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

BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS

Efeitos de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos de saúde emocional

Bauru

2020

BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS

Elaboração e efeitos de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos de saúde emocional.

Tese apresentada à Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho, campus de Bauru, como requisito para obtenção do título em Doutora em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem sob orientação da Professora Associada Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues.

Bauru

2020

C198e

Campos, Bárbara Camila de

Efeitos de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos de saúde emocional / Bárbara Camila de Campos. -- Bauru, 2020

131 p. + 1 CD-ROM

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru

Orientadora: Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues

1. Saúde emocional materna. 2. Depressão pós-parto. 3. Intervenção. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Ciências, Bauru. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 19 dias do mês de fevereiro do ano de 2020, às 14:00 horas, no(a) Sala 1 da Pós Graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem / Unesp, Faculdade de Ciências, Bauru, Profa. Dra. MÔNICA GERALDI VALENTIM do(a) Psicologia / Bem Humano Des. Pessoal, Profa. Dra. FLAVIA HELENA PEREIRA PADOVANI do(a) Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI MAIA do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof. Dr. FABIO LEYSER GONCALVES do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da TESE DE DOUTORADO de BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS, intitulada **Elaboração e efeitos de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores de saúde emocional**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES

Profa. Dra. MÔNICA GERALDI VALENTIM

Profa. Dra. FLAVIA HELENA PEREIRA PADOVANI

Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI MAIA

Prof. Dr. FABIO LEYSER GONCALVES

Faculdade de Ciências - Câmpus de Bauru -
Av. Engenheiro Edmundo Carrijo Coube, 14-01, 17033360, Bauru - São Paulo
http://www.fc.unesp.br/pospsicologia/CNPJ: 48.031.918/0028-44.

AGRADECIMENTO

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

Agradecimentos à minha querida orientadora Olga por toda paciência, confiança e ensinamentos. Obrigada por ser um exemplo de pesquisadora, sempre lembrando que embora essa fosse uma longa e difícil caminhada com reforçadores a longo prazo, eu poderia prestar atenção e identificar muitos outros, menores, a cada dia!

À banca examinadora composta pela Profa. Dra. Mônica Geraldi Valentim, Profa. Dra. Flávia Helena Pereira Padovani, Profa. Dra. Ana Claudia Bortolozzi Maia e Profo. Dr. Fábio Leyser Goncalves pela prontidão, dedicação e compromisso. Suas contribuições foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

Em resumo, à todos professores e terapeutas que trouxeram muitos modelos, foram ativos em seu compromisso com a educação e servem de inspiração para essa trajetória.

E a todas as mães e bebês que participaram desse trabalho e fazem parte da minha vida profissional há tanto tempo no projeto de extensão, indiretamente me ensinaram muito sobre as mudanças de papéis durante a vida e sobre respeitar o tempo delas.

Além dos agradecimentos às pessoas que participaram ativamente nesse trabalho, agradeço também toda a minha rede de apoio, requisitada em muitos momentos!

Para a minha família, por sempre entenderem que muitos momentos não pude estar presente. Obrigada por todo suporte material e emocional.

Aos meus amigos da psicologia, que colaboraram e compartilharam desse desejo desde o início. Principalmente ao grupo terapêutico da Sala 11 (Tais, Carol e Lu).

,

RESUMO

Atualmente os estudos sobre as alterações de saúde emocional decorrente do pós-parto, desde a epidemiologia, tratamento e seus efeitos sobre mãe e criança vêm sendo foco de pesquisas. As intervenções psicológicas, com foco no período pós-parto, podem ser um meio eficaz de reduzir o risco de desenvolver transtornos mentais mais graves, como uma opção de tratamento eficaz. Este trabalho pretendeu avaliar os efeitos de um programa de intervenção psicoterapêutica e educativa pós-natal, com foco na saúde emocional materna. As ações foram divididas em três estudos: o Estudo1: Saúde emocional de mães de bebês: fatores de risco associados as variáveis sociodemográficas, descritivo; o Estudo 2: Elaboração e implementação de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos emocionais, um relato de experiencia e o Estudo 3: Efeitos de uma intervenção em grupo considerando os indicadores clínicos emocionais de mães de bebês, sobre os efeitos da intervenção. O Estudo 1 teve como objetivo identificar associações entre as variações emocionais e variáveis sociodemográficas. A amostra foi composta por 353 mulheres aos três meses do pós-parto, que frequentavam atendimento para acompanhamento de desenvolvimento de seus bebês em duas instituições do interior de São Paulo, que responderam aos seguintes instrumentos: Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE), inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), o Índice de Stress Parental (PSI) e a Escala de Estresse Percebido (PSS-10). Os resultados obtidos apontaram que mães do primeiro bebê tinham 0,18 vezes mais chances de apresentarem risco para sintomas de ansiedade no IDATE (estado). Para a dimensão Ansiedade traço a menor condição socioeconômica relacionou-se com 1,821 a mais chances de risco. Para a depressão pós-parto, avaliados pela EPDS, a ausência de planejamento da gestação foi identificada como uma variável que aumenta em 8,62 vezes a chance de risco. O Estudo 2 teve como objetivo elaborar, implementar e avaliar um procedimento de intervenção terapêutica em grupo. Participaram do grupo de intervenção 49 mães com pelo menos um indicador clínico para saúde emocional. Para a avaliação qualitativa foram elaborados e aplicados os Questionários de avaliação do encontro anterior e o Questionário de avaliação das condições gerais da intervenção. O grupo terapêutico consistiu em cinco sessões semanais com 70 minutos cada, divididas em duas partes: Direcionamento da atenção ao momento presente e Psicoeducação e Análise em grupo, liderado por duas facilitadoras com os seguintes temáticas: questões psicofisiológicas; saúde emocional materna; papéis sociais da mulher; recuperando a identidade e relação mãe-bebê. A análise dos relatos gerou quatro eixos: estabelecimento de rede espaço de apoio; Aprendizados a partir do grupo; pontos a melhorar no grupo e sugestões. O Estudo 3 teve como objetivo descrever e comparar resultados obtidos em dois grupos de mulheres com indicadores clínicos para saúde emocional, um exposto a um protocolo de intervenção em grupo e outro não. Inicialmente 112 mulheres foram convidadas para participar da intervenção. Destas, 68 passaram por todas as etapas da intervenção (grupo experimental) e 44 compuseram o grupo controle. As participantes do grupo experimental foram reavaliadas ao final dos encontros e todas foram reavaliadas aos 9 meses do pós-parto, com os mesmos instrumentos de saúde emocional. As características do grupo terapêutico são as mesmas descritas no Estudo2. As análises estatísticas dos dados dos instrumentos indicaram uma distribuição normal e foram utilizados testes paramétricos. Os resultados da primeira avaliação indicaram diferenças significativas entre o grupo experimental e o controle na EPDS e na dimensão disfuncionalidade na interação mãe-filho (IC) do PSI. Para a comparação entre os grupos aos 9 meses observou-se diferenças significativas na EPDS, na dimensão Estado do IDATE e em duas dimensões do PSI, angústia dos pais (AP) e disfuncionalidade na interação mãe-filho, indicando o efeito positivo da intervenção em grupo. A avaliação do grupo de mães que passaram por intervenção, utilizando a ANOVA identificou diferenças estatisticamente

significativas na pontuação na EPDS da primeira para a segunda e terceira avaliação, na dimensão Estado do IDATE. Houve diferença intergrupo e, para o Traço entre a primeira e segunda aplicação. O domínio angústia dos pais (AP) do PSI também teve diferença entre as médias entre as duas primeiras avaliações. Para a percepção do stress (PSS) as médias da primeira avaliação também eram maiores quando comparadas com o segundo e terceiro momento. No grupo controle, a comparação indicou diferença estatisticamente significativas em relação as duas avaliações deste grupo para o estado no IDATE, com diminuição da média na segunda avaliação e no do estresse pelo PSS, com aumento da média no momento da reavaliação. Os resultados relativos ao efeito da intervenção na redução dos sintomas descritos foram significativos para esse tipo de terapia, contribuindo para o aumento das evidências e a importância da oferta de atendimento a essa população.

Palavras-chave: Saúde emocional materna; Depressão pós-parto; Intervenção

ABSTRACT

Currently studies on mood changes resulting from postpartum, since the epidemiology, treatment and its effects on mother and child have been the focus of researches. Psychological interventions, focusing on the postpartum period, can be as effective way to reduce the risk on developing more serious mood disorders, such as an effective treatment option. This work aimed to evaluate the effects of a postnatal psychotherapeutic and educational intervention program, focusing on health maternal emotional. The actions were divided into: Study1: Emotional health on mothers of babies: risk factors associated with sociodemographic variables; Study 2: Elaboration and implementation of an Educational Therapeutic Intervention Program for mothers of babies with clinical emotional health indicators and, Study 3: Effects of a group intervention considering the emotional health indicators on mothers of babies. The Study 1 aimed to identify associations between the health condition with emotional sociodemographic variables. The sample was consisted on 353 women at three months postpartum, who attended attendance to monitor development of their babies in two institutions in the interior of São Paulo, which responded to the following instruments: Edinburgh Postpartum Depression Scale (EDPE), Trait-State Anxiety Inventory (STAI), the Parental Stress Index (PSI) and the Perceived Stress Scale (PSS-10). The results obtained showed that mothers of the first baby were 0.18 times more likely to be at risk for anxiety symptoms in the STAI (state). For the dimension Anxiety trace the smallest socioeconomic condition was associated with 1.821 more chances of risk. To the postpartum depression, assessed by the EPDS, the absence of pregnancy planning was identified as a variable that increases the risk by 8.62 times. The Study 2 aimed to develop, implement and evaluate the procedure for therapeutic group intervention. 49 mothers participated in the intervention group, with at least one clinical indicator for emotional health. For qualitative evaluation
were applied the Questionnaires elaborated for the previous meeting and also the Questionnaire to assess the general conditions of the intervention. The therapeutic group consisted on five weekly sessions of 70 minutes each, divided into two parts: Directing attention to the present moment and psychoeducation and group analysis, led by two facilitators with the following themes: psychophysiological issues; maternal emotional health; women's social roles; recovering identity and relationship mother-baby. The analysis of the reports generated four axes: establishment of a space network support; Learning from the group; points to improve in

the group and suggestions. The Study 3 aimed to describe and compare results obtained in two groups of women with clinical indicators for emotional health, one exposed to a protocol group intervention and the other was not exposed. Initially 112 women were invited to participate in the intervention. Of these, 68 went through all stages of the intervention (experimental group) and 44 comprised the control group. Group participants experimental were reassessed at the end of the meetings and all were reassessed at 9 months of postpartum, with the same instruments of emotional health. At characteristics of the therapeutic group are the same as described in Study 2. The analyses statistics of the instrument data indicated a normal distribution and were parametric tests were used. The results of the first assessment indicated differences between the experimental group and the control in EPDS and in the dimension dysfunctionality in the PSI mother-child interaction (CI). For the comparison between groups at 9 months, significant differences were observed in EPDS, in the State dimension of the STAI and in two dimensions of the PSI, anguish of the parents (AP) and dysfunction in the mother-child interaction, indicating the positive effect of group intervention. The evaluation on the group of mothers who underwent intervention, using ANOVA identified statistically significant differences in EPDS scores from the first to the second and third evaluation, in the State dimension of IDATE. There was a difference intergroup and, for the Trace between the first and second application. The anguish domain of parents (AP) in the PSI also had a difference between the averages between the first and the second assessments. For the perception of stress (PSS) the averages on the first evaluation also were greater when compared to the second and third moments. In the group control, the comparison indicated statistically significant differences in relation to the two evaluations of this group for the state at IDATE, with a decrease in the average on the second assessment and stress assessment by PSS, with an increase in the mean at the time of revaluation. The results regarding the effect of the intervention in reducing symptoms described were significant for this type of therapy, contributing to the increase in evidence and the importance in providing care to this population.

Keywords: Maternal emotional health; Postnatal depression; Intervention

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), Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Bauru, 2020.

LISTA DE TABELAS

Estudo 1: Saúde emocional de mães de bebês: fatores de risco associados as variáveis sociodemográficas

Tabela 1. Caracterização sociodemográficos e de nascimento da amostra total 33

Tabela 2. Quantidade de indicadores na amostra total 34

Tabela 3. Média, desvio padrão e distribuição da frequência absoluta e relativa dos sintomas clínicos e não clínicos nos grupos de mães bebês aos três meses de idade 35

Tabela 4. Comparação das variáveis sociodemográficas e de nascimento nos grupos. 37

Tabela 5. Regressão logística entre os scores na EPDS e IDADE e variáveis sociodemográficas e de nascimento. 39

Estudo 2: Elaboração e implementação de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos de saúde emocional

Tabela 1. Caracterização e comparação dos dados sociodemográficos e de nascimento da amostra 63

Tabela 2. Quantidade de indicadores no pré e pós teste das participantes 64

Tabela 3. Descrição e análise de variância dos resultados da percepção da saúde emocional a cada sessão 73

Tabela 4. Descrição dos resultados da percepção sobre as análises e emissão de comportamentos alternativos provenientes da exposição da intervenção 74

Tabela 5. Descrição dos resultados da percepção sobre avaliação geral do processo 75

Tabela 6. Frequência das Categorias de agrupamento identificados no Eixo 1 do *Questionário de avaliação das condições da intervenção* sobre o processo terapêutico 75

Tabela 7. Frequência das Categorias de agrupamento identificados no Eixo 2 do *Questionário de avaliação das condições da intervenção* sobre o processo terapêutico. 77

Tabela 8. Frequência das Categorias de agrupamento identificados no Eixo 3 do *Questionário de avaliação das condições da intervenção* sobre o processo terapêutico 80

Tabela 9. Frequência das Categorias de agrupamento identificados no Eixo 4 do *Questionário de avaliação das condições da intervenção* sobre o processo terapêutico 81

Estudo 3: Efeitos de uma intervenção em grupo considerando os indicadores de saúde emocional de mães de bebês

Tabela 1. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando as variáveis sociodemográficas contínuas 105

Tabela 2. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando as variáveis sociodemográficas categóricas 105

Tabela 3. Delineamento para o Grupo Experimental e Controle 110

Tabela 4. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando os indicadores emocionais no pré-teste 113

Tabela 5. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando os indicadores emocionais na reavaliação aos nove meses. 114

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Estudo 2: Elaboração e implementação de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos de saúde emocional

Figura 1: Recrutamento e percurso de seleção da amostra. 62

Quadro 1. Descrição das sessões e dos temas a serem trabalhados, estratégias utilizadas e tarefas. 71

Estudo 3: Efeitos de uma intervenção em grupo considerando os indicadores de saúde emocional de mães de bebês

Figura 1: Recrutamento e percurso de seleção da amostra. 104

Sumário

Resumo 4
Lista de Tabelas 9
Lista de Figuras e Quadros 11
Apresentação 13
Introdução geral 16
Estudo 1: 22
Estudo 2: 51
Estudo 3: 89
Considerações gerais 123
Referências gerais 125
Anexos.....127
Apêndices 131

APRESENTAÇÃO

O Centro de Psicologia Aplicada (CPA), da UNESP de Bauru, conta desde 1999 com o projeto de extensão universitária "Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais", sob coordenação da Profa. Dra. Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues. O projeto de extensão tem como objetivo avaliar o desenvolvimento de bebês no primeiro ano de vida e orientar os pais em como estimular o seu desenvolvimento, mês a mês, pretendendo prevenir atrasos que poderiam resultar em repertório comportamental defasado em idades futuras. A princípio as avaliações eram realizadas por meio do Inventário Portage Operacionalizado (IPO) e, nos últimos dois anos, foi substituído pela Escalas de Desenvolvimento Infantil Bayley-III. Os pais, por ocasião do nascimento do bebê, são cadastrados no Banco de Leite Humano, da Secretaria Municipal de Saúde, onde são captados e, por telefone, convidados a participar do projeto. Este projeto de extensão tem subsidiado a implementação de projetos de pesquisa financiados pela FAPESP e CNPq sob forma de auxílios e bolsas de diferentes modalidades (Iniciação Científica, Mestrado, Doutorado e de Pesquisador). Associada a diferentes projetos de pesquisa, a saúde emocional materna tem sido sistematicamente avaliada considerando-a como uma variável importante que pode influenciar o desenvolvimento infantil.

Em 2016 um projeto de pesquisa foi aprovado pela FAPESP com o objetivo de estudar o desenvolvimento infantil e a interação mãe-bebê, associando-os a variáveis como prematuridade e saúde emocional materna. A partir de 2018, uma versão estendida deste projeto, pautada nos princípios da intervenção precoce apenas para bebês nascidos prematuros com atendimento terapêutico às mães, teve início na Associação Sorri-Bauru, uma instituição com serviços especializados, o projeto "Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães" do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), financiado pelo Ministério da Saúde.

Durante minha trajetória acadêmica no curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP, campus de Bauru, iniciei meu contato com o referido

projeto de extensão em 2010, como bolsista de extensão, participando da avaliação de bebês e, no ano de 2012, iniciei a coleta de dados do meu projeto de iniciação científica com as mães dos bebês atendidos para investigar depressão pós-parto e práticas de cuidados primários e estimulação. Naquele trabalho foi utilizada a "Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo" (EPDS) e a "Escala de crenças parentais e práticas de cuidado (E-CPPC) na primeira infância". Os resultados obtidos em dois anos desse estudo com 132 mães indicaram sintomas para depressão pós-parto em 29,5% da amostra. Com relação às práticas, houve diferenças significativas entre os grupos clínicos e não clínicos na dimensão das práticas de Estimulação, indicando que mães deprimidas podem interagir e estimular menos seus bebês (CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Em 2014 iniciei o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, da Faculdade de Ciências, da UNESP, campus de Bauru, com um projeto sobre depressão pós-parto e interação mãe-bebê. Os dados de interação foram captados através de filmagens de interação livre, analisados de acordo com o Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado (CITMI-R) e categorizados. O resultado da dissertação "Variáveis sociodemográficas, depressão pós-parto e a interação entre mães e bebês de quatro a seis meses de idade" (CAMPOS, 2016), em linhas gerais indicou que mães deprimidas tendem a interagir menos do ponto de vista quantitativo e qualitativo com seus bebês.

A partir dessas investigações e observações, surgiram inquietações relacionadas a possibilidades de desdobramentos de intervenções focadas na melhoria de qualidade de vida e prevenção para essa população. Duas possibilidades de estudo surgiram: intervenções baseadas na interação pais-bebê e de cuidados voltados para saúde emocional dessas mulheres.

Concomitante a essas reflexões, no grupo de estudo criado a partir do projeto, começam a ser discutidas as propostas baseadas nos princípios da Intervenção Precoce com a família como foco nas intervenções. Sob orientação da Professora Olga, o presente trabalho tem como

característica a clínica com adultos, mas especificamente a saúde emocional de mulheres no pós-parto, questões que chamaram a minha atenção e foram gentilmente acolhidas pelo grupo.

Optar pelo procedimento de atendimento clínico adulto foi uma escolha incentivada pelo meu interesse na área. Ao longo dessa jornada realizei aprimoramento em Clínica Analítico-Comportamental, workshops vivenciais sobre FAP (Terapia Analítico Funcional), formação em Terapia Comportamental Dialética (DBT) e um grupo de estudos em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), entre outros cursos e congressos. Essa formação de terapeuta contribuiu para o manejo das sessões em grupo e acredito ter sido importante na obtenção dos resultados.

Surge, assim, a presente tese que versa sobre a elaboração, aplicação e avaliação de um Programa de Psicoeducação Analítico-Comportamental em Grupo desenvolvido para mulheres no pós-parto com indicadores de alteração de saúde emocional.

INTRODUÇÃO GERAL

Estudos da Psicologia sobre o desenvolvimento humano têm como base as mudanças progressivas e graduais nas estruturas físicas, neurológicas, comportamentais e cognitivas dos indivíduos durante todo o ciclo vital, com o objetivo de identificar como e quais fatores biológicos e psicossociais influenciam essas mudanças (VASCONCELOS; NAVES; ÁVILA, 2010). Segundo Biglan (2015), os programas de prevenção têm como foco a prevenção de problemas psicológicos, comportamentais e de saúde, e em sua maioria, são direcionados para famílias ou escolas. Levando em conta que a família é o primeiro contexto social em que as crianças estão inseridas, ressalta-se que a boa saúde emocional dos pais, as habilidades educativas parentais e a qualidade da interação entre a mãe ou cuidador com seu bebê geram efeitos para a aprendizagem de comportamentos saudáveis (BIGLAN, 2015; WEIMBERG; TRONIK, 1974).

Os fatores de risco são variáveis ou condições que, probabilisticamente, estão associadas a influências adversas para desenvolvimento, como por exemplo, de comportamentos/acontecimentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social. Os fatores de risco dividem-se em: risco biológico e risco ambiental, podendo ocorrer antes, durante e após o nascimento. Os de origem biológica, decorrentes de erros inatos do metabolismo e malformações congênitas: prematuridade, baixo peso ao nascimento, complicações no parto e na gravidez. Já os fatores de risco ambientais, envolvem a interação com o ambiente: experiências adversas de vida ligadas à família como, falta de recursos sociais, conflitos, morte, doença crônica, problemas de saúde mental do cuidador, hospitalizações, divórcio dos pais, separações, violência e maus-tratos (ACHENBACH, 1992; PINHEIRO, 2004).

