do bebê:		
4 a 8 meses	7	16,67
9 a 14 meses	15	35,71
15 a 19 meses	11	26,19
20 a 24 meses	9	21,43
Sexo do bebê:		
Masculino	19	45,24
Feminino	23	54,76
Condição:		
Em fase de diagnóstico	12	28,57
Com diagnóstico definido	30	71,43

Fonte: Elaborada pela autora.

Na etapa 2 as mães que aceitaram participar das intervenções foram convidadas a participar das intervenções. As primeiras 20 mães foram convidadas a participarem de duas intervenções: uma sobre Interação mãe-bebê e do Programa de Intervenção Terapêutico Educativo. Delas 13 compuseram o Grupo 1, e realizaram todo o processo previsto. As demais mães, a medida em que eram convidadas eram designadas, aleatoriamente para os dois outros grupos: o Grupo 2, que participou da intervenção sobre Interação mãe-bebê e, o Grupo 3, que participou do Programa de Intervenção Terapêutico Educativo.

As variáveis sociodemográficas das mães⁸ participantes estão descritas na Tabela 3, separadas por grupo. Quanto ao Grupo 1, 46,15% estava na faixa etária de 36 anos ou mais, 46,15% concluíram o ensino médio, 61,54% estavam em uma união estável, 38,46% tinham um filho único e 76,92% não trabalhavam fora do lar.

O Grupo 2 foi composto por mães com 33,33% na faixa etária de até 25 anos assim como com 36 anos ou mais, 66,67% tinham ensino médio completo, 88,89% estavam em uma união estável, 55,56% delas tinha um único filho e 55,56% não trabalhavam fora.

Em relação ao Grupo 3, a maioria das mães estavam na faixa etária entre 26 e 30 anos, assim como tinham 36 anos ou mais (16,67% cada), a escolaridade mais prevalente foi ensino médio completo (83,33%), elas estavam em uma união estável (66,67%), tinham três ou mais filhos (66,67%) e não trabalhavam fora (66,67%).

Tabela 3. Caracterização das mães distribuídas nos três grupos quanto a idade, escolaridade, estado civil, número de filhos e ocupação.

Características	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
Idade materna:	N = 13	%	N = 9	%	N = 6	%
Até 25 anos	3	23,08	3	33,33	1	16,67
De 26 a 30 anos	3	23,08	2	22,22	2	33,33
De 31 a 35 anos	1	7,69	1	11,11	1	16,67
36 anos ou mais	6	46,15	3	33,33	2	33,33
Escolaridade:						
Ens. Fund. Incompleto	0	0	0	0	1	16,67
Ens. Fund. Completo	4	30,77	1	11,11	0	0
Ens. Médio completo	6	46,15	6	66,67	5	83,33

⁷ Dificuldade alimentar

⁸ Entre as participantes do estudo, estavam uma tia e uma avó como cuidadoras principais e que possuíam legalmente a guarda do bebê. Também participou uma cuidadora principal da família acolhedora de um dos bebês. Optou-se por considerá-las como participantes da presente pesquisa por estarem com os bebês desde os primeiros três meses, cuidando diariamente da criança. Mesmo com essas cuidadoras principais não sendo mães biológicas dos bebês, o termo “mãe” continuará sendo utilizado em todo o texto.

Ens. Sup. Completo	3	23,08	2	22,22	0	0
Estado civil:						
União estável	8	61,54	8	88,89	4	66,67
Outros	5	38,46	1	11,11	2	33,33
Número de filhos:						
Um filho	5	38,46	5	55,56	1	16,67
Dois filhos	4	30,77	2	22,22	1	16,67
Três ou mais	4	30,77	2	22,22	4	66,67
Mãe trabalha fora:						
Sim	3	23,08	4	44,44	2	33,33
Não	10	76,92	5	55,56	4	66,67

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto aos bebês participantes, 13 compuseram o Grupo 1, 10 o Grupo 2, fazendo parte um par de gêmeos e seis no Grupo 3 (Tabela 4).

No primeiro grupo a idade prevalecente foi entre nove e 14 meses (38,46%), sendo 53,85% do sexo feminino e 69,23% com diagnóstico definido. O Grupo 2 foi composto por 40% dos bebês na faixa etária entre 15 e 19 meses, 60% do sexo feminino e 70% já tinham diagnóstico. O terceiro grupo estava na faixa etária entre nove e 14 meses (50%), sendo 66,67% do sexo masculino e 100% com diagnóstico definido.

Do total de bebês dos grupos, 22 (75,86%) já possuíam diagnóstico da deficiência. Dos bebês com diagnóstico do Grupo 1 prevaleceu a prematuridade com comorbidades com 33,33%, no Grupo 2 houve mais casos de Transtorno específico do desenvolvimento motor (CID F82) e Síndrome de Down (CID Q90) (20% cada) e no terceiro grupo o Transtorno específico do desenvolvimento motor (CID F82) foi mais frequente, com 33,33%.

As demais crianças com diagnóstico tinham Transtorno do processamento sensorial⁹ e suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA), Síndrome de Turner (CID Q96), Má formação (pés, mãos, joelho, quadril, nasceu sem testículos), Artrogripose e Aderências peritoneais (CID K66.0 / K 66.9), Mielomeningocele (CID Q05), Transtornos específicos mistos do desenvolvimento (CID F83) e outras deformidades congênitas dos pés em valgo (CID Q 66.6), Agenesia do corpo caloso e visão subnormal de ambos os olhos (CID H54.2), Defeito por redução longitudinal da tíbia (CID Q72.4), Outros defeitos por redução dos membros inferiores (CID Q72.8), Paralisia cerebral (CID G 80.8 / G 80.9), Paraplegia não especificada (CID G82.2), Outras deformidades adquiridas do tornozelo e do pé (CID M21.6), Transtorno interno não especificado do joelho (CID M 23.9), Facomatose não especificada (CID G85.9), Transtornos globais não especificados do desenvolvimento (CID F84.9), Cegueira e visão subnormal (CID H54), Transtornos globais não especificados do

desenvolvimento (CID F84.9), Hemiplegia (CID G81), suspeita de síndrome alcoólica fetal e Encefalocele e Fissura labiopalatina (Tabela 4). Na presente amostra, alguns bebês possuíam mais de uma condição (Apêndice 2).

A prematuridade pode implicar em atraso importante no desenvolvimento, mas não são considerados com deficiência. Todavia, considerando a presença de comorbidades, há um risco aumentado para atraso no desenvolvimento, motivo pelo qual são atendidos nas instituições, mas também são fatores de risco para o desenvolvimento do bebê e variáveis importantes para a saúde emocional materna. Na presente amostra, dos quatro bebês prematuros, dois nasceram com 25 semanas gestacionais, sendo classificados como prematuros extremos, um bebê nasceu com 31 semanas, sendo caracterizado como muito prematuro e teve hemorragia cerebral e três paradas cardíacas no nascimento e outro com 33 semanas, tendo apresentado hemorragia cerebral, convulsão e anemia após o nascimento.

Tabela 4. Caracterização dos bebês distribuídos nos três grupos quanto a idade, sexo e condição de saúde.

Características	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
Idade Do Bebê:	N = 13	%	N = 10	%	N = 6	%
4 A 8 Meses	2	15,38	1	10	0	0
9 A 14 Meses	5	38,46	2	20	3	50
15 A 19 Meses	2	15,38	4	40	2	33,33
20 A 24 Meses	4	30,77	3	30	1	16,67
Sexo:						
Masculino	6	46,15	4	40	4	66,67
Feminino	7	53,85	6	60	2	33,33
Condição:						
Em fase de diagnóstico	4	30,77	3	30	0	0
Com diagnóstico definido	9	69,23	7	70	6	100

Fonte: Elaborada pela autora.

2.4 Instrumentos

2.4.1 Para a coleta dos dados sociodemográficos

Uma Entrevista Inicial foi realizada, contendo os dados pessoais dos pais e bebês, informações sobre saúde emocional materna (se faz uso de medicação, se passa por acompanhamento psicológico e psiquiátrico) assim como informações anteriores ao

⁹ Dificuldade alimentar

nascimento do bebê, condições do nascimento e informações sobre o bebê atualmente (Apêndice 3).

2.4.2 Para o registro da interação mãe-bebê

Foram utilizados uma filmadora digital e brinquedos infantis (2 bichinhos de borracha, 1 móbile, 1 chocalho e 1 brinquedo de encaixe).