Por outro lado, os fatores de proteção consistem em aspectos que atenuam, modificam ou melhoram os efeitos negativos do risco, no desenvolvimento e na adaptação. Os fatores de proteção também envolvem os mecanismos de proteção, que são variáveis presentes no ambiente familiar, social ou recursos que o indivíduo, na sua história de vida, aprendeu para se comportar em situações consideradas adversas. Como exemplo, têm-se boa qualidade e estabilidade nas

interações, boa comunicação pais-filhos, coesão, demonstração de reconhecimento e aceitação, estabelecimento de limites, condições socioeconômicas estáveis e apoio social. A principal característica dos fatores de proteção é modificar a resposta do indivíduo à situação de risco (ACHENBACH, 1992; REPPOLD *et al*., 2002).

Os princípios do Sistema Único de Saúde, pela Lei 8.080/90, estipulam que o novo modelo de assistência em saúde e saúde mental atenda à população também na prevenção, entendendo o processo de saúde-doença como algo social (LIBERATO, 2009; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017). A emergência dos transtornos mentais como um problema de saúde pública indica a importância da obtenção de dados precisos e rigor teórico em estudos que favoreçam o conhecimento a respeito do transtorno para que sejam traçadas estratégias em relação a identificação e diagnóstico precoce, além da possibilidade de prevenção diante da presença dos fatores de risco.

Estudiosos estão se dedicando a uma compreensão a respeito do controle exercido pelas práticas culturais de gênero (COUTO; DITTRICH, 2017; SILVA; LAURENTTI, 2016; RUIZ, 2003). Guérin (2017) pontuou o fato de mulheres viverem em contextos opressores e a relação com uma piora na saúde emocional. Pesquisas sobre cultura na Análise do Comportamento, além de discussões teóricas, projetam possibilidades de intervenções em planejamentos culturais e a inclusão de discussões sobre os processos sociais relacionados ao gênero e práticas pautadas na redução das desigualdades faz-se necessária, embora ainda apareça de maneira restrita (RUIZ, 2003).

Consideradas como um grupo de risco, em função das situações estressantes que envolvem a maternidade, as mulheres que se tornam mães muitas vezes podem apresentar sinais de mal-estar físico ou emocional, envolvendo cansaço, preocupação, ansiedade, depressão, frustração, ambivalência ou medo (RAPOPORT; PICCININI, 2011). Sendo assim, a importância do cuidado

com a saúde emocional no pós-parto pode oferecer oportunidade de intervenções preventivas com essa população.

Dentre as abordagens psicológicas a Terapia Analítico-Comportamental (TAC) consiste na intervenção clínica baseada nos princípios da Análise Experimental do Comportamento e do Behaviorismo Radical de B. F. Skinner, destaca-se devido ao sólido referencial teórico e ao embasamento experimental (GORAYEB; GUERRELHAS, 2003). Skinner (1981/2007) propôs a seleção por consequências em três níveis como modelo explicativo para a ocorrência e manutenção dos comportamentos, caracterizando um sistema amplo de interpretação para os fenômenos humanos.

A Análise do Comportamento, enquanto visão de mundo, traz o modelo prático da Análise do Comportamento Aplicada para pensar as questões relativas à clínica (TOURINHO; SÉRIO, 2010). Esta modalidade de psicoterapia fundamentada na Análise do Comportamento recebeu várias denominações ao longo de sua história, considerando o percurso apresentado por Leonardi (2016). Para o autor, a adoção do termo *Análise do Comportamento Clínica* surge como alternativa para representar as diversas modalidades de intervenções terapêuticas de terceira onda americanas. Já no Brasil, com um percurso histórico distinto, têm-se o termo Terapia Analítico-Comportamental (TAC) (GUILHARDI, 2012), e a nomenclatura adotada para este estudo considerando suas características metodológicas de intervenção.

As intervenções analítico-comportamentais são delineadas a partir da abordagem funcional do comportamento, utilizando como objeto de análise e de intervenção o comportamento verbal na relação terapeuta-cliente (COSTA, 2011). Uma abordagem funcional busca identificar sobre quais circunstâncias um comportamento denominado como psicopatológico, assim como qualquer outro, pode ser originado, provocado e mantido (CAVALCANTE; TOURINHO, 2012; BANACO, 1999; CARR; LANGDON; YARBROUGH, 1999). Desta forma, é possível derivar as estratégias

de intervenção a partir da identificação das funções desse tipo de comportamento (FOLLETTE; NAUGLE; LINNEROOTH, 2000; FALK; KUPFER, 1998; STURMEY, 1996).

A análise funcional tem como objetivo identificar quais são os contextos de interação da história de um indivíduo que aumentam ou aumentaram a probabilidade de selecionar e manter determinadas respostas que geram prejuízos e sofrimento ao indivíduo e/ou ao seu entorno (CAVALCANTE; TOURINHO, 2012). De acordo com Vilas-Bôas, Banaco e Borges (2012), a compreensão de psicopatologia envolve o grau de sofrimento de um indivíduo, tendo em vista que determinados comportamentos merecem maior atenção do clínico ou de profissionais de saúde, não por serem patológicos em si, mas por resultarem em prejuízos importantes nas interações sociais do indivíduo e/ou para as pessoas de seu convívio.

Segundo Guérin (2017), os comportamentos, tanto os classificados como psicopatológicos, quanto quaisquer outros, são considerados um repertório comportamental único, que deve ser compreendido a partir da análise das contingências que o mantêm, com critérios de avaliação essencialmente funcionais. Nesse sentido, o modelo de seleção pelas consequências oferece os subsídios de análise, identificando em que medida os níveis filogenético, ontogenético e cultural exercem influência, e uma intervenção é proposta baseada nos padrões comportamentais que causam sofrimento para o indivíduo e para as pessoas ao redor.

Embora não haja dúvidas a respeito do prejuízo causado por essas alterações de comportamentos pouco adaptativos para determinados ambientes, os estudos de saúde mental tradicionalmente utilizam o manual psiquiátrico DSM V (APA, 2013), como critério para diagnosticar as principais doenças, o que facilita a troca de informações nessa área. Entretanto é preciso, enquanto analista do comportamento, entender que os comportamentos que se referem aos transtornos mentais tornaram-se disfuncionais (por conta da frequência e/ou intensidade) pois foram consequenciados a partir de ambientes naturais ou contextos aversivos (ex: relações sociais, culturais, históricas, econômicas e as oportunidades) (GUERIN, 2017).

Utilizar as categorizações psiquiátricas em estudos é uma alternativa para identificar padrões comportamentais semelhantes (ao menos topograficamente) e avaliar as evidências de determinados tratamentos. Principalmente considerando o atual contexto da prática baseada em evidências, definida pela American Psychological Association (APA) como padrão para escolha do tratamento com a melhor evidência possível (Leonardi, 2016). No caso deste estudo, uma pesquisa não-experimental de delineamento de grupo, a opção por utilizar os instrumentos validados para rastreamento de transtornos mentais foi uma alternativa de coleta de respostas encobertas descritas na literatura como típicas de cada transtorno. (LEME; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2009; COZBY, 2009; MEYER, 2001)

A organização dos instrumentos para avaliação de saúde emocional consiste em um questionário com afirmações que descrevem sintomas e alternativas que devem ser assinaladas considerando a intensidade, frequência ou duração desses; após preenchimento, são somadas a quantidade de pontos gerados pelas respostas assinaladas, e como critério de nota de corte (estabelecida de acordo com os estudos psicométricos de cada escala e descrita nos manuais e estudos de validação), se atingida ou ultrapassada, os participantes são considerados como "clínicos", ou seja, há a indicação de risco para o transtorno avaliado na escala. (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Neste estudo foram escolhidos diferentes instrumentos para rastreamento de alterações emocionais, são eles: A Perceived Stress Scale (PSS-14) (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983) foi traduzida no Brasil como Escala de Estresse Percebido (PSS-10) e validada em três estudos (FARO, 2015; LUFFT, *et al.*, 2007; REIS; HINO; AÑES, 2010), o Parenting Stress Index (PSI) (ABIDIN, 1995), o State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger; Gorsuch (1983) que foi traduzido no Brasil como Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) por Biaggio; Natalício (1976) autorizado para utilização apenas em pesquisas e a *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) de Cox, Holden e Sagovsky (1987) que foi

validada para a população brasileira por Santos, Martins e Pasquali (1999) e por Santos *et al.* (2007) com o nome de Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE).

O presente trabalho, considerando que o contexto da maternidade envolve padrões semelhantes, pretendeu identificar, a partir do uso de instrumentos que avaliaram algumas classes de comportamentos específicos, o grupo de mulheres com índice clínico de alteração emocional no pós-parto e relacionar com alguns fatores de riscos ambientais e contextuais (variáveis sociodemográficas e de nascimento); elaborar, implementar e um programa de intervenção terapêutico com base nos princípios da Análise do Comportamento e avaliar seus efeitos na mudança comportamental em relação aos comportamentos descritos nos instrumentos. Desta forma, este trabalho divide-se em três estudos: Estudo1: Saúde emocional de mães de bebês: fatores de risco associados as variáveis sociodemográficas; Estudo 2: Elaboração e implementação de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos emocionais e, Estudo 3: Efeitos de uma intervenção em grupo considerando os indicadores clínicos emocionais de mães de bebês.

ESTUDO 1: Saúde emocional de mães de bebês: fatores de risco associados as variáveis sociodemográficas

A emergência dos transtornos mentais como uma questão importante para a saúde pública indica necessidade da obtenção de dados precisos e rigor teórico e científico em estudos que favoreçam o conhecimento a respeito dos fenômenos, para que sejam traçadas estratégias de identificação e diagnóstico precoce, possibilitando a prevenção diante da presença dos fatores de risco. Considerando as situações estressantes avaliadas nos estudos, as que envolvem o período da gestação e transição para a maternidade estão relacionadas com mudanças em diferentes âmbitos e contextos: as físicas, hormonais, neuroquímicas e neurobiológicas (LEE *et al.*, 2010); as que envolvem papeis sociais, representações e cognição (AMMANITI; GALESSE, 2014; STEEN; FRANCISCO, 2019) e, os ajustes socioemocionais (LOBEL; IBRAHIM, 2018; SCHMIDT *et al.*, 2019). Todas essas mudanças aumentam a vulnerabilidade dessas mulheres, que podem apresentar sinais de mal-estar físico ou emocional, envolvendo cansaço, preocupação, ansiedade, depressão, frustração, ambivalência ou medo, que podem acarretar prejuízo no cumprimento dos seus papéis

(WALKER; MURPHEY; NICHOLS, 2015; ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017; SCHMIDT *et al*., 2019; POWELL; KARRAKER, 2019; SWAMI *et. al.,* 2019).

As alterações de saúde emocional durante a gravidez e após o parto incluem uma ampla gama de distúrbios que variam em gravidade e estão entre as morbidades mais comuns nestes períodos sugerindo que todo o espectro de diagnóstico pode ocorrer durante este tempo (APA, 2013; HOWARD *et al.,* 2014; STEIN; PEARSON; GOODMAN, 2014; FREITAS; SILVA; BARBOSA, 2016; LOBEL; IBRAHIM, 2018; STEEN; FRANCISCO, 2019). Segundo estudo de revisão de Pais e Pai (2018) a alta prevalência de estresse gestacional está associada a complicações no período pós-parto e é preditora de sintomas de ansiedade depressão pós-parto, dado também encontrado no estudo brasileiro de Schiavo *et al.* (2018) e Rodrigues e Schiavo (2011). Estudos mostraram que as mães têm níveis mais altos de estresse comparadas aos pais em relação a frequência e duração, de seis meses a um ano após o parto (HILDINGSSON; THOMAS 2014; WIDARSSON *et al.,* 2013). Entretanto, é difícil medir e entender a variável estresse parental devido à forte correlação com a vulnerabilidade psicológica. Andersson e Hildingsson (2015) em um estudo com 279 mulheres suíças, identificaram 25% de mulheres com estresse clínico. O estresse foi associado com uma baixa avaliação de auto eficácia dos pais, o que pode acentuar patologias psicológicas e dificuldades de adaptação ao papel (RAZUREL *et al.*, 2016)

As repostas de estresse pervasivas caracterizam o estresse crônico e podem competir com o pleno funcionamento em situações cotidianas, desencadeando comportamentos de alerta ou de fuga intensos e imobilizadores (hipervigilância). A frequência e duração dessa estimulação podem induzir o indivíduo a ter respostas ansiogênicas e levar à exaustão, como na depressão (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010). Os comportamentos característicos de respostas de ansiedade ocorrem diante de um evento ameaçador ou incômodo e, neste sentido, o indivíduo aprende a emitir uma classe de respostas que elimina, ameniza ou adia esse evento considerado aversivo (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Tanto o estresse quanto a ansiedade e depressão são constructos dimensionais, ou seja, variam em intensidade. A Escala de Estresse Percebido (PSS-10) (LUFFT *et al*., 2007; REIS *et al.*, 2010; FARO, 2015), foi construída sobre o modelo transacional de estresse de Lazarus e Flokman (1984). Em um estudo de revisão sobre os diferentes métodos de mensuração do estresse, Faro e Pereira (2013) constataram que o PSS é um instrumento com confiabilidade, considerando-o como medida de autopercepção em relação ao fenômeno. A escala vem sendo utilizada em diversas estudos, com objetivos tanto de medir de maneira global o grau de estresse em situações pontuais (MCALONAN *et al.*, 2007, LIMA; BIANCHI, 2010), como linha de base e pós-testes em intervenções psicológicas (HOLZEL *et al.*, 2010; SESKEVICH; PIEPER, 2007; TAYLOR-PILIAE *et al.*, 2006), em correlações com transtornos psiquiátricos ou alterações orgânicas (CALVETTI, 2017; CULHANE *et al.*, 2001; GARG *et al.*, 2001).

Para medir o estresse diante de uma condição específica podem ser utilizadas escalas mais refinadas como o PSI (Parental Estresse Index), que avalia o estresse parental. Ele pode ser definido como um desequilíbrio entre a percepção de demanda dos pais e os recursos disponíveis (ABIDIN, 1990). Em estudos de revisão nacionais sobre a percepção do estresse em familiares de crianças com paralisia cerebral, Ribeiro, Porto e Vandenbergh (2013) e Cunha, Pontes e Silva (2017) avaliaram que o PSI foi o instrumento mais utilizado. Silva et al. (2019) utilizaram a escala para identificar associações em famílias pobres. Foi identificada dependência significativa entre as famílias com maior índice de pobreza e o estresse alto. Essa escala tem como objetivo avaliar a percepção que os cuidadores principais têm dos seus filhos e dos sentimentos e reações diante de algum evento ou comportamento deles, avaliando as suas condições em lidar com a tarefa da parentalidade. Além disso, avalia a percepção dos cuidadores com relação às demandas da criança assim como suas características pessoais que podem impactar na interação (BRITO; FARO, 2016).

Estudos sobre outras alterações de saúde emocional no pós-parto são escassos. A prevalência da ansiedade foi reportada recentemente e, ainda é subdiagnosticada (FIELD, 2018).

Donelli, Chemello e Levandowski (2017) e Dennis, Falah-Hassani, Shiri (2017) revisaram estudos sobre ansiedade materna e maternidade entre 2009 e 2014 e, até 2016 respectivamente, ambos estudos em relação aos instrumentos utilizados, identificaram que a maioria das pesquisas utilizou o State-Trait Anxiety Inventory (STAI), que no Brasil equivale ao Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Em um procedimento de avaliação dos níveis de ansiedade, pode-se fazer a distinção entre: Ansiedade-traço e Ansiedade-estado, por exemplo. A primeira é considerada uma característica estável do indivíduo, representando o modo como ele tende a reagir diante de situações estressantes ou conflituosas e, a segunda, representa uma condição emocional transitória caracterizada pelo aumento ocasional da tensão em função de eventos considerados potencialmente críticos (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006).

A depressão que se inicia no puerpério é denominada transtorno depressivo no pós-parto ou depressão pós-parto materna (DPP-M) e, pode ser comparada a um episódio depressivo maior, entretanto, seu quadro clínico comporta sintomas com intensidade diferente e a sua duração não ultrapassa os doze meses, sendo que, em mais de metade das mulheres apenas se estabelece durante semanas ou até meses, não ultrapassando três a seis meses (COHEN *et al*., 2010; APA, 2013). A depressão pós-parto é um importante problema de saúde que, segundo as estimativas, é experienciada por 9 a 16% das puérperas (APA, 2015). A DPP-M é uma das principais causas de morbidade materna, sendo a complicação médica mais comum entre mulheres durante seu período reprodutivo (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011). Dados de uma revisão sistemática indicaram que 19,8% das mulheres que vivem em países em desenvolvimento podem apresentar depressão após o parto (MATTHEY *et al*., 2013). No Brasil, um estudo realizado entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, com 23.894 puérperas, num período de seis horas do parto e até 18 meses após nascimento da criança, apontou uma prevalência de possíveis casos de DPP-M em 26,3% dessa amostra (THEME-FILHA *et al.*, 2016).

A etiologia da DPP-M envolve uma série de fatores de risco. Arrais e Araújo (2017) em uma revisão de literatura indicaram alguns fatores preditivos associados à etiologia nas mulheres, em especial fatores de ordem psicossocial, que poderão agravar ou conduzir ao início da depressão pós-parto. As pesquisadoras dividiram esses fatores em três categorias: psicossocial, sociodemográficos/contextuais e físicos. Enquanto subcategorias do risco psicossocial estão: histórico psicológico/psiquiátrico; pouca percepção de suporte social e de relacionamentos. Considerando os fatores de risco físicos, as autoras dividiram em subcategorias, a primeira delas é a hormonal e, depois, as obstétricas. A neurobiologia relacionada ao transtorno no pós-parto ainda é pouco estudada. Sabe-se que o período está associado a alterações neuroplásticas no hipocampo e córtex pré-frontal em todas as mulheres. Entretanto, essas alterações podem relacionar-se com sintomas depressivos se houver vulnerabilidade para o quadro (BRUMMELTE; GALEA, 2015).

Enquanto instrumento de triagem há maior prevalência de escolha pela Escala de Depressão pós-parto de Edinburgh (EPDS) tanto em estudos nacionais (ARRAIS; ARAÚJO, 2017) quanto nas recomendações internacionais, como do Serviço Americano de Prevenção em Saúde (US Preventive Services Task Force) (O´CONNOR *et al.*, 2016). O autor da escala, John Cox, em um editorial sobre os trinta anos de uso da escala realiza um retrospectiva em relação aos estudos. A escala faz parte de programas de saúde mental importantes de países como EUA, Suécia, Ilhas Faroe, Malta, Austrália e Escócia e, na Inglaterra, sugerem seu uso como um complemento na triagem de depressão (COX, 2019)

A Academia Americana de Pediatria estima que, por ano, 400 mil mães de bebês estejam clinicamente ansiosas ou deprimidas, considerando as alterações de saúde emocional no pós-parto a maior complicação obstétrica subdiagnosticada do país (EARLS *et al.,* 2010). A literatura tem apontado para a alteração na qualidade da saúde, no bem-estar materno e familiar, além poder afetar no desenvolvimento de bebês (FERNANDES; COTRIN, 2013, O'HARA; WISNER, 2014;

TAMBELLI *et al*., 2014, FIELD, 2018; DIB; PADOVANI; PEROSA; 2019; IRURITA-BALLESTEROS *e at*., 2020). Analisar fatores de risco para a saúde emocional materna durante o primeiro ano de vida do bebê propiciaria a implementação de intervenções pontuais a essa população.

1. OBJETIVOS

Tem-se por *objetivo geral* do presente estudo identificar a influência de variáveis sociodemográficas sobre a saúde emocional de mães de bebês aos três meses de idade. E, têm-se por *objetivos específicos*: a) descrever as variáveis sociodemográficas e de saúde emocional de mães de bebês aos três meses de idade; b) verificar se as variáveis sociodemográficas e de nascimento estudadas (sexo do bebê, condição de nascimento, idade materna, escolaridade, trabalhar fora, tipo de família, número de filhos, condição socioeconômica, planejamento da gestação e tipo de parto) são preditoras de alguma alteração de saúde emocional, segundo os critérios dos instrumentos selecionados para o estudo (EPDS, IDATE, PSI, PSS).

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo sobre variáveis sociodemográficas que podem interferir na saúde emocional de mulheres aos três meses do pós-parto.

2.1.Aspectos éticos

O projeto de pesquisa faz parte dos projetos "Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil" (aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru, Processo nº 11187/46/01/2012 - Anexo 1) e "Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães" (aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru, Processo nº 2.088.004 - Anexo 2). Ambos atendem todas as normas previstas na Resolução Nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Comprometeu-se e realizou-se a aplicação dos instrumentos em datas e horários

apropriados para as participantes. Para a realização desse estudo, as mães já participantes dos referidos projetos foram contatadas via telefone e todas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), o qual explicita os objetivos do estudo, além de resguardar os direitos das participantes quanto ao sigilo das suas informações pessoais, enfatizando a participação voluntária no estudo, sem qualquer ônus financeiro e a possibilidade de desistência do mesmo a qualquer momento. 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 grupos de intervenção nos serviços de Psicologia da UNESP ou da rede pública da cidade.

2.2.Caracterização da situação de estudo

Esta pesquisa obteve os dados provenientes de avaliações realizadas com as participantes dos dois projetos de pesquisa "Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil" e "Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães", que avaliavam sistematicamente a saúde emocional das participantes. Aproveitando a presença delas nos locais dos referidos projetos para atendimento aos seus bebês, optou-se por realizar este estudo nas duas instituições de Bauru, interior do estado de São Paulo. Uma delas, o Centro de Psicologia Aplicada (CPA), da Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, é um núcleo de ensino e pesquisa onde funciona o projeto de extensão: "Avaliação e orientação aos pais: desenvolvimento de bebês". A outra é a Sorri-Bauru, uma instituição com serviços especializados, em que é realizado atendimento via o projeto "Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães" do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ambos os projetos recebem bebês entre três até 12 meses de idade juntamente com suas mães ou cuidadores e têm como objetivo monitorar o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida e orientar os pais sobre desenvolvimento, pretendendo prevenir atrasos que poderiam resultar em repertório comportamental defasado em idades futuras. Os pais, por ocasião do nascimento do bebê, na Maternidade Santa Isabel, de Bauru/SP e/ou cadastrado no Banco de Leite Humano, são convidados a participar dos referidos projetos. Após convite telefônico ou por meio de mensagem de texto e aceite, as mães são recebidas no primeiro atendimento por uma equipe de profissionais da saúde (incluindo pelo menos uma psicóloga) e recebem as informações sobre as atividades contidas nos projetos: avaliação do seu bebê no primeiro ano de vida por meio da Escalas de desenvolvimento Infantil Bayley-III (Bayley, 2006). Após a avaliação, se necessário, os bebês e suas mães participam de intervenções com foco no desenvolvimento do bebê. Todas as mães que participam deste primeiro atendimento no mesmo dia são convidadas a preencher uma avaliação da saúde emocional e, na consulta seguinte recebem a devolutiva oferecida pela psicóloga. Caso apresentem pelo menos um indicador clínico de saúde emocional, são convidadas a participarem, posteriormente, das intervenções grupais nas duas instituições. Os dados deste estudo se referem a esta coleta inicial junto às mães.

2.3.Participantes

Constituiu-se uma amostra de conveniência com 353 mães de bebês aos três meses de idade. Foram avaliadas 436 mães, mas 83 delas foram excluídas devido a informações incompletas para essas análises.

2.4. Instrumentos

2.4.1. Para a coleta de dados sociodemográficos

A Entrevista Inicial, que faz parte do prontuário do bebê nos referidos projetos e é composta por perguntas abertas para investigar dados sociodemográficos (configuração familiar, dados sobre moradia, condições de saúde materna antes e após a gestação, condições de parto, internações, doenças etc.) e do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2015).

2.4.2. Para avaliação do estresse percebido

A Perceived Estresse Scale (PSS-14) (COHEN; KARMACK; MERMELSTEINM, 1983) foi traduzida no Brasil como Escala de Estresse Percebido (PSS-10) e validada em três estudos (FARO, 2015; LUFT *et al.*, 2007; REIS *et al.*, 2010), tendo consistência de Alpha de Cronbach de 0,83, 0,77 e 0,96 respectivamente. A PSS avalia a percepção do indivíduo sobre quão imprevisíveis e incontroláveis lhe parecem os eventos de vida experienciados no último mês. É composta por 14 itens com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre). A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero a 56 pontos. Na presente pesquisa, foi utilizada pontuação acima de 30 pontos para considerar alto nível de estresse ou estresse em nível clínico (FARO, 2015).

2.4.3. *Para a avaliação do* Estresse Parental

O Parenting Estresse Index (PSI) (ABIDIN, 1983, 1990, 1995), é um questionário para aplicação a pais (mãe/pai) e faculta uma medida da intensidade do estresse que ocorre no sistema pais-criança. A adaptação brasileira denomina-se Índice de Estresse Parental (PSI) (PEREIRA *et al.*, 2016), para avaliar o estresse nas mães foi utilizado o Índice de Estresse Parental-Forma Curta (PSI-4-SF), constituído por 36 questões cujas respostas são ajustadas a uma escala do tipo Likert: concordo completamente (1), concordo (2), não tenho certeza (3), discordo (4) e discordo completamente (5). Elas são divididas em três domínios, sendo o primeiro deles denominado "Angústia dos pais" (AP), que determina o nível de angústia que a mãe experimenta em seu papel

de mãe, em função de fatores pessoais que estão diretamente relacionados à parentalidade. O outro domínio compreende a "Disfuncionalidade na interação mãe-filho" (IC), o qual foca a percepção materna de que a criança não atinge as expectativas de sua mãe e no fato das interações com a criança não reforçarem o seu papel como mãe. O terceiro domínio, denominado "Criança difícil" (CD) incide sobre algumas das características comportamentais básicas das crianças que são tomadas como fáceis ou difíceis de administrá-las. O estresse total corresponde a uma identificação do nível geral de estresse de um indivíduo, sendo que sua pontuação reflete o estresse relatado nos três domínios acima citados. Para obtenção do nível de estresse deve-se fazer a conversão dos escores brutos, que variam de 0 a 505, em uma tabela da amostra normativa de percentis de 0 a 99. A interpretação desses níveis: Estresse normal, percentis de 16 a 84; estresse elevado, percentis de 85 a 89; estresse clinicamente significativo, igual ou acima do percentil 90 (ABIDIN, 2012). Para análise da confiabilidade interna da escala e das subescalas foi utilizado o alfa de Cronbach, cujos valores variam de 0 a 1 e são considerados aceitáveis quando estão no intervalo de 0,70 a 0,90.

2.4.4. Para a avaliação da ansiedade materna

O State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, Gorsuch e Lushene. (1983), em sua versão para o Brasil como Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) por Biaggio e Natalício (1976; 1979) está autorizado para uso apenas para fins de pesquisa, avalia duas variáveis da ansiedade, uma como "traço", que pode ser considerada como uma classe de comportamentos selecionados e mantidos considerando aspectos hereditários e de aprendizagens ao longo da história de vida. A outra dimensão é a "estado" caracterizando respostas emocionais a contingências aversivas no contexto de interação atual. Cada uma das escalas conta com 20 itens e os escores podem variar de 20 a 80 pontos. Os pontos de corte escolhido nesse estudo foram de 40 pontos para cada escala, segundo recomendação de Caumo, Calvetti e Henriques (2016), considerada ansiedade em nível clínico. Em relação à consistência interna da escala, o instrumento

apresentou um Alfa de Cronbach de 0,88 na dimensão estado e 0,87 em traço para população feminina (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

2.4.5. Para a avaliação de depressão pós-parto

A Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) de Cox, Holden e Sagovsky (1987), foi validada para a população brasileira por Santos, Martins e Pasquali (1999) e por Santos *et al.* (2007) com o nome de Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE). É um instrumento autoaplicável composto por 10 questões que avaliam como a mulher se sentiu na última semana. Os sintomas abordados são: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa. Para cada pergunta, há quatro opções de resposta, 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 desta escala 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

A avaliação faz parte do protocolo de avaliação dos projetos maiores já citados. Por ocasião do convite para a sua participação no projeto, foram explicados os procedimentos referentes a ele. Aceitando participar do mesmo, a mãe assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a coleta dos dados, aos três meses era agendado um horário em data próxima à idade/mês. No primeiro encontro era feita a entrevista inicial com as mães e, em seguida, eram aplicados os

instrumentos. A mãe recebia um instrumento e após respondê-lo, devolvia à aplicadora e recebia outro. Em alguns casos a mãe solicitava à aplicadora que a ajudasse na leitura dos itens, que permanecia na sala, para eventuais dúvidas. A aplicação dos instrumentos durou em média, 40 minutos.

2.5.2. Procedimento de análise de dados

Os instrumentos foram corrigidos de acordo com as normas dos respectivos manuais e os pontos de cortes estabelecidos conforme as evidências de estudos atuais já citados. Neste estudo considerou-se como indicadores clínicos quando a pontuação estava acima da pontuação de corte de cada instrumento definido por estudos específicos de cada um, se referindo, então, à presença de determinados conjuntos de comportamentos (ansiedade, estresse ou depressão). Obteve-se a pontuação total, que foi utilizada nas análises comparativas e relacionais. Em primeiro lugar, foi realizada a análise estatística descritiva, média e desvio padrão para as variáveis numéricas. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequência e porcentagem. Antes de proceder à análise estatística inferencial, foi aplicado o teste de Shapiro Wilk, para testar a normalidade das variáveis. A dependência entre as variáveis e as escalas foi realizada partir do Teste Qui-quadrado; a partir disso, as que foram significativas no teste de comparação foram analisadas, primeiramente, em relação a multicolinearidade considerando como variável dependente a presença ou ausência de indicadores clínicos em cada instrumento, com valor de tolerância <0,1 e de VIF menores que 10, e posteriormente, montaram-se modelos de regressão logística binária. Os dados foram analisados a partir do SPSS Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 25.0; Chicago INc II, USA). O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

Para identificar a associação de variáveis sociodemográficas sobre a saúde emocional de mães de bebês aos três meses de idade, os resultados encontram-se divididos em dois tópicos. No

primeiro há descrição das variáveis sociodemográficas e de saúde emocional de mães de bebês aos três meses de idade. No segundo há a associação entre as variáveis sociodemográficas e de nascimento estudadas (sexo do bebê, condição de nascimento, idade materna, escolaridade, trabalhar fora, tipo de família, número de filhos, condição socioeconômica, planejamento da gestação e tipo de parto) com as alterações de saúde emocional, segundo os critérios dos instrumentos selecionados para o estudo (EPDS, IDATE, PSI, PSS).

3.1. Caracterização para os indicadores de saúde emocional da amostra aos três meses em cada instrumento.

Inicialmente serão descritas as variáveis sociodemográficas das 353 participantes e o resultado dos instrumentos para avaliação da saúde emocional. A Tabela 1 concentra as variáveis sociodemográficas e de nascimento da amostra selecionada.

A distribuição em relação ao sexo do bebê foi bastante próxima entre os grupos (51;48%), para condição de nascimento houve mais diferença (54;35%). Quanto a idade materna 39,972% das mães estava na faixa etária de até 26 anos, em escolaridade 60% tem 10 ou mais anos de estudo e 49% trabalha fora. 46,70% tem configuração de família nuclear, em 58% são primíparas. O nível socioeconômico ficou em 66% nas classes C, D e E. Para 55% das mulheres não houve planejamento da gestação e para 78% a via de parto foi cesárea.

Tabela1. Caracterização sociodemográficos e de nascimento da amostra

Característica		
	N=353	%
Sexo bebê		
Masculino	181	51,27
Feminino	172	48,72
Idade gestacional		
Prematuro	229	64,87
A termo	124	35,12
Idade materna		
Até 26 anos	138	39,09
27 anos ou mais	215	60,90
Escolaridade materna		
Até 9 anos	140	39,66
10 ou mais	213	60,33
Mãe trabalha fora		
Sim	175	49,57

Não	178	50,42
Tipo de família		
Nuclear	165	46,74
Outros	188	53,25
Número de filhos		
1	207	58,64
2 ou mais	146	41,35
Condição socioeconômica		
A, B	118	33,42
C, D e E	235	66,57
Gravidez planejada		
Sim	156	44,19
Não	197	55,80
Tipo de Parto		
Cesárea	278	78,75
Natural	75	21,24

Para a análise dos indicadores de saúde emocional (Tabela 2) foi realizada uma divisão com base na quantidade de indicadores clínicos, para os sujeitos da amostra. Enquanto resultado temos que quase metade da amostra (41,92%) não apresentou indicadores, seguido por mulheres que apresentaram um indicador (16,99%) depois as que apresentaram três (13,03%), a porcentagem de mulheres que pontuou nas cinco escalas foi de (5,94). Ou seja, 58,08% da amostra inclui mulheres com pelo menos um indicador clínico de risco.

Tabela 2. Quantidade de indicadores na amostra

Quantidade de Indicadores	N	%
Nenhum	148	41,92
1	60	16,99
2	38	10,76
3	46	13,03
4	40	11,33
5	21	5,94

A Tabela 3 concentra os dados descritivos em média e desvio padrão de toda a amostra, além da frequência e porcentagem de mulheres divididas em índices clínicos ou não de acordo com o ponto de corte para cada instrumento. Enquanto pontuação média nas escalas apenas a IDATE-T teve média acima do ponto de corte estabelecido para triagem de diagnóstico clínico de ansiedade (41,45) e observando a porcentagem de comportamentos clínicos está também foi a escala com mais sujeitos (45,89%). A frequência é seguida pela dimensão Estado da mesma escala, com 41,35%. A segunda escala com maior porcentagem no estudo foi a de sintomas relativos à depressão pós-parto, a EPDS com 31,72%. Para as escalas que medem estresse, têm-se o PSI com 18,13% e o PSS com 16,43%.

Os dados descritivos em frequência e porcentagem e a comparação entre os grupos, divididos em não clínicos e comparados com a frequência comportamentos clínicos para cada escala de acordo com o ponto de corte para cada instrumento. A porcentagem para o IDATE-T foi a que concentrou mais sujeitos (45,89%). A frequência de comportamentos é seguida pela dimensão Estado da mesma escala, com 41,35%. A segunda escala com maior porcentagem no estudo foi a de sintomas relativos à depressão pós-parto, a EPDS com 31,72%. Para as escalas que medem estresse, têm-se o PSI com 18,13% e o PSS com 16,43%.

Tabela 3. Média, desvio padrão e distribuição da frequência absoluta e relativa dos indicadores clínicos e não clínicos nos grupos de mães bebês aos três meses de idade.

Dimensão	N=353					
	Média	DP	Indicadores clínicos		Indicadores não clínicos	
			N	%	N	%
PSS	21,50	9,54	58	16,43	294	83,28
PSI (Total)	67,56	21,11	64	18,13	289	81,86
Idate (Estado)	38,96	9,44	146	41,35	208	58,92

Idate (Traço)	41,45	10,79	162	45,89	190	53,82
EPDS	8,04	5,85	112	31,72	241	68,27

3.2. Associação das variáveis sociodemográficas e do nascimento com os indicadores de saúde emocional da amostra aos três meses em cada instrumento.

Conforme a Tabela 4, após aplicação do teste qui-quadrado de dependência entre as variáveis sociodemográficas e a saúde emocional materna, identificou-se associação entre elas. Foi indicado dependência do sexo do bebê para as escalas PSI (estresse parental), com mais bebês do sexo masculino e, no IDATE-E (ansiedade estado), do feminino. A idade materna na escala de depressão pós-parto (EPDS), contou com frequência maior de mulheres mais velhas com indicadores clínicos.

Duas variáveis sociodemográficas foram significativas para todas as escalas: o tipo de família e condição socioeconômica. Considerando o tipo de família, mais mães de configurações não nucleares apresentaram mais indicadores clínicos no PSS, PSI, EPDS e IDATE Estado e, entre as mães de configuração nuclear foram mais frequentes os indicadores clínicos no IDATE Traço. Mães de condição socioeconômica mais baixa apresentaram mais frequência de indicadores clínicos em todas as escalas. Para três das quatro escalas as diferenças foram significativas para: escolaridade, número de filhos e planejamento da gravidez. Para a escolaridade materna, mães com menos anos de estudo apresentaram maior frequência de indicadores clínicos no PSS, PSI e IDATE Traço. Na dimensão IDATE Estado a frequência foi maior para mães mais velhas. Em relação ao número de filhos, mães com menos filhos apresentaram maior frequência de indicadores clínicos no PSS, PSI e IDATE Traço e Estado. A ausência de planejamento da gravidez foi mais

frequente entre mães que apresentaram indicadores clínicos no PSS, PSI, IDATE-E e EPDS. As mães que fizeram parto cesáreo apresentaram maior frequência de PSS, IDATE Traço e EPDS.

Tabela 4. Comparação das variáveis sociodemográficas e de nascimento nos seis grupos.

Característica	não clínicos (N=148)	PSS (N=66)		PSI (N=59)		IDATE-E (N=146)		IDATE-T (N=162)		EPDS (N=112)	
	F (%)	F (%)	P	F (%)	p	F (%)	p	F (%)	p	F (%)	p
Sexo bebê											
Masculino	62 (41,89)	36 (53,73)	0,106	31 (52,54)	**0,000**	40 (27 ,73)	**0,000**	84 (51,85)	0,079	61 (54,46)	0,330
Feminino	86 (58,11)	31 (46,26)		28 (47,45)		86 (58,90)		78 (48,14)		106 (94,64)	
Idade gestacional											
Prematuro	93 (62,83)	44 (65,67)	0,805	39 (66,10)	0,659	98 (67,12)	0,441	108 (66,66)	0,481	66 (58,92)	0,522
A termo	55 (37,16)	23 (34,32)		20 (33,89)		48 (32,87)		54 (33,33)		46 (41,07)	
Idade materna											
Até 26 anos	42 (28,37)	23 (34,32)	0,379	19 (32,20)	0,586	59 (40,41)	0,615	68 (41,97)	**0,012**	43 (38,39)	0,012
27 anos ou mais	106 (71,62)	44 (65,67)		40 (67,79)		87 (59,58)		94 (59,87)		69 (61,60)	
Escolaridade materna											
Até 9 anos	46 (31,08)	41 (61,19)	**0,000**	37 (62,71)	**0,000**	59 (40,41)	**0,000**	93 (59,41)	**0,000**	72 (64,28)	0,219
10 ou mais	102 (68,91)	26 (38,80)		22 (38,59)		87 (59,58)		69 (42,59)		69 (35,71)	
Mãe trabalha fora											
Sim	83 (56,08)	31 (46,26)	0,235	28 (47,45)	0,261	68 (46,57)	0,103	73 (45,06)	0,053	48 (42,85)	0,393
Não	65 (43,91)	36 (53,73)		31 (52,54)		78 (53,42)		89 (54,93)		64 (57,14)	
Tipo de família											
Nuclear	112 (75,67)	28 (44,71)	**0,000**	28 (44,06)	**0,000**	68 (46,57)	**0,000**	75 (46,29)	**0,000**	49 (43,75)	**0,000**
Outros	36 (24,32)	38 (55,22)		33 (55,93)		78 (53,42)		68 (53,70)		63 (56,25)	
Número de filhos											
1	68 (45,92)	45 (67,16)	**0,004**	38 (64,40)	**0,016**	123 (84,24)	**0,000**	105 (64,81)	**0,001**	79 (70,53)	0,725
2 ou mais	80 (54,05)	22 (32,83)		21 (35,59)		23 (15,75)		57 (35,18)		33 (29,46)	
Condição socioeconômica											
A, B	63 (42,56)	1 (1,49)	**0,000**	7 (11,86)	**0,000**	29 (19,86)	**0,000**	36 (22,22)	**0,000**	4 (3,57)	**0,000**
C, D e E	85 (57,43)	66 (98,50)		52 (88,13)		117 (80,13)		126 (77,78)		108 (96,42)	

Gravidez planejada										
Sim	83 (56,08)	1 (1,49)	**0,000**	9 (15,25)	**0,000**	19 (13,01)	**0,000**	40 (24,69)	0,258	6 (5,35)	**0,000**
Não	65 (43,91)	66 (98,50)		50 (84,74)		127 (86,98)		122 (75,31)		106 (94,64)	
Via de Parto										
Natural	23 (15,54)	3 (4,47)	**0,021**	8 (13,55)	0,718	0	**0,000**	30 (18,51)	0,487	12 (10,71)	**0,010**
Cesárea	125 (84,45)	64 (95,52)		51 (86,44)		146 (100)		132 (81,48)		100 (89,28)	

Teste Qui-quadrado; p= significância (0,005)

Foi realizada o teste de regressão logística binária para verificar quais das variáveis sociodemográficas e de nascimento identificadas como significativas pelo qui-quadrado poderiam ser preditoras de alteração de saúde emocional (segundo os instrumentos selecionados para o estudo: PSS, PSI, IDADE e EPDS). Na Tabela 4 estão apresentados os resultados das regressões realizadas com cada dimensão dos instrumentos.

Segundo o modelo com significância para cada escala, temos que para comportamentos clínicos de ansiedade estado, mães do primeiro bebê tem 0,18 vezes mais chances de os apresentaremna escala. Além disso para a dimensão traço a menor condição socioeconômica relacionou-se com 1,821 a mais chances de risco. Para a depressão pós-parto, avaliados pela EPDS, a ausência de planejamento da gestação foi identificada como uma variável que aumenta em 8,62 vezes a chance de sintomas clínicos.

Tabela 5. Regressão logística entre os scores na EPDS e IDADE e variáveis sociodemográficas e de nascimento.