2.4.6 Para a avaliação da interação mãe-bebê

Para análise da interação foi utilizado o protocolo de observação Interadiade - Protocolo para codificação de comportamentos interativos maternos e do bebê (Rodrigues; Chiodelli; Pereira, 2020), em contexto de interação livre, classificando os comportamentos em positivos, negativos e não interativos. Com relação aos comportamentos interativos parentais (Quadro 1), consideram-se positivos aqueles comportamentos que podem atuar como promotores da interação com a criança, estimulando-a e, também, indicar a responsividade dos cuidadores. São eles: apresentar brinquedo para o bebê, cuidar do bebê, observar o bebê, atrair a atenção do bebê para objetos ou para si, acalmar o bebê, esperar o bebê responder, brincar sem objetos e acariciar. Os comportamentos interativos negativos incluem os comportamentos parentais que apresentam uma função de intrusividade na interação com o bebê, ou produzem estimulação aversiva para ele, como cuidar do bebê excessivamente, verbalizar negativamente para o bebê, interromper a atividade do bebê sem motivo aparente ou completar a atividade por ele, estimular excessivamente e contato intrusivo. Os comportamentos não interativos parentais envolvem comportamentos direcionados para o observador, ou outros pontos da sala e indisponibilidade para o contato com o bebê.

Quadro 1. Definições operacionais dos comportamentos maternos analisados pelo Interadiade.

Comportamentos maternos	
Positivos	
Estimulação	<p>Apresentar brinquedo para o bebê: diante de um comportamento interativo do bebê (exemplo: manter contato visual, responder positivamente à mãe/pai), o cuidador coloca brinquedo a frente do bebê ou colocá-lo na mão do bebê (chocalho, por exemplo) dando modelo sem forçar o uso.</p> <p>Atrair a atenção do bebê para brinquedos ou para si: diante de comportamentos do bebê de exploração do ambiente ou dirigidos para si, a mãe/pai tenta atrair a atenção do bebê para si, ex. estalar os dedos, bater palmas, acenar, reposicionar-se na linha de visão da criança, balançar o brinquedo em frente a criança, apertar o brinquedo para produzir som, chamar o bebê pelo nome, vocalizar “ei, olha aqui”. As aproximações da mãe/pai à criança, ou apresentações do brinquedo não invadem o espaço do bebê, ou seja, são emitidos a uma distância superior a 20 cm do bebê. Esta categoria é interrompida quando o</p>

	<p>bebê volta a olhar para a mãe/pai.</p> <p>Brincar sem objetos: envolver-se em brincadeiras típicas, ex., brincadeira de serra-serra, esconde-achou, utilizar as mãos para brincar com o bebê, beijar o bebê, estalar os dedos, bater palmas, fazer cócegas, pode envolver verbalizações e vocalizações, sorriso com o objetivo de manter a atenção do bebê (manter o bebê interagindo).</p>
Responsividade	<p>Cuidar do bebê: diante de sinais de desconforto do bebê, ex. deslizar da cadeira, salivar em excesso a mãe/pai responde reposicionando a posição do bebê, limpando a sua boca, soltando o cinto quando este estiver muito apertado.</p> <p>Observar o bebê: mãe/pai observa os comportamentos do bebê, pode ser acompanhado por sorrisos, sem expectativas (não está sob controle) de comportamentos anteriores ou modelos apresentados.</p> <p>Acalmar o bebê: diante do desconforto do bebê, como choro, vocalizações de protesto, agitação, a mãe/pai emite comportamentos com a função de acalmá-lo, ex. conversa com o bebê, fazer carinho, tocar partes do seu corpo, pegar no colo, mudar as expressões faciais.</p> <p>Esperar o bebê responder: diante de comportamentos de verbalização, sorrisos do bebê, ou depois de apresentar um modelo para o bebê (sorriso, vocalizações) olha para o bebê esperando que ele se comporte/responda.</p> <p>Acariciar: olhar, sorrir, tocar suavemente o bebê, demonstrando afeto.</p>
Negativos	
Intrusividade	<p>Cuidar do bebê excessivamente: sem sinais de desconforto ou necessidade a mãe/pai reposiciona o bebê, arruma-o, limpa a boca, como para se ocupar.</p> <p>Interromper a atividade do bebê sem motivo aparente ou completar a atividade por ele: Ex. bebê está manipulando objetos ou o próprio corpo e a mãe/pai interrompe a interação, retirando os objetos, oferecendo outros objetos, inclui aqueles que são inapropriados para a idade), mãe/pai parece não discriminar o comportamento do bebê. Também envolve restrição física, ou seja, a mãe/pai segura as mãos do bebê impedindo que se regule.</p> <p>Estimular excessivamente: Ex. mãe/pai apresenta um brinquedo chacoalhando-o em excesso; a mãe/pai mantém o seu rosto próximo ao bebê, menos de 30 cm; exigir que o bebê faça coisas que ainda não consegue, massagear excessivamente o bebê (principalmente se o bebê demonstrar desagrado). Colocar brinquedo a frente do bebê ou colocá-lo na mão do bebê (chocalho, por exemplo) dando modelo forçando o uso e desconsiderando o desconforto do bebê.</p> <p>Contato intrusivo: envolve contato físico com o bebê intrusivo, como cutucar o bebê, realizar movimentos bruscos e que possam machucar o bebê ou invadir o seu espaço.</p>
Verbalização negativa	<p>Verbalizar para o bebê: descreve o bebê usando palavras pejorativas, reclamar de ações do bebê (quando baba, chora, grita...).</p>
Não interativos	
Não interativos	<p>Olhar para outros pontos da sala: cuidador direciona o olhar para o ambiente, procura brinquedos, olha para o pesquisador, inicia conversa com o pesquisador (faz comentários, perguntas), não responde aos comportamentos do bebê.</p>

Fonte: Rodrigues, Chioldelli e Pereira (2020).

Quanto aos comportamentos dos bebês, os positivos envolvem comportamentos interativos do bebê que podem apresentar a função de reforçador positivo para os comportamentos parentais, ou iniciar/manter a interação, como interagir com brinquedo que a mãe/pai oferece, atrair a atenção da mãe/pai, olhar para mãe/pai e responder positivamente à mãe/pai, com sorrisos e vocalizações. Os comportamentos classificados como negativos apresentam a função de sinalizar para o cuidador desconforto com alguma situação da interação, sendo choro, chutar/empurrar a mãe/pai e protestar. Os não interativos envolvem

comportamentos do bebê direcionados para si, ou com a função de evitar o contato com o cuidador e, se referem a explorar o ambiente, explorar objetos, explorar o próprio corpo e evitar contato. As definições operacionais de cada comportamento analisado encontram-se apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2. Definições operacionais dos comportamentos dos bebês analisados pelo Interadíade.

Comportamentos dos bebês	
Positivos	<p>Interagir com brinquedo que a mãe/pai oferece: bebê olha, estende os braços na direção, alcança, toca o brinquedo que a mãe/pai está oferecendo/apresentando para ele.</p> <p>Atrair atenção da mãe/pai: diante de um comportamento não interativo da mãe/pai, o bebê vocaliza, sorri, agita-se (move braços e/ou pernas) para atrair a atenção da mãe/pai.</p> <p>Manter contato visual com a mãe/pai: bebê olha para a mãe/pai, este comportamento pode ocorrer acompanhado de movimentos do corpo, apertar as mãos uma contra a outra, colocar as mãos na boca.</p> <p>Responder positivamente à mãe/pai: olhar para a mãe/pai sorrindo e emitindo sons neutros ou positivos.</p>
Negativos	<p>Chorar: diante de algum comportamento da mãe/pai, incluindo a ausência deste, o bebê chora.</p> <p>Chutar/empurrar a mãe/pai: tocar em partes do corpo da mãe com os pés.</p> <p>Protestar: arquear o corpo, vocalizar protesto, agitar-se demonstrando incomodo, pode apresentar expressões faciais negativas.</p>
Não interativos	<p>Explorar o ambiente: olhar para os objetos presentes na sala, cadeirinha... (olhar para a câmera, objetos que estão presentes no ambiente, exploração visual).</p> <p>Explorar objetos: engajar-se em brincadeira solitária com brinquedos ou objetos próximos, uma vez que a mãe/pai apresenta um brinquedo para o bebê, este segura-o, ou manipula objetos e olha para eles. Também envolve comportamentos do bebê de explorar e tocar objetos que estão próximos, como cinto da cadeira, o acento, o encosto da cadeira, partes da sua roupa.</p> <p>Explorar o próprio corpo: tocar partes do seu corpo, bebê brinca com o pezinho, segurando-o, tentando levar à boca, ou observa suas mãos, aperta uma mão na outra, coloca as mãos na boca.</p> <p>Evitar a mãe/pai: o bebê afasta o olhar do rosto da mãe/pai, evitando o contato visual com ela(ele), escapar (bebê tenta se afastar do adulto, virando o seu corpo para a direção oposta ao adulto), comportamentos de bloqueio (colocar as mãos, erguer os braços em frente ao rosto).</p>

Fonte: Rodrigues, Chiodelli e Pereira (2020).