PSS	p-valor	OR	IC95%
Até 9 anos de estudo	0,520	1,600	0,382-6,701
Família nuclear	0,342	1,345	0,730-2,478
Primípara	0,150	0,337	0,077-1,479

Cond. Socioeconômica	0,999	0,000	-
Gravidez planejada	0,998	0,000	-
Cesárea	0,932	0,221	3,992
PSI	p-valor	OR	IC95%
Bebê do sexo feminino	0,765	0,867	0,339-2,213
Até 9 anos de estudo	0,524	0,632	0,154-2,592
Família nuclear	0,575	1,311	0,509-3,376
Primípara	0,927	0,935	0,222-3,943
Gravidez planejada	0,301	2,417	0,454-12,859
Classe C, D e E	0,199	2,698	0,593-12,270
IDATE-E	p-valor	OR	IC95%
Bebê do sexo feminino	0,819	1,087	0,530-2,230
Até 9 anos de estudo	0,204	2,687	0,585-12,343
Família nuclear	0,959	0,981	0,475-2,027
Primípara	**0,029**	0,181	0,039-0,837
Classe C, D e E	0,057	3,160	0,965-10,350
Gravidez planejada	0,075	2,570	0,909-7,267
Cesárea	0,152	0,557	0,250-1,241
IDATE-T	p-valor	OR	IC95%
Idade materna	0314	1,259	0,804-1,973
Até 9 anos de estudo	0,418	1,510	0,557-4,097
Família nuclear	0,402	1,203	0,780-1,856
Primípara	0,168	0,491	0,178-1,350
Classe C, D e E	**0,009**	1,821	1,160-2,858
EPDS	p-valor	OR	IC95%

Família nuclear	0,079	1,634	0,945-2,826
Classe C, D e E	0,996	449,470	0,000
Gravidez não planejada	**0,005**	8,625	1,920-38,746
Cesárea	0,996	0,000	0,046

Teste regressão logística ($p < 0,05$)

4. DISCUSSÃO

Este estudo contou com uma amostra de 353 mães aos três meses do pós-parto. A análise dos dados sobre quantidade de indicadores nesse estudo revelou que pouco mais da metade da amostra apresentou pelo menos indicador de rico clínico, um dado importante que evoca duas questões, a primeira de que essa triagem pode ter produzido um excesso de diagnóstico, considerando que gravidez e do pós-parto são períodos de transição seria normal percepções de maior estresse e sofrimento emocional. Uma tendência tem sido "medicalizar" a experiência de ser mulher (LOBEL; IBRAHIN, 2018), E, a segunda, mesmo que esses comportamentos sejam subclínicos há uma alteração que pode reduzir o bem-estar das mulheres. Neste caso uma avaliação com critérios mais específicos ou a possibilidade intervenções comportamentais poderiam ser bem-vindas, independente de diagnóstico.

Em relação ao estresse materno 16,43% das mulheres foi identificada pelo PSS e 18,13% atingiram critério clínico no PSI. Para o estresse percebido não foi identificado nenhum estudo com a escala nesta população. Entretanto, o índice foi próximo do obtido na escala de estresse parental. Andersson e Hildingsson (2015) e Rodrigues e Schiavo (2011) discutiram que os dados sobre incidência de estresse no puerpério são pouco explorados e, ainda, inconsistentes. No caso

brasileiro, as pesquisadoras identificaram índice clínico em 37% numa amostra de mães, um dado superior ao identificado na amostra deste estudo.

Mães com estresse na PSS tinham mais bebês nascidos de cesárea e menor escolaridade e para o estresse parental (PSI) elas tinham mais anos de estudos. Além disso, essas mulheres tinham mais filhos do sexo masculino. Em ambas as escalas elas pertenciam a outras configurações familiares, tinham um filho, menos condição socioeconômica e não planejaram a gestação em maior frequência. Entretanto, na análise de regressão essas escalas não foram associadas com preditores sociodemográficos e de nascimento. A maior escolaridade foi identificada no estudo de Andersson e Hildingsson (2015) associada a maiores níveis de estresse parental, mesma medida avaliada pelo PSI para essa situação específica de interação com o bebê. Ter apenas um filho apareceu contrariando o estudo citado, em que ter mais filhos foi associado a maiores índices de estresse assim como no de Pais e Pai (2018) que também avaliaram que o estresse de gestantes multíparas era maior. Ou seja, mulheres que estão na transição para a maternidade e, que, possivelmente tem mais acesso as fontes de informações, por conta da maior escolaridade, relataram perceber-se mais estressadas. Em relação a menor condição socioeconômica, este também foi o dado identificado no estudo de Silva *et al.*, (2019). As variáveis sexo do bebê, configuração familiar também foram analisadas por Andersson e Hildingsson (2015). Contudo, não foram variáveis significativas para os autores.

Os estudos de revisão indicaram o uso do IDATE para aviação de mulheres no pós-parto (DONELLI; CHEMELLO; LEVANDOWSKI, 2017), e este foi o instrumento com maior frequência de critério clínico desta amostra. Na revisão sistemática de Dennis, Falah-Hassani e Shiri (2017) o índice de prevalência para ansiedade no pós-parto em países subdesenvolvidos foi de 25,9%, abaixo do que a identificada na população deste estudo (IDATE-T:41,35; IDATE-E:45,89). Na revisão de Field (2018), a autora identificou estudos que variaram de 13 a 40%. Neste caso, discute-se que a metodologia de aplicação da escala pode ser um fator importante para a

amplitude. Estudos em que os pesquisadores entrevistaram as mulheres tiveram maior score, o que leva à hipótese de que, na interação seja mais difícil esquivas dos comportamentos, comparado à situação de auto aplicação.

A dimensão Estado teve maior frequência e pode ser reflexo da condição do pós-parto e cuidados com o bebê, fato que vai ao encontro dos achados da revisão, que considera a ansiedade um problema comum entre mulheres grávidas e puérperas em todo o mundo, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, com taxas significativamente mais altas nessa população do que na população adulta em geral. (DENNIS; FALAH-HASSANI; SHIRI, 2017) Mesmo com os comportamentos ansiosos aumentados nesse período, os achados dessa pesquisa indicaram que estão mais ansiosas que a média. As participantes desta pesquisa fazem parte de uma amostra de conveniência e todas frequentavam projetos com foco no desenvolvimento infantil, um compromisso que exige um custo de resposta alto para esse momento. Respostas de ansiedade estão relacionadas a comportamentos evitação de potenciais aversivos (ZAMIGNANI; BANACO, 2005); neste caso, evitar ou antecipar a possibilidade de prejuízos em relação ao desenvolvimento do seu bebê pode levar as mães a aderirem o serviço.

Para as mães ansiosas, a menor escolaridade, condição socioeconômica, ser primípara e o parto cesárea concentraram a maior frequência de mulheres em ambas as dimensões do IDATE. Os dados confirmam os achados de Field (2018). Todavia, os dados deste estudo mostraram também que pertencer a famílias não nucleares e não planejar a gestação concentraram mães com mais ansiedade, mas não há achados sobre isso na literatura. O diagnóstico clínico para ansiedade Estado contou com mais mães de meninas e, para ansiedade Traço, mães com maior escolaridade. O resultado da análise de regressão identificou associações entre ter mais de um bebê para ansiedade Estado, dado que contraria o estudo de Dennis *et al*. (2016). Todavia, ter menor condição socioeconômica como fatores de risco para ansiedade traço confirma o dado encontrado no estudo

de revisão de Donelli, Chemello e Levandowski (2017) que também encontrou que a baixa condição socioeconômica também foi considerada fator de risco.

No caso deste estudo há possibilidade de a variável que motivou as mães a frequentarem projetos para avaliação e/ou intervenção no desenvolvimento dos seus bebês poder ser um nível maior de preocupação em relação aos filhos; esse cuidado pode ser expresso em diferentes topografias, algumas típicas de respostas ansiosas, o que explicaria o alto índice na amostra. No estudo sobre a influência do estresse e ansiedade no pós-parto para o desenvolvimento infantil de Pereira *et.al* (201), identificou-se que filhos de mães ansiosas tiveram melhor desempenho em linguagem e desenvolvimento motor. De qualquer maneira, a longo prazo há fatores negativos da ansiedade elevada e pervasiva para o bem-estar da mulher e desenvolvimento do bebê (FIELD, 2018, IRURITA-BALLESTEROS *et al*., 2020). Os resultados apontam para a importância de existirem serviços de qualidade para mulheres nesse período. Esses atendimentos podem servir como uma importante rede de apoio, pois conforme as dúvidas, preocupações e evitações identificadas, há a possibilidade de oferecer informações e apoio por profissionais especializados, o que pode diminuir as preocupações, e estes também podem avaliar qualitativamente essas respostas de ansiedade e realizar encaminhamentos.

Outro fator importante é a comorbidade entre ansiedade e depressão, destaque em estudos, como no de Farr *et al.* (2014). Neste os pesquisadores identificaram que um terço das mulheres com índice clínico para ansiedade também relatavam comportamentos depressivos. Investigar a ansiedade numa triagem pós-parto pode ser importante, pois pode-se considerar a ansiedade como um preditor da depressão, e ao identificar essas mulheres, pode facilitar o tratamento.

A porcentagem de mulheres com sintomas para depressão pós-parto na EPDS foi de 31,71, aproximadamente 12% acima do que os encontrados em estudos de revisão para países em desenvolvimento (MATTHEY *et al*., 2013); entretanto, está próximo do que foi identificado em estudos nacionais mais recentes (THEME FILHA et al., 2016). A escolha pelo ponto de corte

reduzido pode estar relacionada com a maior frequência; entretanto, esta é uma recomendação para programas de rastreamento (COX, 2019).

As mulheres deprimidas também pertenciam a outras dinâmicas familiares que não a nuclear, eram de menor classe socioeconômica e fizeram cesárea, confirmando os achados de Theme Filha (2016) e Arrais e Araújo (2017). Entretanto, a única variável que se associou à EPDS foi a gestação não planejada, com maior razão de chances do estudo (OR: 8,625), dado não identificado na revisão citada, mas avaliada por um estudo mais recente de Abajor *et al. (*2016). Nesta meta-análise, planejar a gravidez foi fator de proteção, e o não planejamento, risco para depressão. Os comportamentos em relação aos cuidados com o bebê envolvem uma série de aprendizagens e não há resposta inata para esse contexto. O fato de planejar a gestação não previne as dificuldades em relação à tarefa, entretanto pode diminuí-las ao passo que a mulher e seu entorno podem ter mais tempo para adaptação e planejamento para a tarefa. Intervenções de planejamento familiar podem ser uma prática importante e recomendada como alternativa (ABAJOR et.al, 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados do presente estudo, conclui-se que os índices de estresse, ansiedade e depressão apresentados pela amostra encontram-se acima dos descritos na literatura. Entretanto discussões metodológicas sobre o procedimento de aplicação e critério de correção das escalas podem estar relacionadas. A investigação da condição da saúde emocional materna de bebês foi feita com base em escalas e não critérios clínicos como indicados nos manuais psiquiátricos como o CID 10 (1993) e DSM V (APA, 2013). Neste caso, os resultados devem ser interpretados a partir da possibilidade de rastrear uma população em risco para as alterações de saúdem emocional e não como quadros clínicos de diagnósticos. Optar por utilizar essas escalas é uma alternativa importante para um contexto de saúde pública. De maneira geral, os profissionais de saúde não-

médicos são os que passam mais tempo em contato com essas mulheres, e a opção do uso dessas escalas de rastreio pode aumentar significativamente as chances de um diagnóstico precoce e encaminhamento para avaliação e tratamento adequado (MEIRA *et al.*, 2015).

A quantidade de indicadores clínicos apresentada pelas mães desta amostra indicou uma alta frequência para os constructos avaliados, apontando para a importância de analisar qualitativamente esses comportamentos relatados, visto que essas mães frequentavam serviços de atendimento ao bebê, puderam ser acolhidas e encaminhadas para algum tipo de atendimento psicológico. Quanto ao resultado da regressão, estudos que investigaram variáveis sociodemográficas são bastante discrepantes. O fato de o dado sobre o não planejamento da gravidez estar associado a índices de depressão pós-parto é importante para pensar políticas públicas de planejamento familiar, que não fazem parte da cultura do nosso país.

6. REFERÊNCIAS

ABIDIN, R. R. Parenting stress index . Lutz, FL: Psychological Assessment Resources. 1995.

American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, reaffirmed, 2015. Retrieved from https://www.guideline.gov/summaries/summary/24158/practiceguidelinefor-the-treatment-of-patients-with-major-depressive-disorder-thirdedition?q=apa+depression

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **Artmed Editora**, 2014.

AMMANITI, M.; GALLESE, V. The birth of intersubjectivity: Psychodynamics, neurobiology, and the self. **WW Norton & Company**, 2014.

ANDERSSON, E.; HILDINGSSON, I. Mother's postnatal stress: an investigation of links to various factors during pregnancy and post-partum. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 30(4), 782–789, 2015.

ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. Psicologia, **Saúde & Doenças**, 18.3: 828-845, 2017.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil, 2015.

BAYLEY, Nancy. Bayley scales of infant and toddler development. **PsychCorp**, Pearson, 2006.

BIAGGIO, A. M.; NATALICIO, L.; SPIELBERGER, C. D. The development and validation of an experimental Portuguese form of the StateTrait Anxiety Inventory. In: Spielberger CD, Dias-Guerrero R, editors. Cross-cultural research on anxiety. Washington, D.C.: **Hemisphere/Wiley**; p. 29---40. 24, 1976.

BIGLAN, Anthony. The nurture effect: How the science of human behavior can improve our lives and our world**. New Harbinger Publications**, 2015.

BRUMMELTE, S.; GALEA, L. A. M. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. **Hormones and behavior**, 77: 153-166, 2016.

CALVETTI, P. U. Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids. Psicologia: **Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, 2017.

CAUMO, W.; CALVETTI, P. Ü.; HENRIQUES, A. A. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). In C. Gorenstein, Y. P. Wang, & I. Hungerbühler (Eds.), **Instrumentos de avaliação em saúde mental,** (pp. 156–159). Porto Alegre: Artmed, 2016.

COHEN, L. S.; WANG, B.; NONACS, R.; VIGUERA, A. C.; LEMON, E. L.; FREEMAN, M. P. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. **Psychiatric Clinics**, 33.2: 273-293, 2010.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of health and social behavior**, p. 385-396, 1983.

COUTO, A. G; DITTRICH, A. Feminismo e análise do comportamento: caminhos para o diálogo. **Perspectivas em análise do comportamento**, 2017, 8.2: 147-158.

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.

COX, J. Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. **The British Journal of Psychiatry**, 214.3: 127-129, 2019.

CULHANE, J. F.; RAUH, V.; MCCOLLUM, K. F.; HOGAN, V. K.; AGNEW, K.; WADHWA, P. D. Maternal stress is associated with bacterial vaginosis in human pregnancy. **Maternal and Child Health Journal** v. 5 n. 2, p. 127–134, 2001.

CUNHA, K. C.; PONTES, F. A. R.; SILVA, S. S. C. Pais de Crianças com Paralisia Cerebral Pouco Estressados. **Rev. bras. educ. especial**, 23.1: 111-126, 2017

DENNIS, C.; FALAH-HASSANI, K.; SHIRI, R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, v. 210, n. 5, p. 315-323, 2017.

DIB, E. P.; PADOVANI, F. H. P.; PEROSA, G. B. Mother-child interaction: implications of chronic maternal anxiety and depression. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 32.1: 10, 2019.

DONELLI, T. M. S; CHEMELLO, M. R.; LEVANDOWSKI, D.C. Ansiedade materna e maternidade: **Revisão crítica da literatura. Interação em Psicologia**, 21.1, 2017.

EARLS, M. F; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. **Pediatrics**, 126.5: 1032-1039, 2010.

FAISAL-CURY; MENEZES, P.R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 28.3: 171-178, 2006

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, A.; PEREIRA, M. E. Medidas do estresse: uma revisão narrativa. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 14, n. 1, p. 101-124, 2013.

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

FIELD, T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. **Infant Behavior and Development**, 51: 24-32, 2018

FIGUEIRA, P.; CORRÊA, H.; MALLOY-DINIZ, L.; ROMANO-SILVA, M. A. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 79-84, 2009.

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R.; ALVES, A. P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 12.3: 16, 2017.

FREITAS, M. E. S.; SILVA, F. P.; BARBOSA, L. R.. Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, 14.48: 94-98, 2016.

GARG, A.; CHREN, M. M, SANDS, L. P.; MATSUI, M. S.; MARENUS, K. D.; FEINGOLD, K. R.; ELIAS, P. M. Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis: implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. **Archives of Dermatology** v. 137 n. 1 p. 53–59, 2001.

GUÉRIN, B. How to rethink human behavior: A practical guide to social contextual analysis. **Routledge**, 2016.

HOLZEL BK, CARMODY J, EVANS KC, HOGE EA, DUSEK JA, MORGAN L, PITMAN RK, LAZAR SW. Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. Social Cognitive & Affective Neuroscience v. 5 n. 1 p. 11–17, 2010.

HOWARD, L. M.; MEGNIN-VIGGARS, O.; SYMINGTON, I.; PILLING, S. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. **Bmj**, v. 349, p. g7394, 2014.

IRURITA-BALLESTEROS, C.; FALCÃO, D. V. S., ROCINHOLI, L. F.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Saúde mental e apoio social materno: influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos. **Contextos Clínicos**, 12.2: 451-475, 2019.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. **Springer publishing company**, 1984.

LEE, K. H., L, LEE, K. H., LEE, Y. S., KO, M. S., KIM, H. J., PARK, N. J., PARK, Y. J.. Maternity & women's health nursing. **Seoul: Hyunmoon Publisher**, 2010.

LIMA, G. F.; BIANCHI, E. R. F. Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 210-218, 2010.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 11.4: 369-379, 2011.

LOBEL, M.; M. IBRAHIM, S. Emotions and mental health during pregnancy and postpartum. **Women's Reproductive Health**, 5.1: 13-19 (2018)

LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. D. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 606-615, 2007.

MATTHEY, S.; FISHER, J.; ROWE, H. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: conceptual and methodological considerations. **Journal of Affective Disorders**, 146.2: 224-230, 2013.

MCALONAN, G. M.; LEE, A. M.; CHEUNG, V.; CHEUNG, C.; TSANG, K. W. T.; SHAM, P. C.; CHUA, S. E.; JOSEPHINE, G. W. S. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. **The Canadian Journal of Psychiatry** v. 52 n. 4 p. 241–247, 2007.

O'CONNOR, E.; ROSSOM, R. C.; HENNINGER, M.; GROOM, H. C.; BURDA, B. U. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. **Jama**, v. 315, n. 4, p. 388-

O'HARA M. W.; WISNER K. L. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. **Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology** 28, 3–12, 2013.

PAIS, M.; PAI, M. V. Stress among pregnant women: a systematic review. **J Clin Diagn Res**, 12.5: LE01-LE04, 2018.

PEREIRA, L. M.; SILVEIRA VIERA, C.; TOSO, B. R. G. O.; CARVALHO, A. R. S.; BUGS, B. M. Validação da escala Índice de Estresse Parental para o português do Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, 2016.

POWELL, D. N.; KARRAKER, K.. Expectations, experiences, and desires: Mothers' perceptions of the division of caregiving and their postnatal adaptation. **Journal of Family Psychology**, 33.4: 401, 2019.

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

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

RODRIGUES, O. M. P..R..; SCHIAVO, A. Stress in pregnancy and puerperium: a correlation with postpartum depression. **Revista brasileira de ginecologia e obstetricia: revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia**, 33.9: 252-257, 2011.

SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B. C.; BARROS, A. J.; BOTELHO, I. P.; LAPOLLI, C.; BARROS, F. C. 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.

SCHIAVO, R. A.; RODRIGUES, O. M. P.R.; PEROSA, G. B. Variables associated with gestational anxiety in primigravidas and multigravidas. **Temas em Psicologia**, 26.4: 2091-2104, 2018.

SCHMIDT, B.;VARGAS, V. D.; PICCININI, C. A.; FRIZZO, G. B.. Coparentalidade no contexto de depressão pós-parto: um estudo qualitativo. **PsicoUSF**. Bragança Paulista, SP. Vol. 24, n. 1, p. 403-430., 2019.

SESKEVICH, J. E.; PIEPER, C. F. Brief meditation training can improve perceived stress and negative mood. **Alternative Therapies in Health and Medicine.** v. 13 n. 1 p. 38–44, 2007.

SILVA, I. C. P.; Cunha, K. D. C., Ramos, E. M. L. S., Pontes, F. A. R., Silva, S. S. D. C. Parental stress in poor families. **Psicologia em Estudo**, 24, 2019.

SKINNER, B. F. Seleção por conseqüências. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 2007, 9.1: 129-137.

SPIELBERGER, C. D..; BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. Inventário de ansiedade traço estado: manual de psicologia aplicada. 1979.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L. State-trait anxiety inventory for adults: sampler set: manual, test, scoring key. Mind Garden, 1983.

STEEN, M.; FRANCISCO, A. A. Bem-estar e saúde mental materna. **Acta Paulista de Enfermagem**, 32.4: III-IVI, 2019.

STEIN, A.; PEARSON, R. M.; GOODMAN, S. H.; RAPA, E.; RAHMAN, A.; MCCALLUM, M.; PARIANTE, C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. **The Lancet**, v. 384, n. 9956, p. 1800-1819, 2014.

SWAMI, V., BARRON, D., SMITH, L., FURNHAM. Mental health literacy of maternal and paternal postnatal (postpartum) depression in British adults. **Journal of Mental Health,** 1-8, 2019.

TAMBELLI, R.; VISMARA, L.; ODORISIO, F.; FIGUEREIDO, B. Understanding the impact of paternal depressive and anxiety symptomatology on infant-parent relationship: a study on parental representations and caregiver-child interaction. **Infant Ment. Health** 35, 34–35, 2014.

TAYLOR-PILIAE, R. E.; HASKELL, W. L.; WATERS, C. M.; FROELICHER, E. S. Change in perceived psychosocial status following a 12-week Tai Chi exercise program. **Journal of Advanced Nursing** v. 54 n. 3 p. 313–329, 2006.

THEME-FILHA, M. M.; BALDISSEROTTO, M. L.; FRAGA, A. C. S. A.; AYERS, S.; GAMA, S. G. N.; CARMO LEAL, M. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. **Reproductive health**, 13.3: 118, 2016.

WALKER, L. O.; MURPHEY, C. L.; NICHOLS, F. The broken thread of health promotion and disease prevention for women during the postpartum period. 2015.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 7.1: 77-92, 2005.

ESTUDO 2: Elaboração e implementação de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos emocionais

A Organização Mundial da Saúde prevê que, atualmente, em todo mundo, uma em cada quatro pessoas irá passar por uma condição desfavorável com alteração de saúde emocional ao longo da vida e, entre as alterações, está a presença de estresse, ansiedade e depressão (OMS, 2017). Steel *et al.,* (2014), em um artigo de revisão sistemática e meta-análise sobre a prevalência global de transtornos mentais, indicaram que 29% da amostra experimentou um quadro de alteração emocional ao longo da vida. Há uma distinção em relação à prevalência dessas desordens na população considerando as variáveis gênero e classe social. Os achados apontaram para maior prevalência em mulheres, em desempregados ou trabalhadores informais e, também, associada a menor renda e escolaridade.

Silva e Laurenti (2017) teorizaram sobre o conceito de feminino sob a ótica do modelo de seleção pelas consequências, na contramão de um viés essencialista, considerando a singularidade

como fruto da combinação das diferentes dimensões em uma história de vida. Considera-se, então, que há diferentes topografias e funções de feminino dentro desta classe. Ruiz (2003) discute que, historicamente, práticas culturais de homens e mulheres são relacionadas a contextos e sob contingências distintas. Observa-se que, mesmo após todas as mudanças advindas após os movimentos feministas, ainda se tem uma cultura em que há um desequilíbrio de poder e as mulheres têm menos recursos.

O período da gestação envolve importantes tarefas desenvolvimentais que acompanharão a mãe e sua família ao longo do pós-parto, um momento crítico que está relacionado com o aumento do nível de estresse para ambos (HOWARD *et al.*, 2014). Neste período de vulnerabilidade, em decorrência do aumento de situações estressoras, experienciar algum grau de preocupação é esperado (HENDERSON; REDSHAW, 2013). A gravidez e a chegada de um novo bebê indicam um momento de mudança sem precedentes e de expectativas para o futuro. Para muitas mulheres, é um momento desafiador e, para algumas mães, este período pode ter interferências decorrentes de alterações de humor, agravadas pelo estigma relacionado à saúde mental (NAGLE; FARRELLY, 2018). É neste momento que emergem valores e crenças a respeito do que são comportamentos adequados para o papel de mãe.

Há evidências de que o comportamento dos bebês é afetado pelo comportamento materno e, no período logo após o nascimento há maior risco de dificuldades de apego, na qualidade da interação e possíveis atrasos no desenvolvimento infantil (CAMPOS, 2016; CAMPOS; RODRIGUES, 2016; PRENOVEAU *et al.*, 2017; LIU *et al*, 2017). Além disso, as consequências para a saúde da mulher incluem o aumento em duas vezes da probabilidade de, após um episódio depressivo no pós-parto não tratado, as chances de experienciar o transtorno nos próximos cinco anos (TARRICONE; RIECHER-RÖSSLER, 2019). Também a mortalidade materna neste período pode ser mais elevada, por conta das taxas de suicídio em decorrência dos quadros agravados (KNIGHT *et al.*, 2015).

Os estudos sobre as alterações emocionais decorrente do pós-parto, desde a epidemiologia, tratamento e seus efeito sobre mãe e criança são crescentes em todo o mundo (HOWARD *et al.*, 2014; STEIN; PEARSON; GOODMAN, 2014; O´HARA; MCCABE, 2013). Os tratamentos psicológicos e farmacológicos foram os que se demonstraram mais eficazes (HOWARD, 2014); entretanto, ainda há pouca evidência sobre qual intervenção é indicada para esse tipo de condição de alteração da emoção no pós-parto. Os dados de revisão indicaram que todas as intervenções, quando comparadas com os cuidados habituais oferecidos, foram superiores para reduzir os índices de depressão (O´CONNOR, 2016), além disso, em grande parte, estão centrados na depressão pós-parto.

A revisão de Donelli, Oliveira e Reuse (2019) identificou 78 estudos sobre psicoterapia para pais de bebês. Como resultado, o tipo de intervenção mais frequente nos estudos foi a psicoterapia breve para pais de bebês realizada em grupo. Os autores apontaram que a psicoterapia breve é uma boa alternativa levando em conta o momento de intensas tarefas e mudanças e, também, é uma boa escolha metodológica, levando em conta a coleta e análise dos dados do processo.

No relatório de evidências e revisão sistemática para a US Preventive Services Task Force (USPSTF), de O'Connor *et al.* (2016), os resultados indicaram a redução nos índices depressão no pós-parto de mulheres que participaram de avaliações envolvendo apenas o rastreamento por meio de escalas, mesmo sem um módulo de intervenção. Entretanto, os dados mais significativos apontaram para o efeito da redução das percepção dos comportamentos clíbnicos emocionais após intervenção. As intervenções psicológicas que têm evidência para serem usadas para tratar a depressão pós-parto de acordo com o estudo são a terapia cognitivo-comportamental e abordagens comportamentais.

Quanto ao delineamento dos estudos a maioria das pesquisas tem uma abordagem quantitativa para descrição dos resultados das intervenções, com foco nas evidências. Entretanto,

alguns estudos qualitativos ofereceram dados sobre o comportamento verbal dessas mulheres nos eixos sobre parentalidade, conjugalidade e percepções das intervenções com base nas abordagens psicodinâmicas ou sistêmica. (FRIZZO *et al.,* 2011; SILVA; PRADO; PICCININI, 2013; SCHAEFER; DONELLI, 2017; BRUM; GOMES; PICCININI, 2018)

Os resultados do estudo de Brun, Gomes e Piccinini (2018) sobre os efeitos da psicoterapia pais-bebê foi realizado com base em de dois relatos. O processo terapêutico foi analisado a partir das seguintes categorias de verbalizações da terapeuta: para obter informações; para informar o paciente; de apoio; de encenação e interpretação transgeracional e, enquanto resultados os autores indicam que essas categorias servem como um bom método para avaliar as intervenções na abordagem proposta.

Para Schafer e Donelli (2017), no estudo sobre a percepção materna a respeito de intervenção com bebês prematuros, a análise gerou as seguintes categorias: ambiente das intervenções; período inicial e período final de observação e interação mãe-bebê; comunicação entre mãe e pesquisadora e percepções maternas sobre a intervenção. A partir delas foram identificadas mudanças na capacidade de expressão de emoções e afeto materna e sua sensibilidade quanto às necessidades do bebê.

Silva, Prado e Piccinini (2013) investigaram sobre a importância da participação paterna na psicoterapia breve pais-bebê no contexto de depressão pós-parto materna. Os resultados indicaram que a presença deste nas sessões viabilizou identificar as dificuldades da tríade com maior clareza, e também trabalhar aspectos relativos a função paterna e divisões de tarefas.

Frizzo *et al.* (2011) também realizou uma pesquisa a partir do relato de dois casos clínicos de mulheres deprimidas. O objetivo do estudo foi identificar os relatos a partir de um modelo relacional da depressão com o conceito sistêmico de "honorável fachada" nas questões de parentalidade e conjugalidade. Os autores identificaram relatos sobre dificuldade de relação da

mãe deprimida com a família de origem, cuidado com os filhos e a parentalização, a escolha do cônjuge, a comunicação conjugal e conflitos conjugais.

Pensar o fenômeno das emoções no pós-parto sob a ótica da Análise do Comportamento implica em analisar os efeitos emocionais tidos como típicos sob o ponto de vista dos três níveis de seleção (filogenético, ontogenético e cultural) (SKINNER,1953/2003). Os estudos indicaram que os processos ou fenômenos comportamentais mais amplos envolvidos nos episódios depressivos são desencadeados por exposições pervasivas a alguns esquemas de reforçamento aversivo, como: a extinção e a coerção; o desamparo aprendido e, os efeitos do estresse moderado crônico (FERSTER, 1973, SIDMAN, 1989/1995).

Há intervenções importantes na clínica comportamental usadas nos tratamentos do estresse, ansiedade e depressão. Sabe-se que, para o fenômeno do estresse, o ensino de estratégias de *coping* é a intervenção que obtém melhores resultados, ou seja, instala-se um repertório comportamental alternativo de habilidades para lidar com situações aversivas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). A modalidade terapêutica que tem apresentado resultados quanto à intervenção em casos de ansiedade é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Esta objetiva promover a aceitação de eventos privados, reduzindo respostas de fuga e esquiva na presença de pensamentos, sentimentos, sensações corporais e lembranças, bem como o compromisso com ações relacionadas aos valores do indivíduo (BIGLAN; HAYES; PISTORELLO, 2008). Para a depressão, a Ativação Comportamental é uma modalidade terapêutica que tem como objetivo estratégias de resolução de problemas, aumentando o repertório comportamental do cliente para contingências de reforçamento positivo (CARVALHO; HOKPO, 2011).

O objetivo central de um trabalho psicoterapêutico é oferecer contribuições e possibilidades de reflexões para diferentes demandas de um cliente, tais como: autoconhecimento, lidar com questões que não consegue sozinho e, dentre elas, enquadram-se as demandas relacionadas aos transtornos psiquiátricos (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010). A oferta

de intervenções com o objetivo de promover qualidade de vida para mulheres no pós-parto pressupõe um compromisso social importante perante os estigmas que o papel materno traz consigo. Tornar-se mãe e a maternagem são processos comportamentais que envolvem diferentes momentos e experiências do indivíduo: história e relação com modelos parentais, padrões culturais, apoio social e o acesso às informações sobre desenvolvimento infantil, por exemplo. Assim, não é simplesmente o parentesco biológico que determina o comportamento materno tido como ideal (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

A aprendizagem e possibilidades de produção de novas respostas são diversas, reconhecidas e estudas pela Análise do Comportamento (BANDINI; DE ROSE, 2006). A inclusão de elementos sociais e culturais em uma análise, especialmente quando há questões de desigualdade de gênero no trabalho clínico, faz-se essencial considerando o contexto de invalidação. Desta forma, uma abordagem pragmática, mas com posicionamento político, encontra respaldo nas novas pesquisas em Clínica Comportamental (DUARTE-FIDELES; VANDENBERGHE, 2014).

Hopko, Robertson e Lejuez (2006) afirmaram que a aliança terapêutica tem se mostrado como um preditor de sucesso nos tratamentos e um mecanismo de mudança em psicoterapia. Dentre as psicoterapias analítico-comportamentais contemporâneas que se utilizam da aliança terapêutica em suas estratégias podem ser citadas: a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) (KOHLENBERG; TSAI, 2001), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999) e a Terapia Comportamental Dialética (DBT) (LINEHAN, 1993). Freitas (2011) apontou que essas psicoterapias propõem que intervenções com foco na relação terapêutica podem gerar o restabelecimento de relações de intimidade, confiança, entre outras, favorecendo modificação dos repertórios sociais restritos.

As modalidades de atendimento clínico estão divididas em terapia individual e intervenções em grupos com especificidades (DELITTI; DERDYK, 2008). Segundo as autoras,

em uma abordagem comportamental, a relação terapêutica é entendida como o mecanismo para a modificação do comportamento do cliente, e um grupo pode ampliar as possibilidades de os clientes se engajarem em mudanças, pois há mais de um indivíduo que pode se comportar na relação com o cliente, responder de forma condizente aos seus sentimentos e prover apoio social, ou seja, outros modelos e reforçamento social imediato para as mudanças. Para isso, é importante que o terapeuta, tanto no trabalho individual quanto em grupo, mantenha o foco da terapia no aqui/agora, podendo relacionar problemas relatados pelo cliente, de fora da sessão, com os problemas ocorridos dentro da sessão, na relação terapêutica (CALLAGHAN; NAUGLE; FOLLETTE, 1996).

A maternidade é um papel social e as regras e expectativas sociais relacionadas a esse papel evitam que se discutam aspectos importantes de saúde, cuidado e acolhimento, impedem a formação de uma rede de apoio entre mães, geram silenciamento numa fase cheia de medos, incertezas e mudanças (TARRICONE; RIECHER-RÖSSLER, 2019; BORSA; NUNES, 2017). Desta forma, pensar em um grupo de intervenção com essa população pode ampliar o repertório comportamental de mães, influenciando nas práticas de mudança e, também, na aceitação de questões relacionadas ao papel materno.

1. OBJETIVOS

Tem-se por *objetivo geral* do presente estudo elaborar, implementar e avaliar um procedimento de intervenção em grupo para mulheres com indicadores clínicos emocionais no pós-parto, pautado na terapia analítico-comportamental. São *objetivos específicos*: a) descrever o processo de elaboração e implementação de uma intervenção terapêutica utilizada; b) descrever as ações cotidianas terapêuticas das mulheres, a partir de seus relatos, relacionados aos conteúdos discutidos no grupo e, c) descrever a avaliação das participantes sobre o procedimento utilizado.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo realizado com mães que apresentaram pelo menos um indicador clínico emocional e, por isso, passaram por um grupo de intervenção terapêutica.

2.1. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa faz parte dos projetos "Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil" (aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru, Processo nº 11187/46/01/2012 - Anexo 1) e "Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães" (aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru, Processo nº 2.088.004 - Anexo 2). Ambos atendem todas às normas previstas na Resolução Nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Comprometeu-se e realizou-se a aplicação dos instrumentos para o grupo de intervenção em datas e horários apropriados para os participantes e para a instituição. Para a realização deste estudo, as mães já participantes do projeto foram contatadas via telefone e todas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), o qual explicita os objetivos do estudo, além de resguardar os direitos das participantes quanto ao sigilo das suas informações pessoais, enfatizando a participação voluntária no estudo e a possibilidade de desistência do mesmo a qualquer momento. 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 serviços de Psicologia da UNESP ou da rede pública da cidade.

6.1.Caracterização da situação de estudo

Esta pesquisa obteve os dados provenientes de avaliações da saúde emocional das participantes nos dois projetos de pesquisa "Variáveis maternas e do bebê: correlação entre

interação e desenvolvimento infantil" e "Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães", realizadas aos três e aos nove meses do bebê. Aproveitando a presença delas nos locais dos referidos projetos para atendimento aos seus bebês, optou-se por realizar este estudo nas duas instituições de Bauru, uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo: o Centro de Psicologia Aplicada (CPA), da Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, um núcleo de ensino e pesquisa onde funciona o projeto de extensão: "Avaliação e orientação aos pais: desenvolvimento de bebês" e, a Associação Sorri-Bauru, uma instituição com serviços especializados, em que é realizado atendimento via projeto "Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães" do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ambos os projetos recebem bebês entre três até 12 meses de idade juntamente com suas mães ou cuidadores e, têm, como objetivo, monitorar o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, orientando os pais sobre o desenvolvimento de seus bebês, pretendendo prevenir atrasos que poderiam resultar em repertório comportamental defasado em idades futuras. Os pais, por ocasião do nascimento do bebê, na Maternidade Santa Isabel, de Bauru/SP e/ou cadastrado no Banco de Leite Humano, são convidados a participar dos referidos projetos. O aceite acontece após convite telefônico ou por meio de mensagem de texto e aceite, resultando no agendamento do primeiro encontro. As mães são recebidas nesse atendimento por uma equipe de profissionais da saúde (incluindo pelo menos uma psicóloga) e recebem as informações sobre as atividades contidas nos projetos: avaliação do seu bebê no primeiro ano de vida por meio da Escalas de desenvolvimento Infantil Bayley-III (Bayley, 2006). Após a avaliação, se necessário, os bebês e suas mães participam de intervenções com foco no desenvolvimento do bebê. Todas as mães que participam deste primeiro atendimento no mesmo dia são convidadas a preencher uma avaliação da saúde emocional e, na consulta seguinte recebem a devolutiva oferecida pela psicóloga, caso

apresentem pelo menos um indicador clínico emocional, são convidadas a participarem da intervenção proposta neste estudo.

2.2. Participantes

Participaram desse estudo uma amostra de conveniência de 49 mulheres. Todas atendiam ao critério de inclusão que era apresentar nível clínico de risco em pelo menos uma dimensão dos instrumentos utilizados: Escala de Estresse Percebido (PSS-10), Índice de Stress Parental (PSI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Foram excluídas da amostra as mães: 1) que naquele momento recebiam outro acompanhamento psicoterápico e, 2) tinham diagnóstico de transtornos psicóticos.

No total foram convidadas 147 mães que, após submetidas a avaliação de saúde emocional, apresentaram pelo menos um indicador clínico nas dimensões avaliadas. Delas, 35 enquadravam-se nos critérios de exclusão ou desistiram de participar dos projetos perdendo o contato com as instituições. Das 112 restantes, 68 participaram da intervenção e compuseram o Grupo Experimental. Na Figura 1 encontram-se, também, a quantidade de mães que participaram em cada etapa. Houve perda de participantes em todas as etapas do processo de reavaliação, para o grupo Experimental foram 63 testadas com os instrumentos de saúde emocional ao término do grupo entretanto, 19 participantes não preencheram alguns dos questionários solicitados (*Questionário de avaliação da sessão anterior* e *Questionário de avaliação das condições da intervenção*) e

foram excluídas desse estudo. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Figura 1).

A Tabela 1 descreve aspectos sociodemográficos das participantes. Observa-se que a faixa etária mais frequente foi de 21 a 30 anos (46,93%), com 12 anos ou mais de escolaridade (61,36%), das classes socioeconômicas B e C (77,54%), de família nuclear (63,26%) e a maioria com um filho (56,82%). Quanto ao tipo de parto prevaleceu a cesárea (75%) e os bebês eram, na maioria, prematuros (63,63%). Das mães, 79,54% não faziam uso de medicamentos psiquiátricos por ocasião do estudo.

Tabela 1: Caracterização e comparação dos dados sociodemográficos e de nascimento da amostra

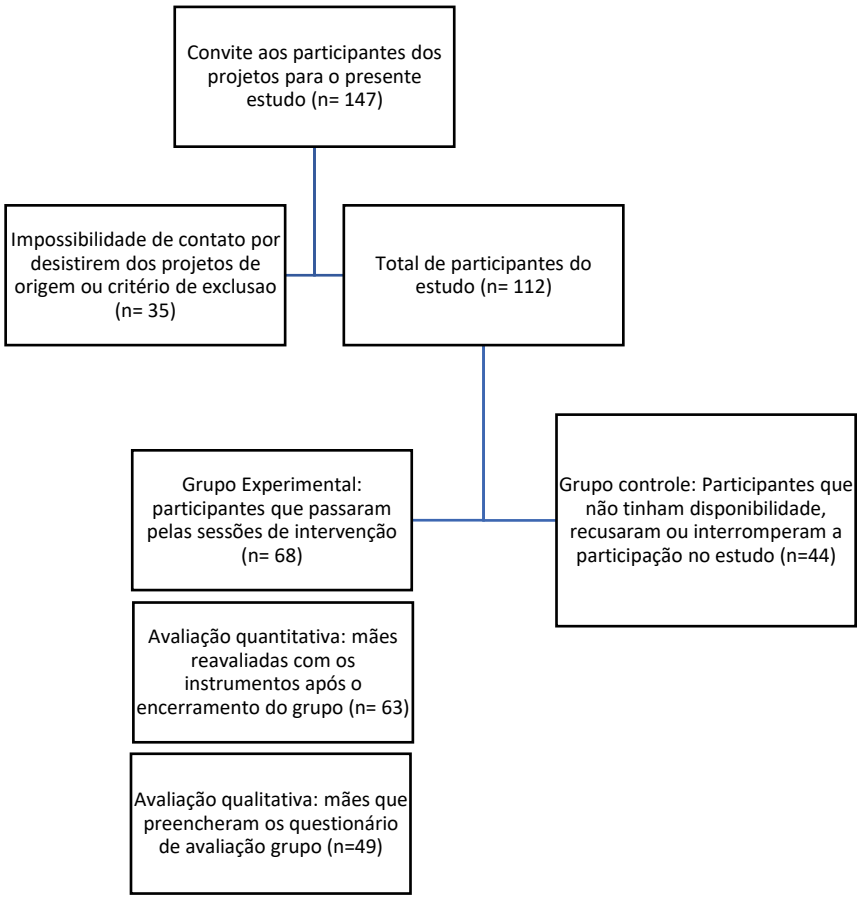


Figura 2: recrutamento e percurso de seleção da amostra.

Variáveis		N	%
Idade Materna	Até 20 anos	14	28,57
	21 a 30 anos	23	46,93
	31 anos ou mais	12	24,48
Escolaridade	Até 8 anos	2	4,54
	9 a 11 anos	15	34,10
	12 anos ou mais	27	61,36
Condição socioeconômica	A	3	6,12
	B	12	24,48
	C	26	53,06
	D/E	8	16,32
Tipo de família	Nuclear	31	63,26
	Não nuclear	18	36,73
Número de filhos	1 filho	28	57,14
	2 filhos	16	32,65
	3 filhos ou mais	5	10,20
Tipo de parto	Natural	13	25,00
	Cesárea	36	75,00
Bebê com condição de risco ao nascer	Prematuro	31	63,63
	Termo	18	36,37
Faz uso de medicamento psiquiátrico	Sim	9	20,46
	Não	35	79,54

A Tabela 2 indica a quantidade de indicadores de alteração emocionais apresentada pela amostra do estudo. Verificou-se que mais da metade das mães se encontrava com um ou dois indicadores (57,14%), seguido do grupo com três ou quatro (26,56%).