2.5 Procedimento

2.5.1 Procedimento para coleta de dados

Após levantamentos periódicos realizados nas duas instituições sobre as mães de bebês a partir de três meses a 24 meses de idade que estavam em atendimento, a pesquisadora realizava o convite via telefone, presencialmente, no momento de interconsultas, ou por meio de mensagem de texto. Diante do aceite das participantes, a pesquisadora aproveitava da

presença delas nos locais referidos para marcar um horário em que elas não estivessem em outro atendimento com o bebê.

A Entrevista Inicial e a filmagem da interação mãe-bebê foram realizadas individualmente, com cada díade. Em situação de interação livre, com brinquedos disponibilizados, mas não sugerido seu uso, as díades foram filmadas durante 5 minutos. A única instrução apresentada foi de que deverão brincar com seus bebês como costumavam fazer no cotidiano.

Os procedimentos de intervenção foram os mesmos já descritos no Estudo 4, à partir da página 99.

2.5.2. Procedimento de análise dos dados

O tempo de filmagem foi dividido em episódios a cada segundo. A cada episódio foram analisados os comportamentos maternos e do bebê, de acordo com as categorias previstas pelo instrumento de análise. Foi convencionado que, no primeiro episódio, o observador começava codificando o comportamento infantil e, em seguida, codificava o comportamento materno. Essa marcação permitiu o cálculo da fidedignidade entre os observadores. Os episódios eram analisados em uma ou quantas vezes fossem necessárias para a obtenção precisa dos comportamentos emitidos pela díade. Para nove das filmagens foram realizadas análises conjuntas entre pesquisador e um observador duplo cego, que não conheceu as mães, para aferição de fidedignidade, feito após a finalização da coleta, com o sorteio dos vídeos que estão sendo analisados por um observador independente e não participante da coleta dos dados.

Para a descrição dos comportamentos das díades da etapa 1 utilizou-se de frequência absoluta e relativa. Para a análise de correlação utilizou-se do Teste de Pearson. Para as análises comparativas, da etapa 2, os dados foram submetidos a análises estatísticas não paramétrica (Teste de Mann Whitney), comparando os três grupos envolvidos, de acordo com a intervenção realizada, considerando o tamanho reduzido da amostra.

3. RESULTADOS

Serão apresentados os dados referentes aos comportamentos interativos de 38 mães e 39 bebês, participantes da etapa 1.

Os comportamentos maternos foram divididos em três categorias, sendo Estimulação e Responsividade pertencentes aos comportamentos Interativos Positivos; compondo os comportamentos Interativos Negativos estão Intrusividade e Verbalização Negativa e, por último, os Não Interativos.

a) Descrição dos comportamentos maternos e dos bebês dos três grupos

As mães apresentaram maior frequência de comportamentos positivos, mais especificamente em Estimulação (71,50%). Dos comportamentos negativos o mais frequente foi Intrusividade (4,10%) (Tabela 5).

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

Comportamentos		
Interativos positivos	N = 38	%
Estimulação	7982	71,50
Responsividade	2137	19,14
Total	10119	90,65
Interativos negativos		
Intrusividade	458	4,10
Verbalização negativa	88	0,79
Total	546	4,89
Não interativos		
Total geral	11163	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto aos comportamentos dos bebês, houve maior frequência de comportamentos positivos (49,43%), seguidos de comportamentos não interativos (48,18%), conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6. Frequência absoluta e relativa dos comportamentos interativos dos bebês.

Comportamentos		
	N = 39	%
Total interativos positivos	5548	49,43
Total interativos negativos	268	2,39
Total não interativos	5407	48,18
Total	11223	100

Fonte: Elaborada pela autora.

b) Correlação dos comportamentos maternos e dos bebês da amostra total

A análise entre os comportamentos interativos maternos e dos bebês mostrou correlações positivas moderadas entre os comportamentos positivos dos bebês e os comportamentos de Estimulação e o total de positivos maternos. Também, observou-se correlação negativa moderada entre os comportamentos positivos dos bebês com os comportamentos de Intrusividade materna e fraca com o total de comportamentos negativos maternos. O total de comportamentos negativos dos bebês correlacionou-se negativamente com os comportamentos de Estimulação maternos e o total de comportamentos positivos maternos e, positivamente com Intrusividade e o total de comportamentos negativos maternos. Os comportamentos não interativos dos bebês correlacionaram-se negativamente com os comportamentos de Estimulação e os não interativos maternos e, positivamente com os comportamentos maternos de Responsividade. Os dados estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7. Análise de correlação entre comportamentos interativos maternos e dos bebês.

Comportamentos interativos maternos	Comportamentos interativos dos bebês		
	Total Positivos	Total Negativos	Não Interativos
Estimulação	R=,653** P=0,000	R=-0,415** P=0,010	R=-0,325* P=0,0146
Responsividade			R=0,325* P=0,047
Total Positivos	R=0,633** P=0,000	R=-0,575** P=0,000	
Intrusividade	R=-0,411** P=0,010	R=0,593** P=0,000	
Verbalizações negativas			
Total Negativos	R=-0,358* P=0,23	R=0,545** P=0,000	
Não interativos			R=0,367* P=,023

c) Comparação dos comportamentos maternos e dos bebês antes e depois das intervenções

Os resultados das três intervenções foram analisados separadamente considerando antes e depois delas, em termos de frequência absoluta e relativa e estão apresentados na Tabela 8. Quando comparados no pré e pós-intervenção, os comportamentos positivos de Estimulação das mães do Grupo 1 diminuíram de 71,31% para 70,95%, respectivamente e

aumentaram os de Responsividade de 19,28% para 25,33%, indicando que no pós-intervenção, as mães utilizaram mais comportamentos responsivos do que de estimulação, diferentemente da pré-intervenção. Também houve diminuição dos comportamentos negativos de Intrusividade (de 2,33% para 0,69%) e de Verbalização Negativa (de 0,79% para 0,46%), no pré e pós-intervenção e, respectivamente nos comportamentos não interativos, diminuindo de 6,28% para 2,57%.

No Grupo 2 houve aumento dos comportamentos positivos das mães do pré para o pós-intervenção. Os comportamentos de Estimulação aumentaram de 90,02% para 95,37% e Responsividade de 18,12% para 19,84%, respectivamente. Também houve diminuição dos comportamentos negativos de Intrusividade (de 5,59% para 0,37%, respectivamente) e de Verbalização Negativa (de 0,92% para 0,03%, respectivamente). Os comportamentos não interativos aumentaram de 3,47% para 4,22% do pré para o pós-intervenção.

Os comportamentos positivos das mães do Grupo 3 aumentaram do pré para o pós-intervenção, sendo Estimulação com aumento de 59,53% para 63,08% e de Responsividade de 26,85% para 27,56%. Os comportamentos negativos de Intrusividade diminuíram de 7,89% para 4,59% e de Verbalização Negativa também diminuíram de 0,94% para 0,06%, no pré e pós. Os comportamentos não interativos tiveram diminuição de 4,78% para 4,70% antes e após a intervenção (Tabela 8).

Tabela 8. Frequência absoluta e relativa dos comportamentos maternos dos três grupos no pré e pós-intervenção.

GRUPO 1				
Comportamentos interativos positivos	Pré-Intervenção		Pós-intervenção	
	N = 13	%	N = 13	%
Estimulação	2781	71,31	2765	70,95
Responsividade	752	19,28	987	25,33
Total	3533	90,59	3752	96,28
Comportamentos interativos negativos	Pré-Intervenção		Pós-intervenção	
	N = 13	%	N = 13	%
Intrusividade	91	2,33	27	0,69
Verbalização negativa	31	0,79	18	0,46
Total	122	3,13	45	1,15
Não interativos	Pré-Intervenção		Pós-intervenção	
	N = 13	%	N = 13	%
	245	6,28	100	2,57
Total geral	3900	100	3897	100
GRUPO 2				
Comportamentos interativos positivos	Pré-Intervenção		Pós-intervenção	
	N = 9	%	N = 9	%

Estimulação	1802	71,91	2040	75,53
Responsividade	454	18,12	536	19,84
Total	2256	90,02	2576	95,37
Comportamentos interativos negativos	Pré-Intervenção		Pós-intervenção	
	N = 13	%	N = 13	%
Intrusividade	140	5,59	10	0,37
Verbalização negativa	23	0,92	1	0,03
Total	163	6,50	11	0,40
Não interativos	Pré-Intervenção		Pós-intervenção	
	N = 13	%	N = 13	%
	87	3,47	114	4,22
Total geral	2506	100	2701	100
GRUPO 3				
Comportamentos interativos positivos	Pré-Intervenção		Pós-intervenção	
	N = 6	%	N = 6	%
Estimulação	1071	59,53	1126	63,08
Responsividade	483	26,85	492	27,56
Total	1554	86,38	1618	90,64
Comportamentos interativos negativos	Pré-Intervenção		Pós-intervenção	
	N = 6	%	N = 6	%
Intrusividade	142	7,89	82	4,59
Verbalização negativa	17	0,94	1	0,06
Total	159	8,84	83	4,65
Não interativos	Pré-Intervenção		Pós-intervenção	
	N = 6	%	N = 6	%
	86	4,78	84	4,70
Total geral	1799	100	1785	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Os três grupos apresentaram aumento de pontuação média nos comportamentos positivos de Estimulação e Responsividade, todavia, as diferenças entre pré e pós-intervenções não foram significativas. Todavia, considerando o total de comportamentos positivos, observou-se diferenças significativas para a média total de comportamentos interativos positivos para os Grupos 1 e 2.

Quanto aos comportamentos interativos negativos observou-se diminuição das pontuações médias tanto em intrusividade, verbalizações negativas e o total deles. Para os Grupos 1 e 2 as diferenças entre o pré e pós-intervenções foram significativas para intrusividade e o total de negativos.

As pontuações médias para os comportamentos não interativos diminuíram significativamente apenas para o Grupo 1. Para o Grupo 2 os comportamentos não interativos aumentaram, para o 3 as médias foram semelhantes nas duas condições (Tabela 9).

Tabela 9. Comparação das pontuações médias, de cada um dos três grupos, dos comportamentos maternos, antes e depois da intervenção.

Comportamentos maternos	Grupo 1 Média (DP)			Grupo 2 Média (DP)			Grupo 3 Média (DP)		
	Pré	Pós	P	Pré	Pós	P	Pré	Pós	P
Estimulação	213,9 (0,29)	212,6 (47,36)	0,889	200,22 (51,54)	226,66 (63,00)	0,139	178,50 (31,35)	187,66 (48,02)	0,345
Responsividade	57,8 (29,17)	75,9 (45,58)	0,054	50,44 (29,35)	59,55 (58,64)	0,953	80,50 (32,22)	82,00 (51,90)	0,917
Total positivos	271,7 (18,8)	288,6 (8,3)	0,003	250,67 (56,52)	286,22 (14,60)	0,013	259,00 (31,64)	269,66 (17,16)	0,345
Intrusividade	7 (6,8)	2 (3,75)	0,012	15,55 (22,60)	1,11 (2,9)	0,050	23,66 (36,23)	13,66 (17,58)	0,293
Verbalizações negativas	2,38 (5,78)	1,38 (3,40)	0,343	2,55 (3,97)	0,11 (0,33)	0,144	2,83 (4,62)	0,16 (0,40)	0,131
Total negativo	9,38 (8,05)	3,46 (4,70)	0,021	18,11 (24,86)	1,22 (2,99)	0,028	26,50 (35,05)	13,83 (17,58)	0,225
Não Interativos	18,84 (15,96)	7,69 (5,37)	0,017	9,66 (7,22)	12,66 (13,92)	0,553	14,33 (15,66)	14,00 (4,97)	0,917

Fonte: Elaborada pela autora.

Os comportamentos positivos dos bebês do Grupo 1 diminuíram de 54,51% para 48,79% no pré e pós-intervenção, respectivamente. Assim como houve diminuição dos comportamentos negativos de 1,48% para 0,49% antes de depois da intervenção. Os comportamentos não interativos aumentaram de 44% para 50,71% no pré e pós, respectivamente.

Do mesmo modo, os comportamentos positivos dos bebês do Grupo 2 diminuíram antes e após a intervenção (de 44,57% para 36,33%, respectivamente), assim como seus comportamentos negativos diminuíram (3,95% para 2,81%, respectivamente no pré e pós). Enquanto houve aumento dos comportamentos não interativos, passando de 51,48% para 60,85% antes e após a intervenção, respectivamente.

Já os comportamentos positivos dos bebês do Grupo 3 aumentaram de 39,91% para 44,48% no pré e pós, respectivamente. Os comportamentos negativos diminuíram de 4,56% para 3,02% antes e após a intervenção, respectivamente, assim como os comportamentos não interativos de 55,53% para 52,49%, respectivamente, no pré e pós-intervenção, conforme a Tabela 10.

Tabela 10. Frequência absoluta e relativa dos comportamentos dos bebês dos três grupos no pré e pós-intervenção.

GRUPO 1				
Comportamentos	Pré-Intervenção		Pós-intervenção	
	N = 13	%	N = 13	%
Positivos	2137	54,51	1903	48,79
Negativos	58	1,48	19	0,49
Não interativos	1725	44,00	1978	50,71
Total geral	3920	100	3900	100
GRUPO 2				
Comportamentos	Pré-Intervenção		Pós-intervenção	
	N = 9	%	N = 9	%
Positivos	1116	44,57	981	36,33
Negativos	99	3,95	76	2,81
Não interativos	1289	51,48	1643	60,85
Total geral	2504	100	2700	100
GRUPO 3				
Comportamentos	Pré-Intervenção		Pós-intervenção	
	N = 6	%	N = 6	%
Positivos	718	39,91	794	44,48
Negativos	82	4,56	54	3,02
Não interativos	999	55,53	937	52,49
Total geral	1799	100	1785	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Não foram observadas alterações significativas do pré para o pós-teste para os bebês dos três grupos. Para os Grupos 1 e 2 as pontuações médias dos positivos diminuíram e aumentaram para o Grupo 3. Os negativos diminuíram para os três grupos e, os não interativos aumentaram para os grupos 1 e 2 e diminuíram para o Grupo 3, conforme Tabela 11.

Tabela 11. Comparação das pontuações médias, de cada um dos três grupos, dos comportamentos dos bebês, antes e depois da intervenção.

Comportamentos dos bebês	Grupo 1 Média (DP)			Grupo 2 Média (DP)			Grupo 3 Média (DP)		
	Pré	Pós	P	Pré	Pós	P	Pré	Pós	P
Total positivos	164,38 (42,12)	146,38 (8,02)	0,101	124,00 (50,45)	109,00 (42,18)	0,515	119,6 (42,70)	132,33 (8,07)	0,225
Total negativos	4,46 (5,09)	1,46 (3,23)	0,102	11,00 (17,84)	8,44 (16,23)	0,500	13,66 (31,03)	9,00 (18,69)	0,752
Não Interativos	132,69 (45,13)	152,18 (67,12)	0,064	143,22 (37,31)	182,55 (43,48)	0,086	165,50 (19,70)	156,16 (38,61)	0,293

Fonte: Elaborada pela autora.

- d) Comparação intergrupos dos comportamentos maternos e dos bebês antes e depois das intervenções

Inicialmente foram comparados os comportamentos interativos maternos antes das intervenções. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, conforme estão apresentados os resultados na Tabela 12.

Tabela 12. Comparação dos comportamentos interativos maternos das pré-intervenções dos três grupos.

Comportamentos maternos	Média (DP)			Média (DP)			Média (DP)		
	Grupo 1	Grupo 2	P	Grupo 1	Grupo 3	P	Grupo 2	Grupo 3	P
Estimulação	213,9 (0,29)	212,6 (47,36)	0,616	213,9 (0,29)	178,50 (31,35)	0,054	212,6 (47,36)	178,50 (31,35)	0,191
Responsividade	57,8 (29,17)	75,9 (45,58)	0,616	57,8 (29,17)	80,50 (32,22)	0,114	75,9 (45,58)	80,50 (32,22)	0,159
Total positivos	271,7 (18,8)	88,6 (8,3)	0,815	271,7 (18,8)	259,00 (31,64)	0,272	88,6 (8,3)	259,00 (31,64)	0,687
Intrusividade	7 (6,8)	2 (3,75)	0,521	7 (6,8)	23,66 (36,23)	0,308	2 (3,75)	23,66 (36,23)	0,801
Verbalizações negativas	2,38 (5,78)	1,38 (3,40)	0,716	2,38 (5,78)	2,83 (4,62)	0,328	1,38 (3,40)	2,83 (4,62)	0,260
Total negativo	9,38 (8,05)	3,46 (4,70)	0,569	9,38 (8,05)	26,50 (35,05)	0,251	3,46 (4,70)	26,50 (35,05)	0,546
Não Interativos	18,84 (15,96)	7,69 (5,37)	0,203	18,84 (15,96)	14,33 (15,66)	0,355	7,69 (5,37)	14,33 (15,66)	0,920

Fonte: Elaborada pela autora. Média (DP)

Comparadas as pontuações médias no pós-teste observou-se que as mães do Grupo 2 estimularam mais seus bebês enquanto as mães do Grupo 3 mostraram-se mais responsivas. As mães do Grupo 1 apresentaram média superior no total de comportamentos positivos, com diferença significativamente maior do que as mães do Grupos 3.