Tabela 2: Quantidade de indicadores no pré e pós teste das participantes.

Quantidade de indicadores	N (%)
1 a 2	28 (57,14)
3 a 4	13 (26,53)
5 a 6	6 (12,24)
7 a 8	2 (4,08)

2.3. Instrumentos

2.4.a. Para a coleta de dados sociodemográficos

A Entrevista Inicial, que faz parte do prontuário do bebê no projeto, é composta por perguntas abertas para investigar dados sociodemográficos (configuração familiar, dados sobre moradia, condições de saúde materna antes e após a gestação, condições de parto, internações, doenças etc.) e do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2013).

2.4.b. Para avaliação da saúde emocional

Para a identificação da amostra foram utilizados os instrumentos: A Perceived Stress Scale (PSS-14) (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983) foi traduzida no Brasil como Escala de Estresse Percebido (PSS-10) e validada em três estudos (FARO, 2015; LUFT, *et al.*, 2007; REIS; HINO; AÑES, 2010), o Parenting Stress Index (PSI) (ABIDIN, 1995), o State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger; Gorsuch (1983) traduzida no Brasil como Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) por Biaggio; Natalício (1976) autorizado para aplicação apenas em pesquisas e a *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) de Cox, Holden e Sagovsky (1987) que foi validada para a população brasileira por Santos, Martins e Pasquali (1999) e por Santos *et al.* (2007) com o nome de Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE). Considerando os resultados de cada um dos instrumentos, a presença de pelo menos um indicador clínico, a participante era elegível para o estudo.

2.4.c. Para avaliação dos procedimentos da intervenção

Alguns questionários foram elaborados pela experimentadora para avaliação dos procedimentos da intervenção, a saber: 1) *Questionário de avaliação da sessão anterior* e, *2) Questionário de avaliação das condições 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 (Anexo 3). O *Questionário de avaliação das condições 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 do tratamento; b) entendimento a respeito dos motivos da participação dos objetivos do processo; c) avaliação sobre o local e material e d) relação com as terapeutas. 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 (Anexo 4).

2.4. Procedimento

2.4.1. Estudo Piloto

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética, realizou-se um estudo piloto com três mães. Este teve como objetivo avaliar a viabilidade da quantidade de encontros planejados, o tempo estimado para cada etapa do grupo, adequar os temas, bem como verificar o entendimento dos conteúdos por parte do público-alvo e ajustar os protocolos de avaliação.

Verificou-se a necessidade de reduzir a quantidade de encontros e o tempo de atendimento de cada grupo. Essa decisão foi tomada levando em conta as características da amostra: as participantes, mães de bebês, embora avaliassem a necessidade de atendimento, dispunham de pouco tempo para dedicar aos encontros, pois, o bebê era prioridade tanto para a amamentação quanto para outros cuidados. Além disso, quando compareciam aos encontros, eventualmente não havia a possibilidade de outras pessoas ficarem com seus filhos. Em algumas sessões, alguns profissionais das instituições se voluntariaram a ficar com as crianças na brinquedoteca durante o atendimento.

2.4.2. Procedimento para a coleta de dados

A pesquisadora realizava, então, individualmente o convite para participarem dos grupos, fornecendo informações sobre os objetivos, atividades, riscos e benefícios de sua participação descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em caso de aceite, eram solicitadas informações adicionais sobre as queixas e alguns elementos da história de saúde (ex. consumo de medicação prescrita). Em seguida, eram esclarecidas as condições de contato e de agendamento relativas ao procedimento durante o processo de intervenção.

Nas sessões em grupo programadas, cada participante respondia individualmente no início da sessão ao *Questionário de avaliação da sessão anterior* com duração aproximada de 5 minutos.

Foram formados 17 grupos, com três participantes em média (mínimo: 2; máximo: 5). Os grupos foram submetidos aos mesmos procedimentos de avaliação e de intervenção, porém em momentos distintos durante os meses de novembro de 2016 a novembro de 2019. As avaliações da saúde emocional foram realizadas por psicólogas das instituições e vinculadas aos projetos de origem.. Os encontros foram conduzidos por uma psicóloga e uma co-terapeuta. Todas as sessões de intervenção foram registradas em áudio digital.

Ao final de cada grupo foi solicitado que as participantes preenchessem os instrumentos de saúde emocional novamente (pós-teste), na sessão individual de devolutiva elas foram convidadas a responder ao *Questionário de avaliação das condições da intervenção,* em que podiam relatar suas experiências ao longo da intervenção, pedir esclarecimentos sobre os procedimentos e temas. Todas as mulheres foram orientadas sobre a sua condição emocional; para as mulheres que ainda pontuaram indicadores clínicos, foram oferecidas 10 sessões de atendimento individual na instituição. No caso de mulheres que não tinham mais critério de indicador clínico e quisessem manter-se em terapia, foi instruído como procurar cuidados terapêuticos na comunidade.

2.4.3. Análise de dados

Inicialmente, realizou-se a organização de categorização do banco de dados sociodemográficos provenientes da Entrevista Inicial e da ABEP, a saber: condição de risco do bebê, sexo do bebê, quantidade de anos de estudo, idade, tipo de família, número de filhos, tipo de parto, classe social e se fazia uso de medicamento psiquiátrico.

A codificação dos instrumentos de saúde emocional foi realizada de acordo com as normas técnicas dos manuais ou artigos de orientação. Para este trabalho, os dados provenientes das escalas e subescalas foram categorizados, de acordo com o ponto de corte, em clínico e não clínico, obtendo a quantidade de indicadores clínicos para cada participante. O IDATE gerou dois resultados, de acordo com a pontuação na subescala Estrado e na Traço, e o PSI, que conta com quatro subescalas também foi decomposto para pontuações nas subescalas.

Para o *Questionário de avaliação da sessão anterior* e *Questionário de avaliação das condições da intervenção,* a frequência das notas atribuídas a cada questão foi tabulada, a ANOVA foi a análise de variância realizada com os resultados da percepção da saúde emocional e para as análises e emissão de comportamentos alternativos provenientes da exposição da intervenção, a cada sessão, os dados foram analisados a partir do SPSS Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 25.0; Chicago INc II, USA). O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Para as questões abertas do segundo questionário, foi realizada a categorização emergente das respostas e o agrupamento por similaridade, considerando que elas são mutuamente excludentes.

3. RESULTADOS

Os resultados encontram-se divididos em tópicos. No primeiro, apresenta-se a descrição do procedimento terapêutico em grupo utilizado. No segundo, há a descrição dos resultados dos questionários utilizados ao final de cada encontro, para avaliar as ações terapêuticas cotidianas utilizadas pelas participantes, relacionados aos conteúdos discutidos no grupo. No último tópico,

há a descrição dos dados coletados sobre a avaliação das participantes em relação aos procedimentos utilizados ao longo dos encontros.

3.1. Descrição do Procedimento Intervenção Terapêutica em Grupo:

O Procedimento Intervenção Terapêutica em Grupo contou com dois encontros individuais (primeiro encontro e devolutiva) e cinco encontros em grupo, com sessões semanais de duração de 1 hora e 10 minutos. A primeira sessão individual ocorreu antes do início do grupo e teve como objetivo tirar dúvidas e identificar os aspectos individuais da queixa. A segunda sessão individual ocorreu após o término do grupo, com objetivo de oferecer a devolutiva da avalição de pós-teste, realizar avalição do processo terapêutico e, providenciar outros encaminhamentos, se necessário.

Sessões Terapêuticas: Foram conduzidas cinco sessões semanais de até 70 minutos cada, divididas em duas partes: (1) direcionamento da atenção ao momento presente (10 min); (2) psicoeducação e análise em grupo (60). Cada grupo foi liderado por duas facilitadoras, psicólogas das duas instituições onde o Procedimento Terapêutico ocorreu.

1. Direcionamento da atenção ao momento presente: O momento inicial no grupo teve como objetivo sensibilizar as mães para a situação da intervenção. Ao chegar no contexto de intervenção a primeira tarefa foi conduzir intencionalmente as mulheres para as temáticas específicas. Neste caso, diferentes tipos de exercícios foram realizados: (a) Com foco no relaxamento (Sessões: 1, 3 e 5); (b) Atenção plena (Sessão 4 e 5). Ao final as participantes eram incentivadas a discutirem como se sentiram realizando os exercícios, descrevendo as dificuldades e facilidades em realizar as tarefas nas sessões e em casa.

2. Psicoeducação e Análise em grupo: Este momento teve como objetivo oferecer informações: 1) descrever elementos biológicos, comportamentais, emocionais e afetivos presentes nos transtornos; 2) apresentar a definição de estresse, ansiedade e depressão (geral e pós-

parto); 3) apresentar as discussões atuais sobre maternidade e papel da mulher e, 4) oferecer informações sobre desenvolvimento infantil.

Os encontros eram encerrados com a integração de tópicos educativos, análises e estratégias de enfrentamento. Em relação à dimensão terapêutica, a análise de contingências ofereceu condições para o desenvolvimento de repertórios alternativos, tanto de mudança quanto de aceitação. Com base nesse paradigma a ênfase foram as análises dos comportamentos que facilitassem resoluções de conflitos e de interações com o bebê e outros membros da família.

Além dos componentes públicos das contingências foram, também, propostas atividades para a identificação de efeitos colaterais emocionais e afetivos privados, relativos às contingências em operação (ex., ansiedade, medo, estresse, raiva, frustração, entre outros) e o efeito de contingências aversivas sociais no processo da maternidade. Foram propostas atividades de exposição para serem realizadas durante a semana com o objetivo de levar a participante a se aumentar a variabilidade de interações sociais e/ou de autoconhecimento que posteriormente eram discutidas em sessão.

O Quadro 1 apresenta as fases do Procedimento de Intervenção Terapêutica em Grupo.

Quadro 1. Descrição das sessões e dos temas a serem trabalhados, estratégias utilizadas e tarefas.

Tema	Objetivos da sessão	Estratégias	Tarefa
Questões fisiológicas	- Realizar a apresentação das integrantes do grupo; formular as regras de funcionamento - Dessensibilizar para facilitar a exposição; introdutório sobre a confidencialidade e segurança em um processo grupal - 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.	Exercício: Relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Jacobson, 1997) *adaptado pela pesquisadora. Apresentação das participantes em duplas e debate sobre as regras; Exposição oral Discussão em grupo	Trazer fotos de quando ela (mãe) era mais nova e ou/grávida. Fotos da família, amigos, pessoas significativas.
Saúde emocional materna	- Compartilhar as imagens trazidas com o grupo descrevendo as emoções identificadas a partir delas. - Convidá-las a analisar como lidam 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 saúde emocional decorrente do pós-parto (brevemente) e relacionar com o contexto social e história de vida.	Exercício das pedras no riacho: após identificar e nomear as emoções que surgem diante das imagens da tarefa de casa e imaginar a emoção como um sentimento visitante (Leahy, *et al.*, 2013). Perguntas disparadoras Exposição dialogada	Conversar com uma mulher que também é mãe durante a semana. E perguntar sobre o que se lembra desse período após o parto.
Os papéis sociais da mulher	A partir 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	Exercício: respiração diafragmática em 4 tempos. Discussão a análise a partir da tarefa de casa	Lembrar de histórias que ouviu ou conversar com pessoas da família sobre como eles aprenderam a cuidar de bebês.
Recuperando a identidade	- Identificar semelhanças do que a cultura ensina sobre como mulheres devem cuidar de bebês. - Levantamento de possibilidades da retomada de outros papéis: volta ao trabalho (formal ou informal), a retomada da intimidade do casal ou de possibilidades de novos relacionamentos	Exercício de atenção plena: observar os pensamentos e emoções ao chegar na sessão, sem querer mudá-los, e relatar caso desejem.	Trazer foto do seu bebê e outros filhos

	(Questões sobre sexualidade no pós-parto; O papel do pai (sendo ou não parceiro afetivo; Criar filhos sem pai) - Informações sobre rede de apoio especializada e rede de apoio familiar ou informais		
Relação mãe-bebê	- A partir das fotos dos filhos resumir o que sente com a maternidade. - Exposição dialogada sobre: Cuidados primários e estimulação O sono do bebê Alimentação Práticas parentais Limites e a criação de filhos emocionalmente saudáveis - Finalização: demonstrar o processo de grupo como um processo de aprendizagem	Exercício: respiração diafragmática em 4 tempos. Exposição teórica e discussão Questão para exposição: o que elas acharam do caminho nesse grupo?	.

3.2. Descrição dos resultados dos questionários utilizados ao final de cada grupo para avaliar as ações cotidianas das mulheres sobre os conteúdos discutidos no grupo

Em relação aos resultados do questionário para avaliar as ações cotidianas nos encontros semanais e as emoções, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas para as respostas em cada categoria e nem para as respostas de cada categoria na mesma semana. Quanto à questão sobre a percepção do estresse semanal, verificou-se a maior média. Para a percepção do estresse, ansiedade e tristeza, houve um aumento na quarta sessão e, em seguida, diminuição em relação à segunda aplicação (Tabela3).

Tabela 3: Descrição e análise de variância dos resultados da percepção da saúde emocional a cada sessão

	2ª semana $\bar{X}$; σ	3ª semana $\bar{X}$; σ	4ª semana $\bar{X}$; σ	5ª semana $\bar{X}$; σ	Estatística
Estresse última semana	5,12; 3,62	5,28; 3,52	5,50; 3,16	4,64; 3,16	F= 0,584; p= 0,630
Ansiedade na última semana	5,10; 3,28	5,22; 3,26	5,24; 3,25	4,74; 3,69	F= 0,590; p= 0,855
Tristeza na última semana	5,02; 3,37	4,90; 2,95	5,04; 2,89	4,24; 2,26	F= 0,852; p= 0,530
Estatística	F= 0,011; p= 0,988	F= 0,196; p= 0,823	F= 0,275; p= 0,763	F= 0,427; p= 0,658	

$\bar{X}$ = média; σ = desvio padrão; F= ANOVA

Em relação às questões sobre o exercício de análises e emissões de comportamentos alternativos ao longo dos encontros foi verificada diferença estatisticamente significativa para o primeiro ponto. A análise comparativa indicou que, entre as quatro avaliações, a diferença entre a

percepção das mulheres para as análises funcionais feitas foi significativa entre a segunda e a quinta semana, com média maior na quinta.

Para a questão sobre a quantidade de respostas alternativas emitidas ao longo das semanas, pôde-se verificar médias maiores na quarta e quinta semanas, entretanto nas análises comparativas, não foram verificadas diferenças significativas.

Tabela 4: Descrição dos resultados da percepção sobre as análises e emissão de comportamentos alternativos provenientes da exposição da intervenção

	2ª semana $\bar{X}$; σ	3ª semana $\bar{X}$; σ	4ª semana $\bar{X}$; σ	5ª semana $\bar{X}$; σ	
Pertinência dos assuntos e análises	6,55; 3,74	7,02; 3,45	7,77; 2,93	8,33; 2,41	F= 2,597; p= 0,045 Comparações: 2 < 5
Quantidade de emissão de respostas alternativas	1,66; 1,69	2,04; 1,92	2,19; 2,06	2,17; 1,81	F= 0,786; p= 0,505

$\bar{X}$ = média; σ = desvio padrão; F= ANOVA

3.3. Descrição dos dados coletados no último encontro sobre a avaliação das participantes em relação ao procedimento utilizado

Para as questões advindas do questionário de avaliação da percepção sobre o processo terapêutico, têm-se na Tabela 5 a média das notas que as mulheres atribuíram para cada item. As notas médias foram todas superiores a 8, e variaram pouco entre a menor e a maior. A maior delas encontra-se na nota atribuída para a relação com as terapeutas. Neste item também há um desvio padrão baixo, indicando que houve pouca variação entre as frequências.

Tabela 5: Descrição dos resultados da percepção sobre avaliação geral do processo.

	média	desvio padrão
Avaliação geral do tratamento	8,75	3,05
Entendimento a respeito dos motivos da participação dos objetivos do processo	8,23	2,32
Avaliação sobre o local e material	8,57	5,3
Relação com as terapeutas	9,21	2,38

Nesta sessão serão apresentados os quatro grandes eixos e as frequências e porcentagens de relatos nas 14 categorias identificadas a partir dos relatos coletados no *Questionário de avaliação das condições da intervenção,* contendo informações sobre a percepção das mudanças observadas no seu próprio comportamento, o que mais gostaram, críticas e sugestões.

A Tabela 6 mostra os dados relacionados aos relatos sobre o estabelecimento de rede de apoio. A categoria mais frequente foi a de que o grupo proporcionou contato e diálogo com outras pessoas. Todavia, as outras categorias também tiveram frequências relativamente semelhantes. A análise das falas mostra que de maneira geral as mulheres identificaram a importância de mudança de contexto, tanto pelo fato de mudar de ambiente da interação familiar e com o bebê, tanto pelo fato de encontrar outras mulheres que estão passando pela mesma situação e poder compartilhar experiências e emoções decorrentes desse momento da vida.

Tabela 6: Frequência das Categorias de agrupamento identificados no Eixo 1 do *Questionário de avaliação das condições da intervenção* sobre o processo terapêutico.

Eixo 1	Categorias	n	%
Estabelecimento de rede e espaço de apoio	Compartilhamento de sentimentos	9	31,03
	Tempo e espaço para si	9	31,03
	Contato e diálogo com outras pessoas	11	37,94
Total de relatos		29	

A seguir a transcrição dos relatos das participantes no Eixo 1 nas categorias identificadas.

- *Contato e diálogo com outras pessoas*

Descrição: percepção da importância da mudança de contexto e atividades no pós-parto.

> O grupo me ajudou a ter amigas, saber que posso ter com quem contar (P.1)
> Conversar com o pessoal (P.2)

Ter assunto com as pessoas e sair de casa (P.3)
Conversar sobre dificuldades (P.12)
Poder falar de assuntos pesados (P.17)
Ter gente pra ouvir e poder ajudar as outras (P.34)
Ter com quem contar e o que contar (P.41)
Poder falar (P.43)
Pude conversar e falar tudo que sinto e não fui criticada (P.9)
De conversar porque eu não gostava muito (P.47)
Poder me desabafar mais (P.48)

- *Compartilhamento de sentimentos*

Descrição: importância atribuída ao comportamento de compartilhar as experiências e emoções com pares e o acolhimento.

[o grupo ajudou a] me sentir menos culpada (P.1)
Que ser mãe é difícil para todo mundo e que meu marido pode me ajudar, que os pitacos dos outros sempre vão existir (P.10)
Descobrir que ser mãe é difícil para todo mundo (P.13)
Conhecer gente que está no mesmo momento que eu, pois minha mãe não me entende (P.15)
Ter mais mães para falar de coisas difíceis, porque não tem nada de prepare para a maternidade (P.16)
Poder falar, saber que não é fácil ser mãe e que muitas outras mulheres sofrem também (P.19)
Que mais gente sofre e que eu posso ficar bem (P.20)
Ter mulheres que estão passando pelo momento que eu ajuda na minha família as mulheres não lembram (P.24)
Falar sobre como é ser mãe difícil (P.49)

- *Tempo e espaço para si*

Descrição: percepção da importância da mudança de papeis sociais, recuperando a autonomia.

Poder ter um tempo para mim e pensar no que importa (P.4)
Tudo, deixar o mundo lá fora. (P.7)
Ter tempo para mim (P.8)
Ter um espaço para falar do que está acontecendo na minha vida sem me sentir mal (P.11)
Conseguir lembrar de mim (P.12)
Poder ficar mal sem me sentir egoísta (P.18)
Que as pessoas entendem, poder dar um tempo da minha mãe e do meu marido para falar aqui. (P.30)
Poder falar o que eu não gosto, deixar meu marido lá fora e falar das minhas coisas (P.33)
Me ajudar [...] Ter liberdade para poder escolher o que eu quero fazer (P.43)

A Tabela 7 mostra os dados relacionados aos relatos sobre os aprendizados a partir do grupo. A categoria mais frequente foi a do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento seguida

por autoconhecimento e mudanças no conceito de maternidade. As outras categorias tiveram frequências relativamente baixas. As três principais categorias estão relacionadas a aceitação e mudança na maneira de interagir com o mundo, a análise das falas mostra um questionamento das regras (tanto sociais quanto auto-regras), a partir desse questionamento alguns enfrentamentos importantes com a rede de apoio familiar ou relatos sobre lidar com a possibilidade de existirem eventos que são incontroláveis ao longo do processo.

Tabela 7: Frequência das Categorias de agrupamento identificados no Eixo 2 do *Questionário de avaliação das condições da intervenção* sobre o processo terapêutico.

Eixo 2	Categorias	n	%
Aprendizados a partir do grupo	Estratégias de enfrentamento	15	34,88
	Autoconhecimento	14	34,88
	Mudanças no conceito de maternidade	8	18,60
	Satisfação na maternidade	3	6,97
	Conhecimentos da Psicologia	2	4,65
	Habilidades de maternagem	1	2,32
Total de relatos		43	

A seguir a transcrição dos relatos das participantes no Eixo 2 nas categorias identificadas.