Quanto aos comportamentos negativos, as mães do Grupo 3 apresentaram mais Intrusividade, significativamente mais do que as mães do Grupo 2. Em verbalizações negativas e no total de negativos não foram observadas diferenças significativas entre as pontuações média dos grupos.

Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos para os comportamentos não interativos. Os dados estão apresentados na Tabela 13.

Tabela 13. Comparação dos comportamentos interativos maternos das pós-intervenções dos três grupos.

Comportamentos maternos	Média (DP)			Média (DP)			Média (DP)		
	Grupo 1	Grupo 2	P	Grupo 1	Grupo 3	P	Grupo 2	Grupo 3	P
Estimulação	212,6 (47,36)	226,66 (63,00)	0,404	212,6 (47,36)	187,66 (48,02)	0,313	226,66 (63,00)	187,66 (48,02)	0,195
Responsividade	75,9 (45,58)	59,55 (58,64)	0,242	75,9 (45,58)	82,00 (51,90)	0,726	59,55 (58,64)	82,00 (51,90)	0,195
Total positivos	288,6 (8,3)	286,22 (14,60)	0,788	288,6 (8,3)	269,66 (17,16)	0,022	286,22 (14,60)	269,66 (17,16)	0,059
Intrusividade	2 (3,75)	1,11 (2,9)	0,141	2 (3,75)	13,66 (17,58)	0,194	1,11 (2,9)	13,66 (17,58)	0,046
Verbalizações negativas	1,38 (3,40)	0,11 (0,33)	0,695	1,38 (3,40)	0,16 (0,40)	0,945	0,11 (0,33)	0,16 (0,40)	0,765
Total negativo	3,46 (4,70)	1,22 (2,99)	0,078	3,46 (4,70)	13,83 (17,58)	0,276	1,22 (2,99)	13,83 (17,58)	0,054
Não Interativos	7,69 (5,37)	12,66 (13,92)	0,569	7,69 (5,37)	14,00 (4,97)	0,053	12,66 (13,92)	14,00 (4,97)	0,344

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto aos comportamentos dos bebês no pré-teste não foram observadas diferenças entre os três grupos. Os dados estão apresentados na Tabela 14.

Tabela 14. Comparação dos comportamentos interativos dos bebês das pré-intervenções dos três grupos.

Comportamentos dos bebês	Média (DP)			Média (DP)			Média (DP)		
	Grupo 1	Grupo 2	P	Grupo 1	Grupo 3	P	Grupo 2	Grupo 3	P
Total positivos	164,38 (42,12)	124,00 (50,45)	0,110	164,38 (42,12)	119,6 (42,70)	0,072	124,00 (50,45)	119,6 (42,70)	0,841
Total negativos	4,46 (5,09)	11,00 (17,84)	0,948	4,46 (5,09)	13,66 (31,03)	0,666	11,00 (17,84)	13,66 (31,03)	0,683
Não Interativos	132,69 (45,13)	143,22 (37,31)	0,948	132,69 (45,13)	165,50 (19,70)	0,079	143,22 (37,31)	165,50 (19,70)	0,159

Fonte: Elaborada pela autora.

No pós-teste, a pontuação média dos comportamentos positivos dos bebês foi maior para o Grupo 1 e menor para o 2 assim como os comportamentos negativos e não interativos foram menores do que os dois grupos, conforme está apresentado na Tabela 15.

Tabela 15. Comparação dos comportamentos interativos dos bebês das pré-intervenções dos três grupos.

Comportamentos dos bebês	Média (DP)			Média (DP)			Média (DP)		
	Grupo 1	Grupo 2	P	Grupo 1	Grupo 3	P	Grupo 2	Grupo 3	P
Total positivos	146,38 (8,02)	109,00 (42,18)	0,072	146,38 (8,02)	132,33 (8,07)	0,792	109,00 (42,18)	132,33 (8,07)	0,409
Total negativos	1,46 (3,23)	8,44 (16,23)	0,656	1,46 (3,23)	9,00 (18,69)	0,287	8,44 (16,23)	9,00 (18,69)	0,709
Não Interativos	152,18 (67,12)	182,55 (43,48)	0,079	152,18 (67,12)	156,16 (38,61)	0,725	182,55 (43,48)	156,16 (38,61)	0,125

Fonte: Elaborada pela autora.

DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu responder se um programa de intervenção sobre interação mãe-bebê (PIPAB) interferia nos comportamentos apresentados pelas mães e pelos bebês durante um momento de interação livre.

Intervenções por meio de vídeo feedback também foram utilizadas nos estudos de Alvarenga *et al.* (2019) e de Chiodelli (2020) para promover a interação mãe-bebê. Alvarenga *et al.* (2019) desenvolveram um ensaio clínico controlado randomizado utilizando grupo experimental e controle e tiveram, dentre seus objetivos, o aumento da sensibilidade materna. Para isso, os pesquisadores filmavam as díades durante uma brincadeira livre, por um período de 10 minutos e, posteriormente, sessões por vídeo feedback eram realizadas. O estudo de Chiodelli (2020) teve como um dos seus objetivos identificar o efeito do Programa Promovendo Interação entre Pais e Bebês (PIPAB) nos comportamentos dos cuidadores e dos bebês a termo e prematuros.

Os bebês responderam adequadamente às intervenções maternas. Observou-se que comportamentos positivos maternos possibilitaram comportamentos positivos dos bebês. O mesmo processo observou-se com os negativos. Também, comportamentos não interativos dos bebês geraram mais comportamentos de Responsividade das mães. Na revisão sistemática de Broek *et al.* (2017) sobre intervenções utilizando vídeo feedback para promover parentalidade positiva em mães de crianças com deficiência visual, apontou que são os comportamentos responsivos das mães e não a estimulação delas que resultam em melhores resultados para o desenvolvimento infantil. Ainda de acordo com os autores, as contribuições na interação das díades não são simétricas, sendo que as mães das crianças com deficiência visual contribuem mais do que os filhos, o que corrobora com os resultados da presente pesquisa referente aos momentos em que os bebês tinham comportamentos não interativos, enquanto suas mães utilizavam de comportamentos responsivos. Os resultados do estudo de

Chiodelli (2020) também identificaram aumento dos comportamentos de Responsividade após a intervenção com vídeo feedback.

Intervenções por meio de vídeo feedback também estão sendo utilizadas para promover a interação entre mães e seus filhos com deficiência. Outro resultado do presente estudo sobre os comportamentos maternos foi a maior frequência dos comportamentos positivos de Estimulação (71,5%) em detrimento dos de Responsividade (19,14%), na pré-intervenção. Estes achados também corroboram com a revisão sistemática de Broek *et al.* (2017) que identificou que cuidadores de crianças com deficiência visual muitas vezes utilizam estimulação durante a interação, se dedicando pouco a observar e ouvir, o que são considerados comportamentos responsivos, de acordo com o protocolo de observação da interação - Interadíade, da presente pesquisa.

Em relação aos resultados pós-intervenção, as mães dos Grupos 1 e 2 tiveram melhores resultados, aumentando significativamente os totais dos seus comportamentos positivos e diminuindo significativamente seus comportamentos de Intrusividade, Verbalizações Negativas e total de comportamentos negativos. As mães do grupo 1 também tiveram diminuição significativa dos comportamentos não interativos. Resultados semelhantes foram encontrados por Poslowsky *et al.* (2014) em seu estudo utilizando intervenção de vídeo feedback em cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de promover a parentalidade positiva entre cuidadores primários e seus filhos. Os pesquisadores também identificaram diminuição significativa do comportamento intrusivo após a intervenção. De acordo com a descrição dos autores, a Intrusividade refere-se aos comportamentos de superestimulação, interferência ou superproteção utilizados pelos cuidadores e que afeta a autonomia da criança. Não houve diferenças significativas nos comportamentos maternos do Grupo 3 do presente estudo, indicando que, trabalhar somente os aspectos emocionais não teve efeito na interação com seus filhos, porém os totais dos comportamentos positivos aumentaram e os negativos diminuíram.

O estudo de Alvarenga *et al.* (2019) também teve resultados favoráveis após a intervenção por vídeo feedback, com o aumento dos comportamentos maternos positivos e a diminuição dos comportamentos intrusivos. Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo de Negrão *et al.* (2014) ao analisar a interação mãe-bebê antes e após intervenção com vídeo feedback.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, ainda que com amostras pequenas e com poucos resultados significativos, os dados, tanto de frequência relativa como de pontuações médias sugerem que o Grupo 1, que concentrou aos dois tipos de intervenção, um voltado para a interação mãe-bebê e para a saúde emocional materna, apresentou resultados melhores que os demais grupos tanto nos comportamentos maternos como no comportamentos dos bebês, aumentando os comportamentos positivos e diminuindo os comportamentos negativos e não interativos. Há que se considerar a importância do presente estudo para mães de bebês com deficiência e, dada a faixa etária, alguns ainda na fase de confirmação.