- *Estratégias de enfrentamento*

Descrição: Descrições de comportamentos com foco na resolução de problemas.

> Conseguir falar com a minha mãe pra fazer as coisas mais do meu jeito, não ficar mal pelo que os outros querem de mim e eu não posso dar (P. 6)
> Deixar de ser só mãe por uma hora e meditar, me respeitar e tirar um momento para mim com amigas. (P. 13)
> Aprender a relaxar. (P. 7)
> Poder saber que eu posso falar não para as pessoas sem me sentir culpada (P. 9)
> Tempo para mim e aprender a não ligar para tantas coisas pequenas, me ouvir mais (P. 14)
> Pensar outros jeitos de agir, hoje sei que posso ser uma mãe diferente do tradicional (P. 17)
> Parar de fazer tudo que os outros querem (P. 18)
> Ser mais realista é o caminho (P. 20)
> Olhar para o que eu estou passando de maneira mais leve, com menos culpa. Fechar os olhos e respirar. (P. 22)
> Lembrar que ser mãe não é fácil, que não tem receita de bolo, mas eu aprendi a respirar (P. 26)
> Mudar o olhar pros meus defeitos e dos outros, pedir ajuda pro meu marido (P. 27)
> Olhar para os meus pontos difíceis, repensar meus problemas. Lembrar que eu vou recuperar minha vida daqui a pouco (P. 29)
> Dar os cinco minutos de olhos fechados (P. 32)
> Falar com o pessoal lá em casa e aceitar ajuda deles também. (P.40)
> Entender como falar com os outros sobre o que eu estou passando (P. 44)

- *Autoconhecimento*

Descrição: Verbalizações com conteúdo de análise sobre si (história de vida, regras...)

> Saber mais sobre o que eu sinto, acreditar na minha intuição (P.6)
> Conseguir saber que o que eu sinto é importante (P.15)
> Aceitar que eu sofro e que ninguém pode me ajudar se não for, eu sou rainha da minha vida. Que não preciso ficar mal por não fazer o que os outros querem de mim (P.22)
> Entender o que são as coisas que passam dentro da cabeça, exigir menos de mim. Que para cada filho será uma mãe, não tem fórmula, que eu vou voltar a trabalhar e vai ficar tudo bem (P.23)
> Perceber que sou boa mãe mesmo que os outros digam pra eu fazer várias coisas de jeitos diferentes. (P.24)
> Saber que eu posso sentir e que vão ter dias que vão ser difíceis e outros bons. Que eu posso voltar trabalhar tranquila (P.25)
> Que eu to mal e preciso me cuidar pro meu filho (P.28)
> Lembrar da minha infância e como ser mãe da trabalho, que eu não consigo resolver tudo sozinha e que posso pedir (P.31)
> Pensar sobre as cobranças dos outros e as minhas (P.32)
> Que meus filhos vão crescer bem e que eu vou saber cuidar se cuidar de mim (P.35)
> Perceber que sou boa mãe e que a casa pode ficar pra arrumar depois (P.36)
> Identificar meus limites e falar não sem ficar tão mal. Saber que posso ter ajuda (P.33)
> Recuperar lembranças de quando eu era pequena e da minha mãe (P. 38)
> Que eu não consigo controlar tudo (P.41)

- *Mudanças no conceito de maternidade*

Descrição: Questionamentos e mudanças na concepção do que é esperado socialmente para uma mãe.

> Saber que as vezes não dá para deixar casa arrumada e as crianças em ordem (P.2)
> Entender sobre maternidade real (P.14)
> Mudei minha concepção do que é ser mãe (P.20)
> Olhar para o lado bom e não tão bom de ser mãe (P.23)
> Que não tem mãe melhor e pior (P.21)
> Gostou das psicólogas que ajudaram a ter um olhar diferente para o que é ser mãe (P.34)
> Aprender que o amor vem aos poucos e que dá para aproveitar meu filho. Ser mãe é aos poucos (P.42)
> Que cada uma sabe o que eu melhor para cada uma (P.44)

- *Satisfação na maternidade*

Descrição: mudança em relação a satisfação do papel materno

> Gostar de ser mãe com menos pressão (P.9)
> Aprendi a curtir ser mãe (P.39)
> Curtir o meu momento de ser mãe (P.32)

- *Conhecimentos da Psicologia*

Descrição: Requisição de mais conteúdos teórico sobre os processos psicológico

Aprender sobre o psicológico (P.9)
Saber de psicologia (P.30)

- *Habilidades de maternagem*

Descrição: aprendizagem de novos comportamentos maternos

Cuidar da minha filha melhor (P.43)

A Tabela 8 mostra os dados relacionados aos relatos sobre pontos a melhorar no grupo. A categoria mais frequente foi a de organização do conteúdo. Todavia, as outras categorias também tiveram frequências semelhantes. A análise das falas mostra que elas identificaram necessidade de receber orientações por escrito e material para levar para os outros membros da família, por exemplo. Em relação a organização dos encontros o tempo restrito e a presença dos bebês em alguns dos encontros foram variáveis que atrapalharam. Para as dificuldades individuais a questão de que algumas não se sentiram a vontade com a situação de ter um espaço para falar sobre si.

Tabela 8: Frequência das Categorias de agrupamento identificados no Eixo 3 do *Questionário de avaliação das condições da intervenção* sobre o processo terapêutico.

Eixo 3	Categorias	n	%
Pontos a melhorar no grupo	Organização do conteúdo	6	37,50
	Organização dos encontros	5	31,25
	Dificuldades individuais	5	31,25
Total de relatos		16	

A seguir a transcrição dos relatos das participantes no Eixo 3 nas categorias identificadas.

- *Organização do conteúdo*

Descrição: articulação e oferta de material teórico

Queria saber mais sobre a mente humana, mais informações escritas (P. 5)
Seria bom saber mais sobre como cuidar de crianças como não traumatizar (P. 6)
Falar mais de depressão e ansiedade (P. 9)
Aprender mais sobre psicologia, ter coisas escritas (P. 19)
Ter conteúdo para levar pro meu marido (P. 20)

Explicações de porque o homem tem que prover e mulher tem que cuidar (P. 38)

- *Organização dos encontros*

Descrição: estrutura física, limite de tempo e frequência das sessões

Pouco tempo para falar e sem as crianças (na sala) (P. 1)
Queria mais tempo para mim (P. 3)
A psicóloga não cortar quem fala muito (P. 5)
Ter que contar as histórias rápido (P. 7)
A psicóloga não pedir para parar de falar continuar ouvindo a mesma pessoa (P. 11)
Ter quem fique com os bebês (P. 12)
Tem sempre alguém que fala mais (P. 15)
Poderia ter o ano inteiro (P. 22)
Os homens poderiam participar para saber dessas coisas (P. 25)
Trazer os homens (P. 26)
Poderia fazer com mais gente da família, poder remarcar quando não puder vir (p. 37)
Juntar os atendimentos (P. 26)

- *Dificuldades individuais*

Descrição: déficits comportamentais individuais

Não dá tempo de vir toda semana (P. 4)
Conseguir me expressar melhor (P. 12)
Queria que meu marido ouvisse as coisas aqui também para entender pois eu não consigo explicar em casa (P. 21)
Não saber o que falar (P. 30)
Se expressar me cansa (P. 49)

A Tabela 9 mostra os dados relacionados aos relatos sobre sugestões. A categoria mais frequente foi a de avaliação dos projetos como um todo e depois a avaliação das profissionais mediadoras. A análise das falas mostra que a questão três deste questionário teve uma dupla interpretação, quando questionadas: Você tem alguma sugestão para melhorar os atendimentos? Algumas mulheres responderam sobre os projetos maiores, de atendimento ao bebê que eram realizados nas instituições, locais onde foram identificadas e convidadas a participarem deste estudo, resultando nessa primeira categoria. Para a avalição das profissionais mediadoras, assim como a avaliação dos projetos, todos os relatos tiveram conteúdo de elogio.

Tabela 9: Frequência das Categorias de agrupamento identificados no Eixo 4 do *Questionário de avaliação das condições da intervenção* sobre o processo terapêutico.

Eixo 4	Categorias	n	%
Sugestões	Avaliação dos projetos como um todo (26)	26	63,41
	Avaliação das profissionais mediadoras (14)	14	34,14
	Oferta de outros recursos (1)	1	2,43
Total de relatos		41	

A seguir a transcrição dos relatos das participantes no Eixo 3 nas categorias identificadas.

Sugestões

- *Avaliação dos projetos como um todo*
Descrição: Avaliação sobre os projetos de atendimento aos bebês, onde foi realizada a coleta de dados

> Elogio ao projeto (P. 1, 2, 5, 7, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 32, 36, 39, 40, 41, 44, 46, 47)

- *Avaliação das profissionais mediadoras*

Descrição: Devolutiva sobre o vínculo e a interação com as psicólogas (mediadora e co-terapeuta)

> Elogio as terapeutas (P. 6, 13, 14, 15, 19, 21, 23, 27, 28, 30, 36, 42, 44, 46)

- *Oferta de outros recursos*
Descrição: recursos além do material teórico e análises

> Oferecer indicação de livros e filmes (P. 37)

4. DISCUSSÃO

As intervenções analítico-comportamentais são delineadas a partir da abordagem funcional do comportamento, utilizando como objeto de análise e de intervenção o comportamento verbal na relação terapeuta-cliente (COSTA, 2011). A elaboração desta intervenção terapêutica em grupo começou com o estabelecimento de critérios de escolha dos participantes, definindo quem tivesse pelo menos um indicador clínico nos instrumentos de avaliação utilizados. A opção de utilizar instrumentos padronizados para avaliar os comportamentos, sistematizados nos manuais psiquiátricos, foi uma alternativa para a inclusão dos participantes, e essa organização permite a identificação de classes de comportamentos e facilita a troca de informação entre os profissionais e pesquisadores (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010).

No caso deste estudo, após a escolha do critério de triagem, a intervenção foi pensada a partir de estudos com evidências (O'CONNOR *et al.*, 2016; DONELLI; OLIVEIRA; REUSE, 2019) e, posteriormente, adaptado para o contexto brasileiro, do interior de São Paulo. Reduzir a quantidade de encontros, decisão tomada após o estudo piloto, vai ao encontro dos achados da revisão de Donelli, Oliveira e Reuse (2019). Os autores discutiram que a quantidade de tarefas e a organização do tempo como um fator que pode influenciar na adesão de tratamentos mais longos, uma questão que também apareceu neste estudo. Na análise das sugestões as categorias das dificuldades individuais e organização dos encontros incluem relatos sobre a questão da quantidade de encontros e a impossibilidade de ir toda semana.

As mães perceberam a pertinência dos assuntos e das análises ao longo da intervenção marcadamente entre a 2ª e a 5ª sessões. Associado a isso as mães apontaram que o grupo possibilitou ganhos nas estratégias de enfrentamento e no auto-conhecimento. A seleção das temáticas com foco nas mudanças físicas, sociais e culturais da maternidade pode ter aumentado o repertório de aceitação e de mudança (DUARTE FIDELES; VANDENBERGHE, 2014) para lidar com as questões desse período. Entretanto, o dado sobre flexibilidade ou variabilidade comportamental coletado como: emissão de comportamentos alternativos provenientes da exposição da intervenção, foi comprometido, provavelmente, pela má formulação da pergunta no questionário. As participantes relataram não entender como deveriam respondê-la. Para próximos estudos indica-se pensar uma nova organização para avaliar essa dimensão.

Em relação à avaliação das condições da intervenção há uma avaliação positiva no geral, com destaque para a relação com as terapeutas. A relação terapêutica é uma variável importante no tratamento e como contexto de mudança em psicoterapia (LEJUEZ; HOPKO, 2006; FREITAS; 2011) e também identificada como facilitador no estudo de Brum, Gomes e Piccinini (2018) com a mesma população. Além desse achado, a devolutiva das mães sobre a relação com as terapeutas no Eixo 4 do questionário reforça o papel da validação, da escuta não punitiva como fundamental para

o processo. Neste caso, a formação do terapeuta comportamental pode ser uma variável de análise em estudos futuros.

Para o estabelecimento de rede e espaço de apoio, os relatos trouxeram informações sobre as consequências positivas geradas pelo contexto de acolhimento no grupo, como o relato da P. 12 "descobrir que ser mãe é difícil para todo mundo". Esses relatos associados aos sentimentos de culpa e frustração por não conseguir cumprir suas supostas responsabilidades também foi identificado no relato de mulheres no estudo de Frizzo *et al.* (2013).

Frequentar os atendimentos também foi avaliado como uma oportunidade de ter tempo para si, como na P. 11 "ter um espaço para falar do que está acontecendo na minha vida sem me sentir mal" ou P 12 "conseguir lembrar de mim". Ocupar-se com as demandas da maternidade coloca essas mulheres num contexto de interações restrito, quase que diádico (mãe-bebê). Neste caso o grupo teve função de mudança de contexto, como identificado também na categoria "Contato e diálogo com outras pessoas", Segundo a P.1 "o grupo me ajudou a ter amigas, saber que posso ter com quem contar". Identificar pessoas na rede de apoio familiar e de amigos que sejam adequadas pode ser um fator de proteção para saúde emocional (MANENTE; RODRIGUES, 2016; ROMAGNOLO *et al.*, 2017), fazendo com que essas mulheres possam ter trocas positivas e que mudem de contexto com maior frequência.

Em relação aos aprendizados identificados partir do grupo, assim como Brum, Gomes e Piccinini (2018) que identificaram que as mulheres passaram a refletir sobre seus conflitos. Os relatos mostraram essa mudança na perspectiva das participantes. Sobre autoconhecimento, os relatos indicaram que houve flexibilização das regras, como para a P. 41 ("que eu não consigo controlar tudo"), aceitando que há situações em que a incontrolabilidade não causará prejuízo. Outras falas remeteram à identificação de aspectos da história de vida que mantiveram alguns comportamentos e novas estratégias de resolução de problemas, como o da P. 31 "lembrar da minha

infância e como ser mãe dá trabalho, que eu não consigo resolver tudo sozinha e que posso pedir ajuda”

A categoria “mudanças no conceito de maternidade” reflete as discussões propostas por Ruiz (2003) sobre as práticas culturais de homens e mulheres, e as expectativas em relação ao que uma mulher deve fazer “saber que as vezes não dá para deixar casa arrumada e as crianças em ordem” (P.2). Além de considerações sobre comportamentos inatos de maternagem (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014) “aprender que o amor vem aos poucos e que dá para aproveitar meu filho. Ser mãe é aos poucos” (P.42).

A partir disso a categoria mais frequente, sobre “estratégias de enfrentamento” concentra os relatos sobre mudanças e habilidades de aceitação adquiridas no grupo para lidar com os problemas cotidianos. “conseguir falar com a minha mãe pra fazer as coisas mais do meu jeito, não ficar mal pelo que os outros querem de mim e eu não posso dar” (P. 6) ou “lembrar que ser mãe não é fácil, que não tem receita de bolo, mas eu aprendi a respirar” (P. 26). No caso do estudo de Silva, Prado e Picinini (2013) a participação do pai da terapia favoreceu os enfrentamentos no setting terapêutico, mas perceber que houve generalização do aprendizado em sessões para mais de um membro da família indica que elas tem reservas para testar o que foi aprendido em terapia.

Sobre satisfação com a maternidade e habilidades de maternagem, bem como a referencia a conhecimentos da psicologia confirmaram os resultados de Brum, Gomes e Piccinini (2018) que, somente após oferecer informações sobre desenvolvimento às participantes essas passavam a acreditar que o filho não tinha anormalidades, que apresentavam comportamentos esperados para a fase do desenvolvimento e como poderiam lidar.

A devolutiva sobre pontos a melhorar no grupo indica que, de maneira geral, houve uma dificuldade sobre descrever os próprios comportamentos (falar sobre si). Esse tipo de aprendizagem é foco em estudos sobre comportamento verbal na clínica (ZAMIGNANI, MEYER, 2007). Ao

mesmo tempo, uma questão expressa pelas mulheres foram as dificuldades em relação ao tempo de fala ou frequência do grupo (poucos encontros). Neste sentido, é importante investigar quais conteúdos elas têm dificuldade, ou incluir uma medida de linha de base sobre o repertório verbal dos participantes.

A questão da comunicação com o parceiro ou com outras pessoas também aparece como um fator de dificuldade para Silva, Prado e Picinini (2013) e Frizzo *et al.* (2011). Os pedidos para que outras pessoas participem ou que haja material disponível para levar para casa podem reforçar essa falta de habilidade de falar sobre si e pedir mudança comportamental, que se caracterizam como comportamentos protetivos de habilidades sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2010).

Apesar das mães terem tido dificuldade em separar a avaliação do processo terapêutico de todas as demais etapas dos projetos que incluem os cuidados com os bebês, a avaliação positiva parece indicar que a oferta dos atendimentos, tanto para as mulheres quanto para seus filhos é um fator de proteção.

A terapia comportamental tem como objetivo a aprendizagem de novos repertórios comportamentais para o acesso a consequências positivas. Escolher as novas respostas faz parte de um processo de mudança (BANDINI; DE ROSE, 2006). A análise dos elementos sociais e culturais da maternidade, um contexto de invalidação como apontado por Duarte Fideles; Vandenberghe (2014) e Terry *et al*. (2010) foi importante nesse processo de estabelecimento de novas contingências.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração e implementação do grupo terapêutico teve boa adesão e o processo foi bem avaliado. Por tratar-se de uma amostra de conveniência, esses resultados não podem ser generalizados para outras populações, mas servem como um guia para estudos futuros. Em relação

aos questionários formulados, algumas questões devem ser revistas e descritas com maior precisão para que haja menos dúvidas e os dados sejam mais precisos.

6. REFERÊNCIAS

ABIDIN, R. R. Parenting stress index . Lutz, FL: **Psychological Assessment Resources**. 1995.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil, 2015.

BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. **Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas**, p. 175-191, 2010.

BANDINI, C. S. M.; DE ROSE, J. C. C. A abordagem behaviorista do comportamento novo. Santo André: ESETec, 2006.

BAYLEY, Nancy. Bayley scales of infant and toddler development. **PsychCorp**, Pearson, 2006.

BIAGGIO, A. M.; NATALICIO, L.; SPIELBERGER, C. D. The development and validation of an experimental Portuguese form of the StateTrait Anxiety Inventory. In: Spielberger CD, Dias-Guerrero R, editors. Cross-cultural research on anxiety. Washington, D.C.: Hemisphere/Wiley; p. 29---40. 24, 1976.

BIGLAN, A.; HAYES, S. C.; PISTORELLO, J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science. **Prevention science**, v. 9, n. 3, p. 139-152, 2008.

BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64, 2017.

BRUM, E. H. M.; GOMES, A. G.; PICCININI, C. A. Proposta para análise da psicoterapia pais-bebê: evidências de dois casos. Psico, 2018, 49.3: 304-316.

CALLAGHAN, G. M.; NAUGLE, A. E..; FOLLETTE, W. C. Useful constructions of the client–therapist relationship. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v. 33, n. 3, p. 381, 1996.

CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. **Psico, Porto Alegre,** v. 46, n. 4, p. 492-501, 2015.

CAMPOS, Bárbara C. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERAÇÃO ENTRE MÃES E BEBÊS DE QUATRO A SEIS MESES DE IDADE. 2016. 49 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) - Brasil, Bauru, 2016.

CARVALHO, J. P.; HOPKO, D. R. Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. **Journal of behavior therapy and experimental psychiatry,** v. 42, n. 2, p. 154-162, 2011.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of health and social behavior, 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.

DELITTI, M; DERDYK, P. Terapia analítico-comportamental em grupo. AMC DELITTI; P. DERDYK, Terapia Analítico-Comportamental em Grupo. Santo André, Esetec Editores, p. 33-57, 2008.

DUARTE-FIDELES, M. N.; VANDENBERGHE, L. Psicoterapia analítica funcional feminista: Possibilidades de um encontro. **Psicologia: teoria e prática**, v. 16, n. 3, 2014.

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.

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

FREITAS, M. E. S.; SILVA, F. P.; BARBOSA, L. R.. Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, 14.48: 94-98, 2016.

FRIZZO, G. B.; Prado, L. C.; Linares, J. L.; Piccinini, C. A. Aspectos relacionais da depressão: o conceito de" honorável fachada" em dois casos clínicos. **Psicologia Clínica**, 23.1: 133-155, 2011.

GRADVOHL, S. M. O; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. **Pensando familias**, v. 18, n. 1, p. 55-62, 2014.

HAYES, S. C.; STROSAHL, K.; WILSON, K. G. Acceptance and commitment therapy: Understanding and treating human suffering. New York: Guilford, 1999.

HENDERSON, J.; REDSHAW, M. Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women's experience of care. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 31, n. 5, p. 465-478, 2013.

HOPKO, D. R..; ROBERTSON, S.; LEJUEZ, C. W. Behavioral activation for anxiety disorders. **The Behavior Analyst Today**, 2006, 7.2: 212.

HOWARD, L. M.; MEGNIN-VIGGARS, O.; SYMINGTON, I.; PILLING, S. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. **Bmj**, v. 349, p. g7394, 2014.

KNIGHT, M.; TUFFNELL, D.; KENYON, S.; SHAKESPEARE, J.; GRAY, R.; KURINCZUK, J. J. Saving lives, improving mothers' care: Surveillance of maternal deaths in the UK 2011-13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland. **Confidential enquiries into maternal deaths and morbidity** 2009-13, 2015.

KOHLENBERG, R. J..; TSAI, M.. Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas. ESETec, 2001.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company, 1984.

LINEHAN, Marsha M. Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford Press, 1993.

Liu, Y.; Kaaya, S.; Chai, J.; McCoy, D. C.; Surkan, P. J.; Black, M. M.; Smith-Fawzi, M. C. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. **Psychological medicine**, 47(4), 680-689, 2017

LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. D. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 606-615, 2007.

NAGLE; FARRELLY, M. Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. **Midwifery**, v. 66, p. 79-87, 2018.

O'CONNOR, E.; ROSSOM, R. C.; HENNINGER, M.; GROOM, H. C.; BURDA, B. U. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. **Jama**, v. 315, n. 4, p. 388-406, 2016.

O'HARA, M. W.; MCCABE, J. E. Postpartum depression: current status and future directions. **Annual review of clinical psychology**, v. 9, p. 379-407, 2013.

OLIVEIRA, L. T.; DONELLI, T. M. S.; REUSE, B. Psicoterapia pais-bebê: uma revisão sistemática de literatura. **Revista Psicologia e Saúde**, 11.1: 109-123, 2019.

PRENOVEAU, J. M.; CRASKE, M. G.; WEST, V.; GIANNAKAKIS, A.; ZIOGA, M.; LEHTONEN, A.; MURRAY, L. Maternal postnatal depression and anxiety and their association with child emotional negativity and behavior problems at two years. **Developmental psychology**, v. 53, n. 1, p. 50, 2017.

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

RUIZ, M. R. Inconspicuous sources of behavioral control: The case of gendered practices. **The Behavior Analyst Today,** v. 4, n. 1, p. 12, 2003.

SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B. C.; BARROS, A. J.; BOTELHO, I. P.; LAPOLLI, C.; BARROS, F. C. 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, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Post-natal depression self-rating scales: Brazilian study. **Rev Psiq Clin**, v. 26, n. 2, p. 32-40, 1999.

SCHAEFER, M. P.; DONELLI, T. M. S. Psicoterapia mãe-bebê: uma intervenção no contexto da prematuridade. **Contextos Clínicos**, 10.1: 33-47, 2017

SIDMAN, M. Coerção e suas implicações (MA Andery & TM Sério, trads.). Campinas: **Editorial Psy II**.(Original publicado em 1989), 1995.

SILVA, E. C; LAURENTI, C. BF Skinner e Simone de Beauvoir:"a mulher" à luz do modelo de seleção pelas consequências. **Perspectivas em análise do comportamento**, v. 7, n. 2, p. 197-211, 2016.

SILVA, M. R.; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Psicoterapia pais-bebê e depressão pós-parto materna: Participação do pai. **Paidéia**, 23(55), 207-215, 2013

Skinner, B. F. Ciência e comportamento humano. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953), 2003.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L. State-trait anxiety inventory for adults: sampler set: manual, test, scoring key. **Mind Garden**, 1983.

STEEL, Z.; MARNANE, C.; IRANPOUR, C.; CHEY, T.; JACKSON, J. W.; PATEL, V.; SILOVE, D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International journal of epidemiology**, 43.2: 476-493, 2014.

STEIN, A.; PEARSON, R. M.; GOODMAN, S. H.; RAPA, E.; RAHMAN, A.; MCCALLUM, M.; PARIANTE, C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. **The Lancet**, v. 384, n. 9956, p. 1800-1819, 2014.

TARRICONE, I.; RIECHER-RÖSSLER, A. (ed.). Health and Gender: Resilience and Vulnerability Factors for Women's Health in the Contemporary Society. **Springer,** 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization, 2017.

ESTUDO 3: Efeitos de uma intervenção em grupo considerando os indicadores emocionais de mães de bebês

Alterações de saúde emocional durante a gravidez e após o parto incluem uma ampla gama de distúrbios que variam em gravidade e estão entre as morbidades mais comuns nestes períodos, com taxas de prevalência semelhantes de alterações de saúde emocional para mulheres, independente da condição de gestação ou pós-parto. Ansiedade e depressão são os transtornos mais comuns, entretanto podem ser incluídos o transtorno obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático, transtornos alimentar e psicose (MELTZER-BRODY, 2018).

De acordo com Greinert e Milani (2015), a ocorrência da depressão pós-parto está relacionada a uma complexa dinâmica entre aspectos biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos e, dentre eles, a possibilidade da associação da depressão pós-parto às condições do bebê. Atualmente, são muitos os estudos que investigam e propõem intervenções com foco nas alterações de saúde emocional decorrentes do pós-parto (O´CONNOR, 2016; SHULMAN et. al., 2018; DENNIS, C. L.; BROWN, J. V. E.; BROWN, 2019). Em um estudo qualitativo de Nagle e Farrelly (2018) e em outro de Ford *et al.* (2019), os pesquisadores entrevistaram mulheres a respeito das dificuldades que identificavam em relação à busca ou de receberem atendimento psicologico no período perinatal. Como resultado as participantes relataram que a principal barreira para a busca foi o medo e a vergonha, ocasionados pelo estigma em relação à saúde mental, seguidos pela falta de disposição de procurar ajuda. Quanto a receberem ajuda, a dificuldade da logística para comparecer a um compromisso, a má divulgação dos serviços e a atitude dos profissionais de saúde foram consideradas barreiras, principalmente quando os profissionais não eram considerados empáticos. O fator motivador para a busca por ajuda foi a possibilidade dessas questões emocionais interferirem no seu bebê.

O objetivo central de um trabalho psicoterapêutico é oferecer contribuições e possibilidades de reflexões para diferentes demandas de um cliente, tais como: autoconhecimento, lidar com

questões que não consegue sozinho e, dentre elas, enquadram-se as demandas relacionadas aos transtornos psiquiátricos (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010). As modalidades de atendimento clínico estão divididas em terapia individual e intervenções em grupos com especificidades (DELITTI; DERDYK, 2008). No Brasil, a prática de psicoterapia de grupo expandiu-se a partir do contexto da Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de pensar o tratamento para além da medicação, proporcionando um espaço de rede de apoio com comunicação e integração com pares, além de exigirem menos investimento de tempo e recursos financeiros (AMARANTE, 2007). Considerando o contexto brasileiro de atenção à saúde mental, a aplicabilidade de intervenções em grupo para o manejo de comportamentos em um sistema de saúde pública tem vantagens no que se refere a custo e tempo. Tal modalidade de atendimento tem sido amplamente escolhida por profissionais inseridos nesses serviços (DELITTI; DERDYK, 2008).

Quanto ao método de pesquisa, Bolsoni-Silva e Carrara (2010) discutiram a possibilidade de conduzir pesquisas não-experimentais utilizando a Análise Aplicada do Comportamento, com populações específicas. Mesmo para proposta de trabalho terapêutico em grupo, Dellitti e Derdyk (2008) ressaltaram a importância de o terapeuta organizar uma avaliação inicial individual. Para os autores, este momento tem como objetivo iniciar a formação de vínculo, identificar as queixas, déficits, excessos e reservas comportamentais e, principalmente, para traçar um objetivo terapêutico para cada cliente.

O processo de avaliação e intervenção na Análise do Comportamento deve ser compreendido em três etapas: inicialmente a descrição e seleção dos comportamentos identificados como queixa, em seguida a seleção e aplicação da intervenção adequada com base nas recomendações de eficácia e eficiência e, posteriormente, a avaliação dos efeitos da intervenção com as mesmas medidas (DELITTI; DERDYK, 2008; NENO, 2003; GODOY, 1996).

A busca por atendimento psicoterapêutico, em geral, ocorre quando o grau de sofrimento é significativo, há prejuízo em diferentes áreas da vida do indivíduo na iminência ou após o

desenvolvimento de psicopatologias, ocasionando um padrão comportamental cultural que consiste em reprimir ou controlar experiências privadas indesejadas (GRAEFF, HETEM, 2004). Os sintomas relativos às psicopatologias descritas nos manuais de categorização são topográficos e incluem, principalmente, déficits comportamentais, afetivos ou cognitivos. Entretanto, as respostas emocionais enquanto eventos privados, são imprecisas e fruto de um processo complexo de entrelaçamentos nos três níveis de seleção (TOURINHO, 2006). Diante disto, serão apresentadas algumas das explicações analítico-comportamentais que compõem o entendimento das respostas emocionais classificadas como: estresse, ansiedade e depressão.

Na presença de condições aversivas, o organismo aprende a emitir respostas de fuga ou esquiva, relação fundamental para o entendimento das psicopatologias. Segundo Banaco (2001), assim como as respostas de estresse, a ansiedade quando analisada a partir de relações operantes, também envolve respostas de fuga ou esquiva e, as consequências advindas desse padrão de comportamento possibilitam a aprendizagem por meio de reforçamento negativo e são apropriadas a situações de risco para garantir a sobrevivência da espécie. Zamignani e Banco (2005) afirmam que as antigas ameaças, que faziam parte da realidade do homem pré-histórico, não estão mais presentes no cotidiano dos indivíduos, entretanto, vive-se em um ambiente continuamente ameaçador por outras características (alta conectividade, competitividade, perfeccionismo, aumento da violência, entre outros). O autor destaca que esses estímulos podem desencadear as mesmas respostas de ansiedade e de defesa primitivas e essas respostas de evitação podem interferir em contingências importantes da vida do indivíduo. As repostas de estresse ou ansiedade tornam-se prejudiciais quando ultrapassam, em magnitude e/ou frequência, a natureza do evento temido. As respostas pervasivas caracterizam o estresse crônico e podem competir com o pleno funcionamento em situações cotidianas, desencadeando comportamentos de alerta ou de fuga intensos e imobilizadores (hipervigilância). A frequência e duração dessa estimulação podem induzir o

indivíduo a ter respostas ansiogênicas e levar à exaustão, como na depressão (HETEM, 2004; SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010; BANACO et al., 2010).

O termo ansiedade descreve uma série de eventos privados que antecedem a presença de um estímulo aversivo (respostas emocionais, do sistema nervoso autônomo e de esquiva). Uma primeira proposta de modelo experimental para ansiedade foi formulada por Estes e Skinner (1941), denominado paradigma de supressão condicionada, citado também em uma revisão de Coelho e Tourinho (2008). O paradigma consiste na supressão de respostas operantes, reforçadas positivamente, após a apresentação de um estímulo aversivo condicionado, emitindo respostas fisiológicas. Os estudos experimentais oferecem explicações considerando uma história de aprendizagem direta e, estudos posteriores, com humanos e processos verbais, abrangeram o processo de generalização dessas relações para estímulos semelhantes (SIDMAN, 1989/1995). Essa rede de relações arbitrárias entre estímulos pode ser explicada pelo responder relacional, envolvendo diferentes dimensões operantes do responder, em particular operantes verbais, que têm sido examinados como estímulos que podem adquirir a função eliciadora da resposta fisiológica (emocional) e operante da condição de ansiedade sem que tenha uma relação de condicionamento direto (HAYES *et al*., 2016).

Para a depressão, com base em estudos experimentais, Ferster (1973) sugere que a baixa densidade de estímulos reforçadores positivos seria responsável por características centrais do transtorno depressivo, ou seja, enquanto subprocessos comportamentais. Nesse sentido, haveria uma diminuição no responder do indivíduo depressivo devido à ausência de reforçamento positivo. O autor também propôs que boa parte do repertório do indivíduo deprimido tem função de fuga ou esquiva. Isto é, ao diminuir, eliminar ou evitar tarefas aversivas, consequentemente há a diminuição de classes de respostas controladas por reforçamento positivo juntamente com o aumento de classes de respostas controladas por reforçamento negativo. Neste sentido, outro estudo importante é o do modelo do desamparo aprendido (HUNZIKER, 2005), descrevendo que quando o organismo é

exposto a eventos aversivos incontroláveis, esta situação faz com que as respostas emitidas diminuam e, posteriormente, colabora para que a variabilidade comportamental cesse. Correia e Borloti (2011) discutiram sobre o papel do contexto em relação ao fenômeno, enfatizando a depressão como o resultado das contingências sociais. Neste caso, a contingência tateada por uma pessoa deprimida remete a um contexto aversivo ou à retirada de reforçadores positivos, que produz respostas emocionais consideradas desagradáveis culturalmente.

Embora seja o ideal dentro da área, em muitas situações o analista do comportamento não pode observar diretamente os comportamentos de seu cliente para iniciar uma intervenção. Para isso, lançam mão de estratégias de observação indireta que permitem coletar dados e avaliar respostas encobertas. Além da análise funcional, os testes e inventários também têm sido utilizado como auxiliares na avaliação (MARTIN; PEAR, 2009; LEME; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2009; COZBY, 2009; MEYER, 2001). Testes psicológicos são inventários com um compilado de sintomas específicos que, a partir frequência das respostas do indivíduo, podem indicar uma tendência ao transtorno, oferecendo pistas sobre a existência de uma classe de comportamentos típicos do mesmo (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

No que tange à metodologia, diferentes instrumentos são utilizados para rastreamento e diagnóstico dos transtornos mentais. A escolha do instrumento deve seguir alguns critérios: ser compatível com o referencial teórico, e considerar a evidência de confiabilidade e validade para que os resultados assegurem o máximo de acertos ao estabelecer um diagnóstico (SOUZA, 2017).

Existem escalas, que de maneiras distintas, propõem-se a avaliar a variável estresse numa população. Faro e Pereira (2013) listaram três focos: nas causas; nas consequências e, no processo. A Escala de Estresse Percebido (PSS-10) (LUFFT, et al., 2007; REIS *et al*, 2010; FARO, 2015), foi construída sobre o modelo transacional de estresse de Lazarus e Flokman (1984). Ela tem, como objetivo, avaliar a percepção do estresse sob uma perspectiva funcional: se as situações são

avaliadas como aversivas e se as habilidades que o indivíduo tem são insuficientes para lidar com a situação, ela oferece uma medida que foca as consequências percebidas do estresse.

Faro e Pereira (2013), em um estudo de revisão sobre os diferentes métodos de mensuração do estresse, constataram que o PSS é um instrumento com confiabilidade, considerando-o como medida de autopercepção em relação ao fenômeno. A escala vem sendo utilizada em diversas estudos, com objetivos tanto de medir de maneira global o grau de estresse em situações pontuais (LEON *et al.*, 2007; MCALONAN *et al.*, 2007, LIMA; BIANCHI, 2010), como linha de base e pós-testes em intervenções psicológicas (HOLZEL *et al.*, 2010; SESKEVICH; PIEPER, 2007; TAYLOR-PILIAE *et al.*, 2006), em correlações com transtornos psiquiátricos ou alterações orgânicas (CULHANE *et al.*, 2001; GARG *et al.*, 2001; CALVETTI, 2017), entre outros.

Para medir o estresse diante de uma condição específica, podem ser utilizadas escalas mais refinadas. Em uma revisão nacional sobre a percepção do estresse em familiares de crianças com paralisia cerebral, Ribeiro, Porto e Vandenbergh (2013) avaliaram que o PSI foi o instrumento mais utilizado. Essa escala tem como objetivo avaliar a percepção que os cuidadores principais têm dos seus filhos e dos sentimentos e reações diante de algum evento ou comportamento, avaliando as condições dos pais em lidar com a tarefa da parentalidade. Além disso, avalia a percepção dos cuidadores com relação às demandas da criança assim como suas características pessoais que podem impactar na interação.

Correia e Linhares (2007) revisaram estudos brasileiros sobre ansiedade materna durante a gestação e no pós-parto e identificaram que pouco mais da metade utilizou o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) como medida, apontando para a importância do instrumento. Dennis, Falah-Hassani e Shiri (2017) realizaram um estudo de revisão sistemática internacional também com o objetivo de estudar a ansiedade materna. Os autores identificaram que a maior parte dos estudos, 74 dos 102 incluídos, também utilizou o IDATE para triagem de sintomas de ansiedade

nessas mulheres. Os achados evidenciaram que o instrumento mostrou sensibilidade e especificidade para identificar os sintomas.

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) (SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999) é um instrumento construído para avaliar a depressão no momento específico do pós-parto. Um estudo de revisão sistemática realizado para o Serviço Americano de Prevenção em Saúde (US Preventive Services Task Force) feita por O´Connor *et al.*, (2016) identificou que todos os estudos utilizaram a EPDS para triagem, com pontos de corte entre 10 e 13, considerando o score 10 como triagem para sintomas clínicos. A revisão aponta para a precisão da EPDS na triagem de mulheres no pós-parto, mas indica pouca evidência para o uso da escala em gestantes.

Chowdhary *et al.* (2014), em um estudo de revisão avaliaram que intervenções em saúde emocional no pós-parto realizadas por profissionais de saúde não-psicólogos, indicaram que houve melhora das mulheres que foram acolhidas, entretanto ainda há necessidade de treinamentos mais estruturados para esses profissionais. Dretzke *et al.*, (2009) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar se os programas em grupos de treinamento de pais, estes se mostraram eficazes na melhoria da saúde psicossocial materna (por exemplo, ansiedade, depressão, autoestima).

No relatório de evidências e revisão sistemática para a US Preventive Services Task Force (USPSTF) de O'Connor *et al.* (2016) foram analisados 478 estudos completos com o objetivo de rever as normas para o rastreamento da depressão e tratamento e a acurácia dos instrumentos utilizados, para mulheres gestantes e puérperas. Como resultado, houve redução, tanto nos índices do pós teste, quanto no follow-up (3-5 meses), no risco de depressão após a participação em programas envolvendo apenas o rastreamento da depressão. Em relação ao tipo de intervenção, os dados apontam para o benefício da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para gestantes e puérperas com depressão com um aumento na probabilidade de remissão quando comparados com os cuidados habituais. E como escala indicada, a EPDS teve bons resultados para rastreamento.

Um estudo de revisão de Oliveira, Donelli e Reuse (2019) identificou 521 estudos e, após triagens, analisou 10 deles. Quanto ao tipo de intervenção adotada nesses artigos, sobressaíram intervenções em psicoterapia breve, envolvendo pais-bebê no formato grupal. Enquanto dados sobre os efeitos, além de identificar uma redução dos sintomas depressivos, ganhos secundários como aumento na capacidade reflexiva, sensibilidade, funcionamento global e sensação de adequação das mães e redução dos níveis de ansiedade, estresse foram notados.

A utilização de instrumentos de triagem de saúde emocional para identificação de um grupo de risco, a assimilação de influências moderadoras e de mecanismos de mudanças pode orientar o aprimoramento de programas de intervenção, visando o melhor atendimento de populações específicas, entre elas as mães de bebês. Com relação à prevenção e ao tratamento, são poucas as informações sobre abordagens que busquem prevenir ou fornecer tratamento eficaz para aquelas que já sofrem de transtorno no pós-parto.

1. OBJETIVOS

O *objetivo geral* do presente estudo foi descrever e comparar resultados obtidos em dois grupos de mulheres com indicadores clínicos para saúde emocional, um exposto a um protocolo de intervenção em grupo (Grupo Experimental) e outro não (Grupo Controle). E, os *objetivos específicos* foram: a) descrever e comparar os indicadores de saúde emocional de mães que participaram (Grupo Experimental) e de mães que não participaram (Grupo Controle) da intervenção, avaliadas aos três e nove meses de idade do bebê e, b) realizar comparações intragrupos considerando, para o Grupo Experimental, os indicadores de saúde emocional nas avaliações antes e depois da intervenção e aos nove meses de idade do bebê e, para o Grupo Controle as avaliações aos três e aos nove meses do bebê.

2. MÉTODO

Adotou-se no estudo um delineamento quase-experimental, correlacional e de comparação entre grupos de mães com pelo menos um indicador clínico de saúde emocional distribuídas entre os grupos de intervenção e o controle.

6.2.Aspectos éticos

O projeto de pesquisa faz parte dos projetos "Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil" (aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru, Processo nº 11187/46/01/2012 - Anexo 1) e "Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães" (aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru, Processo nº 2.088.004 - Anexo 2). Ambos atendem a todas as normas previstas na Resolução Nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Comprometeu-se e realizou-se a aplicação dos instrumentos para o grupo de intervenção em datas e horários apropriados para os participantes e para a instituição. Para a realização deste estudo, as mães já participantes do projeto foram contatadas via telefone e todas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), o qual explicita os objetivos do estudo, além de resguardar os direitos das participantes quanto ao sigilo das suas informações pessoais, enfatizando a participação voluntária no estudo e a possibilidade de desistência do mesmo a qualquer momento. 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 serviços de Psicologia da UNESP ou da rede pública da cidade.

6.3.Caracterização da situação de estudo

Esta pesquisa obteve os dados provenientes de avaliações da saúde emocional das participantes nos dois projetos de pesquisa "Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil" e "Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e

apoio emocional às mães", realizadas aos três e aos nove meses do bebê. Aproveitando a presença delas nos locais dos referidos projetos para atendimento aos seus bebês, optou-se por realizar este estudo nas duas instituições de Bauru, uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo: o Centro de Psicologia Aplicada (CPA), da Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, um núcleo de ensino e pesquisa onde funciona o projeto de extensão: "Avaliação e orientação aos pais: desenvolvimento de bebês" e, a Associação Sorri-Bauru, uma instituição com serviços especializados, em que é realizado atendimento via projeto "Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães" do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