Todavia, amostras maiores podem confirmar esses dados em futuros estudos. Sugere-se, ainda, a inclusão de mais uma etapa, o follow-up, que poderia analisar se os resultados obtidos permanecem ou melhoram com o passar do tempo.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, P. et al. Effects of a short video feedback intervention on enhancing maternal sensitivity and infant development in low-income families, **Attachment & Human Development**, p. 1-21, 2019.

ALVARENGA, P.; WEBER, L. N. D.; BOLSONI-SILVA, A. T. Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. XVIII, n. 1, pp. 4-21, 2016.

ANDERSON, P. Long-Term Impact of Childhood Trauma Explained. **Medscape**, 2023.

BOLSONI-SILVA, et al. Práticas educativas parentais de crianças com deficiência auditiva e de linguagem. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, v. 16, n. 2, p. 265-282, 2010.

BROEK, E. G. C. V. D. et al. A Systematic Review of the Literature on Parenting of Young Children with Visual Impairments and the Adaptions for Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP). **J Dev Phys Disabil**, p. 503–545, 2017.

BRUMMELMAN, E. et al. Origins of narcissism in children. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 112, n. 12, p. 3659-3662, 2015.

CARDOSO, L. K. O. **Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças com deficiência visual**. 2018. 101 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

CHIODELLI, T. **Comportamentos interativos e sincronia de díades mãe-bebê e pai bebê: identificação e intervenção**. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, 2020.

CRAMER, P. Adolescent parenting, identification, and maladaptive narcissism. **Psychoanalytic Psychology**, v. 32, n. 4, p. 559–579, 2015.

DIRKS, E.; RIEFFE, C. Are You There for Me? Joint Engagement and Emotional Availability in Parent–Child Interactions for Toddlers With Moderate Hearing Loss. **Ear and Hearing**, v. 40, n. 1, p. 18-26, 2019.

EBERT, A. C. K.; STEFANO, W. O estudo revisitado das influências genéticas e ambientais na personalidade. **História da ciência e ensino: construindo interfaces**, v. 26, p. 2-32, 2022.

FERRÃO, I. I. N. M. **Relação do papel preditor dos estilos parentais com a invalidação e o impacto em termos de narcisismo em jovens adultos**. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - ISPA Instituto Universitário, Lisboa, 2022.

PAPALIA, D. E.; FELMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12ª ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2013.

FERREIRA, T. S.; RODRIGUES, O. M. P. R.; CAMPOS, B. C. Síndrome de Down: influências na interação mãe-bebê. **Psicologia Argumento**, v.36, n.94, p.414-436, 2018.

FUERTES, M. Contributos da interação social do bebê para a aorganização da vinculação. **Interações**, n. 65, p. 1-24, 2023.

HOGG, B. et al. Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.**, v. 273, n. 2, p. 397-410, 2023.
KAURIN, A. et al. Attachment and Borderline Personality Disorder: Differential Effects on Situational Socio-Affective Processes. **Affective Science**, v. 1, p. 117–127, 2020.

MINETTO, M. F.; LÖHR, S. S. Crenças e práticas educativas de mães de crianças com desenvolvimento atípico. **Educar em Revista**, n. 59, p. 49-64, 2016.

NEGRÃO, M. et al. Enhancing positive parent–child interactions and family functioning in a poverty sample: a randomized control trial, **Attachment & Human Development**, v. 16, n. 4, p. 315-328, 2014.

PALIHAWADANA, V.; BROADBEAR, J. H.; RAO, S. Reviewing the clinical significance of ‘fear of abandonment’ in borderline personality disorder. **Australasian Psychiatry**, v. 27, n. 1, p. 60-63, 2019.

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

PEDERRO, M. F. P.; RODRIGUES, O. M. P. R. Interação mãe-bebê com deficiência: um estudo de revisão. **Revista Educação Especial**, v. 32, 2019.

PIRES, M. F. D. N. et al. A influência das práticas parentais no desenvolvimento da criança: uma revisão de literatura. **Revista Amazônica**, v. XXII, n. 2, p. 282-309, 2018.

POSLAWSKY, I. E. et al. Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP-AUTI): A randomized controlled trial. **Austim**, v. 19, n. 5, p. 588-603, 2014.

REINACH, S.; BARROS, B. W. O aumento da violência contra crianças e adolescentes no Brasil em 2022. In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023.

RODRIGUES, O. M. P. R.; CHIODELLI, T.; PEREIRA, V. A. Análise da interação mãe-bebê a partir do Interadiade. In: Miria Benincasa; Adriana Navarro Romagnolo; Maria Geralda Viana Heleno. (Org.). **Maternidade, parentalidade e conjugalidade: novas perspectivas em Psicologia Perinatal**. 1 ed., Curitiba: Editora CRV, v. 1, p. 141-162, 2020.

ROZEK, M.; MARTINS, G. D. F. Bebês com deficiência no Brasil: um olhar a partir dos programas governamentais e das pesquisas nacionais. **Educação**, v. 43, n. 1, 2020.

SCHIE et al. Narcissistic traits in young people: understanding the role of parenting and maltreatment. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, v. 7, n. 10, 2020.

SILVA, S. C.; DESSEN, M. A. Relações Familiares na Perspectiva de Pais, Irmãos e Crianças com Deficiência. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, v. 20, n. 3, p. 421-434, 2014.

SKINNER, B. F. **Sobre o behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 1999.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **A familiar face: violence in the lives of children and adolescents**, 2017. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) & INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT (ISPCAN). **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 29 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Relatório Mundial sobre a deficiência**. 2011.

3. RESULTADOS GERAIS

O Estudo 1 trata-se de uma revisão sistemática de literatura, cujo objetivo foi analisar artigos sobre a saúde emocional de mães de bebês com deficiência, tendo sido encontrados 15 artigos que preencheram os critérios definidos e foram agrupados de acordo com seu delineamento, divididos em estudos exploratórios com comparação entre grupos, estudos exploratórios com uma avaliação transversal, estudos exploratórios longitudinais, estudos quase experimentais e estudos experimentais.

No total, três estudos com delineamento exploratório de comparação entre grupos foram encontrados sobre o tema. Quanto aos artigos com delineamento exploratório transversal, nove estudos fizeram parte dessa categoria. Utilizando delineamento exploratório longitudinal foram encontrados dois estudos. Um único estudo com delineamento quase experimental foi encontrado.

O Estudo 2 descreve os efeitos da saúde emocional materna e a rede de apoio social percebida. Em relação à saúde emocional, a Ansiedade Traço (60%) e a depressão (52%) foram os constructos de saúde emocional mais frequentes entre as participantes. Quanto à percepção de rede de apoio, mais de 40% das participantes referem falta de suporte social, em todas as dimensões. Ao correlacionar os constructos, houve correlações moderadas negativas entre ansiedade traço e todas as dimensões da percepção de rede social, indicando que quanto maior a ansiedade traço, menor a percepção de rede de apoio.

O Estudo 3 analisou o impacto da Covid-19 sobre a percepção de saúde emocional de mães de crianças com deficiência e comparou a saúde emocional das mães que atribuíram a alteração da saúde emocional à Covid-19 e a condição do bebê. Durante a pandemia, mais da metade das participantes relataram, com mais frequência, estar com o estresse mais alto, seguido de ansiedade. O grupo de mães que atribuiu que tanto a pandemia como a condição do seu bebê alteraram a sua saúde emocional foi maior em três das quatro medidas de saúde emocional analisadas. Quanto ao possível uso de medicamentos, 75% relataram que não usam e não pretendem usar e 15% referiram passar a usar depois da pandemia. Antes da pandemia, 50% das mães relataram estarem com altos níveis de ansiedade e 40% referiram altos indicadores de depressão. As mães que relataram alteração na saúde emocional anterior à pandemia e atribuíram à condição do bebê, tiveram média maiores em todos os instrumentos de estresse, ansiedade e depressão, mas as diferenças não foram significativas.

O Estudo 4 teve como objetivo verificar os efeitos de três intervenções sobre a saúde emocional materna e apoio social percebido. Ao se comparar o pré e pós-intervenção sobre a saúde emocional, os resultados do Grupo 1 indicaram uma diminuição de indicadores clínicos

de ansiedade traço, (53,85% e 46,15%, respectivamente), enquanto em estresse, ansiedade estado e depressão, houve um pequeno aumento nos indicadores. As mães do Grupo 2 apresentaram diminuição nos indicadores clínicos para estresse (75% para 50%, respectivamente), enquanto os outros constructos permaneceram estáveis. O Grupo 3 apresentou melhora nos indicadores clínicos em três dos quatro constructos. Quanto ao estresse, houve uma diminuição de 66,67% para 50% dos indicadores clínicos; em ansiedade estado os indicadores foram 50% e 16,67% no pré e pós-intervenção, respectivamente. o pré e pós da ansiedade traço foi de 66,67% e 33,33%, respectivamente. Os indicadores clínicos de depressão permaneceram estáveis, com 16,67% cada.

Os resultados da percepção de apoio social antes e depois das intervenções indicaram que não houve diferenças significativas, porém, as médias melhoram para todas as dimensões do Grupo 3 e para quatro dimensões do Grupo 1 (emocional, informacional, interação social e afetivo). Quanto ao Grupo 2, houve melhora em duas dimensões (emocional e interação social), mas diminuem para as outras três dimensões.

O Estudo 5 teve como objetivo verificar os efeitos de três intervenções sobre a interação mãe-bebê. Considerando o total da amostra, as mães apresentaram maior frequência de comportamentos positivos, mais especificamente em Estimulação (71,50%). Dos comportamentos negativos o mais frequente foi Intrusividade (4,10%). Em relação aos comportamentos dos bebês, houve maior frequência de comportamentos positivos (49,43%), seguidos de comportamentos não interativos (48,18%). A análise entre os comportamentos interativos maternos e dos bebês mostrou correlações positivas moderadas entre os comportamentos positivos dos bebês e os comportamentos de Estimulação e o total de positivos maternos. Também, observou-se correlação negativa moderada entre os comportamentos positivos dos bebês com os comportamentos de Intrusividade materna e fraca com o total de comportamentos negativos maternos.

Comparadas as pontuações médias no pós-teste observou-se que as mães do Grupo 2 estimularam mais seus bebês enquanto as mães do Grupo 3 mostraram-se mais responsivas. As mães do Grupo 1 apresentaram média superior no total de comportamentos positivos, com diferença significativamente maior do que as mães do Grupos 3. Comparando o pré e pós-intervenção sobre a interação mãe-bebê, quanto aos comportamentos negativos, as mães do Grupo 3 apresentaram mais Intrusividade significativa do que as mães do Grupo 2. Em verbalizações negativas e no total de negativos não foram observadas diferenças significativas entre as pontuações média dos grupos. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos para os comportamentos não interativos.

Quanto aos comportamentos dos bebês no pré-teste não foram observadas diferenças entre os três grupos. No pós-teste, a pontuação média dos comportamentos positivos foi maior para o Grupo 1 e menor para o 2 assim como os comportamentos negativos e não interativos foram menores do que os dois grupos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados da revisão de literatura, percebeu-se a escassez de pesquisas sobre a temática, no período em que foram analisadas publicações nacionais e internacionais, principalmente no âmbito nacional. É uma constatação preocupante, pois a falta de investimentos nessa população gera um problema de ordem de saúde pública, social e econômica, uma vez que se os pais não estão bem ou não tem informações sobre como interagir com um filho que responde menos, pouco pode colaborar com o seu desenvolvimento.

Quanto à saúde emocional materna e a rede de apoio social percebida, os resultados indicaram que mais da metade de mães de bebês com deficiência apresentaram indicadores clínicos de estresse, ansiedade traço e depressão o que reforça o encontrado em outros estudos da área sugerindo a importância de serviços psicoterapêuticos para essa população. Todavia, a maioria demonstrou uma percepção positiva da rede de apoio social em todos os seus aspectos.

No contexto da pandemia, os resultados obtidos apontaram para o agravamento da saúde emocional materna tanto associado à condição do bebê quanto ao advento da pandemia, inclusive associados.

Em relação à saúde emocional e percepção de apoio social antes e após as mães passarem por diferentes intervenções, houve melhora nos indicadores clínicos no pós-teste, principalmente para os grupos que foram submetidos a uma única intervenção, mas as diferenças entre antes e depois da intervenção não foram estatisticamente significativas para nenhum grupo. Recomenda-se que estudos futuros priorizem a divisão aleatória das participantes nos três grupos, com número maior de participantes em cada um deles. Uma outra sugestão é programar um número maior de encontros, assim como a realização de seguimento, para a verificação da manutenção dos resultados obtidos.

Quanto à interação mãe-bebê antes e após as mães passarem por diferentes intervenções, ainda que com amostras pequenas e com poucos resultados significativos, os dados, tanto de frequência relativa como de pontuações médias sugerem que o Grupo 1

apresentou resultados melhores que os demais grupos tanto nos comportamentos maternos como nos comportamentos dos bebês, aumentando os comportamentos positivos e diminuindo os comportamentos negativos e não interativos. Sugere-se, ainda, a inclusão de mais uma etapa, o follow-up, que poderia analisar se os resultados obtidos permanecem ou melhoram com o passar do tempo.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Centro de Psicologia Aplicada

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada à participar do projeto de pesquisa intitulado “Influência de intervenções sobre saúde emocional materna e interação mãe bebê com deficiência”.

A saúde emocional influencia a responsividade materna. Por sua vez, a responsividade materna, se adequada, influencia a interação mãe-bebê e diminui os riscos ao desenvolvimento infantil. Portanto, é importante investigar como as interações entre mães e seus bebês acontecem e intervir sobre elas, oferecendo atendimento terapêutico para mães visando ampliar sua rede de apoio e melhorar a responsividade ao bebê. Desta forma, o objetivo da pesquisa é descrever e comparar o nível dos indicadores de saúde emocional, o apoio social e a interação mãe-bebê com deficiência, antes e após intervenções com foco na saúde emocional e em comportamentos interativos. Para isto, você participará de uma filmagem, sendo que esta será previamente agendada em horário da sua preferência e terá como foco um momento de interação entre você e seu bebê. Posteriormente, você responderá a quatro questionários sobre estresse, ansiedade, depressão e apoio social. Em uma segunda etapa, você será convidada a participar de uma intervenção com foco na saúde emocional e na interação mãe-bebê. Após as intervenções, serão aplicados novamente os instrumentos de saúde emocional e realizada uma nova filmagem da interação.

Os riscos previsíveis para você e para seu bebê poderão ser em relação ao cansaço, sono e à disposição do seu bebê, que independem da filmagem, mas do horário e rotina do bebê. Para a realização da filmagem, você será orientada a brincar com seu bebê como costuma fazer no cotidiano, durante 10 minutos. Em relação aos questionários, estes não são de caráter invasivo, em que serão feitas perguntas/afirmações para assinalar, sem riscos à sua integridade. Esta aplicação deve demorar em média 40 minutos. A intervenção com foco na saúde emocional será realizada por meio de grupos terapêuticos e consistirá em cinco sessões de até 60 minutos, uma vez por semana. A intervenção sobre a interação mãe-bebê será realizada em um único encontro. Toda a filmagem/entrevista/intervenção será realizada em sala privativa e o acesso à filmagem será somente da pesquisadora que trabalhará os dados em grupo, dificultando a identificação das participantes. O benefício esperado é a produção de conhecimento para orientar possíveis intervenções posteriores que auxiliarão no desempenho da maternidade e no desenvolvimento de bebês.

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

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



Centro de Psicologia Aplicada

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

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

Caso você queira contatar a pesquisadora Mariana de Freitas Pereira Pederro ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências, da UNESP, de Bauru, SP, para esclarecimentos de dúvidas sobre sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora por meio do endereço institucional Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 - Vargem Limpa, CEP: 17033-360 – Bauru/SP de segunda à sexta das 8 às 18 h, ou pelo telefone (14) 3103-6090, e-mail: marianafreitas@gmail.com e, para denúncias e/ou reclamações entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, à Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 - Vargem Limpa - CEP 17033-360 – Bauru/ SP, de segunda a sexta das 8h às 17h ou pelo telefone (14) 3103-9400, e-mail: cepesquisa@fc.unesp.br e com o CONEP, localizado no SEPN 510, Norte, Bloco A, 3º Andar, Unidade II, Ministério da Saúde, Brasília/DF – CEP: 70750-521, telefone (61) 3315-5878, e-mail conep@saude.gov.br, quando pertinente.

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

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

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Participante da Pesquisa

Nome/Assinatura do Pesquisador(a)

APÊNDICE 2 - CLASSIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DOS BEBÊS

Bebê 1	Prematuridade – 25 semanas
Bebê 2	Transtornos específicos mistos do desenvolvimento (CID F83)
Bebê 3	Prematuridade – 31 semanas (hemorragia cerebral e três paradas cardíacas ao nascer)
Bebê 4	Transtorno do processamento sensorial e em avaliação para Transtorno do Espectro Autista
Bebê 5	Prematuridade – 25 semanas
Bebê 6	Prematuridade - 33 semanas (hemorragia cerebral, convulsão e anemia ao nascer)
Bebê 7	Paralisia cerebral quadriplágica espástica (CID G 80.0) e surdez do ouvido direito
Bebê 8	Transtornos específicos mistos do desenvolvimento (CID F83) e outras deformidades congênitas dos pés em valgo (CID Q 66.6)
Bebê 9	Má formação (pés, mãos, joelho, quadril, nasceu sem testículos), Artrogripose e Aderências peritoneais (CID K66.0 / K 66.9)
Bebê 10	Síndrome de Down (CID Q90)
Bebê 11	Mielomeningocele (CID Q05)
Bebê 12	Síndrome de Down (CID Q90)
Bebê 13	Síndrome de Down (CID Q90)
Bebê 14	Hidrocefalia, toxoplasmose congênita, dois sopros e secreção nos dois olhos
Bebê 15	Síndrome de Down (CID Q90)
Bebê 16	Síndrome de Turner (CID Q96)
Bebê 17	Agensia do corpo caloso e visão subnormal de ambos os olhos (CID H54.2)
Bebê 18	Transtornos específicos mistos do desenvolvimento (CID F83) e suspeita de síndrome alcoólica fetal
Bebê 19	Prematuridade – 29 semanas
Bebê 20	Prematuridade – 29 semanas
Bebê 21	Prematuridade – 29 semanas
Bebê 22	Suspeita de atraso no desenvolvimento
Bebê 23	Síndrome de Down (CID Q90) e cardiopatia
Bebê 24	Encefalocele (má formação de linha média), fissura labiopalatina e Transtornos específicos mistos do desenvolvimento (CID F83)
Bebê 25	Hemiplegia (CID G81)
Bebê 26	Paralisia cerebral (CID G80)
Bebê 27	Defeito por redução longitudinal da tíbia (CID Q72.4), Outros defeitos por redução dos membros inferiores (CID Q72.8)
Bebê 28	Transtorno específico do desenvolvimento motor (CID F82), Paralisia cerebral (CID G 80.8 / G 80.9)

Bebê 29	Transtorno específico do desenvolvimento motor (CID F82)
Bebê 30	Transtorno específico do desenvolvimento motor (CID F82)
Bebê 31	Transtorno específico do desenvolvimento motor (CID F82), Paraplegia não especificada (CID G82.2), Outras deformidades adquiridas do tornozelo e do pé (CID M21.6), Transtorno interno não especificado do joelho (CID M 23.9)
Bebê 32	Síndrome de Down (CID Q90)
Bebê 33	Transtorno específico do desenvolvimento motor (CID F82)
Bebê 34	Transtorno específico do desenvolvimento motor (CID F82)
Bebê 35	Transtornos específicos mistos do desenvolvimento (CID F83), Facomatose não especificada (CID G85.9)
Bebê 36	Síndrome de Down (CID Q90), Paralisia cerebral (CID G80)
Bebê 37	Em avaliação para Transtorno do Espectro Autista
Bebê 38	Em avaliação para Transtorno do Espectro Autista
Bebê 39	Síndrome de Down (CID Q90)
Bebê 40	Transtornos globais não especificados do desenvolvimento (CID F84.9)
Bebê 41	Cegueira e visão subnormal (CID H54)
Bebê 42	Transtornos globais não especificados do desenvolvimento (CID F84.9)

APÊNDICE 3 – ENTREVISTA INICIAL

ENTREVISTA INICIAL

Nº _____ Instituição _____
 Data da 1ª filmagem ____/____/____ Datas que frequentou as sessões _____
 Nome do bebê: _____ Sexo: _____ Data de Nascimento: __/__/____
 Natural de: _____ Estado: _____
 Ordem de nascimento: () 1º filho () 2º filho () 3º filho () 4º filho ou mais. Quantos? _____

Filiação: Pai: _____ Idade: _____
 Profissão: _____ Escolaridade _____

Mãe: _____ Idade: _____
 Profissão: _____ Escolaridade _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Nº _____
 Cidade: _____ CEP _____ Fone: _____

Entrevistado: () Mãe () Pai () Ambos () Outros _____

Tem diagnóstico: () sim _____ () em avaliação

Condição de risco identificada:

Dados sobre a família:

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

Informações sobre saúde emocional materna:

Faz uso de medicação atualmente? () Sim () Não

Qual? _____

Para qual finalidade? _____

Passa por acompanhamento psicológico? () Sim () Não

Desde quando? _____

Motivo: _____

Passa por acompanhamento psiquiátrico? () Sim () Não

Desde quando? _____

Motivo: _____

Informações Anteriores ao nascimento do bebê:

Saúde da mãe antes da gestação: () boa () ruim _____

Saúde do pai antes da gestação: () boa () ruim _____

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

Saúde da mãe durante a gestação: () boa

Número de consultas pré-natais realizadas: _____

Doenças: _____ Tratamento: _____

Internação (motivo): _____ Duração: _____

Ameaças de aborto: () Não () Sim Providências _____

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

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

Quais: _____

Quando há condição de risco:

Soube da condição do bebê antes do nascimento? () Sim () Não

Caso sim: Quem deu a notícia? _____ Quando? _____

Como? _____

Quem estava com você? _____

Que orientações recebeu? _____

Como se sentiu diante disso? _____

Que atitudes tomou inicialmente? _____

Condições do Nascimento:

Local: () Hospital () Residência () Outros _____

Tipo de Parto: () Natural () Natural com Fórceps () Cesárea

Caso cesárea, foi marcada antecipadamente? () Sim () Não

Houve problemas durante o parto? () Sim () Não Quais? _____

APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE EMOCIONAL REFERENTE A PANDEMIA DO COVID-19

Nome: _____ Data: ____/____/____
 Momento da aplicação: _____ Instituição: _____

Questionário sobre saúde emocional referente a pandemia do COVID-19

Diante do novo cenário mundial referente a pandemia do COVID-19 (isolamento social ou, pelo menos, restrição de convívio social, de lazer, temor vida/morte e disseminação da contaminação), gostaria de saber sobre sua saúde emocional referente a essa condição, atualmente.

0 – quase nada a 10 – muito

1. O quanto você avalia que a condição da pandemia interferiu no seu estado emocional?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. De forma geral, como você classifica seu nível de ansiedade?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. De forma geral, como você classifica seu nível de tristeza?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. De forma geral, como você classifica seu nível de estresse?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Assinale o que mais alterou seu estado emocional (pode assinalar mais de um):

- a condição do seu bebê
 a situação da pandemia
 outra situação: _____
 não alterou

6. Faço uso de medicamento para garantir minha saúde emocional:

- Desde antes da pandemia
- Passei a usar depois da pandemia
- Estou pensando em usar atualmente
- Não precisei e não preciso usar

Anterior à pandemia do COVID-19 e seus desdobramentos, gostaria de saber sobre sua saúde emocional:

0 – quase nada a 10 – muito

1. O meu estado emocional já era precário.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Meu nível de ansiedade era alto.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Meu nível de tristeza era grande.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Sempre fui estressada.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Assinale o que mais alterou seu estado emocional (pode assinalar mais de um):

- a condição do seu bebê
- outra situação: _____
- não alterou

APÊNDICE 5 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO

Nome: _____ Data: ____/____/____
 Sessão () 2ª () 3ª () 4ª Instituição: _____

Questionário de Avaliação do Processo

0 – quase nada a 10 – muito (muitas vezes)

1- Assinale a intensidade que você se sentiu estressada na última semana:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2- Assinale a intensidade que você se sentiu ansiosa na última semana:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3- Assinale a intensidade que você se sentiu triste na última semana:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4- O quanto você avalia que os assuntos e análises propostas na sessão passada ajudaram durante sua semana?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5- Você conseguiu colocar em prática algum comportamento novo aprendido?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

APÊNDICE 6 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Nome: _____ Data: ____/____/____
 Instituição: _____

Questionário de Avaliação da Intervenção

Olá, neste momento gostaria que você pudesse me dizer um pouco do que achou do processo nesses três/quatro encontros. Ao lado de cada pergunta você pode assinalar com um "X" uma nota que você avalie que representa, em seguida tem o convite para expressar algo mais detalhaes, com suas próprias palavras:

Obrigada!

0 – muito ruim a 10 – Excelente

1- Avalie, de maneira geral, as sessões que participou:?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2- Avalie a organização e o local de realização (horários, sala, temas abordados):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3- Avalie a relação com a terapeuta:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

O tratamento:

1- O que mais gostou nas sessões?

2- O que menos gostou nas sessões?

3- Você tem alguma sugestão para melhorar as sessões? (sugestão: você pode pensar nos itens das notas acima)
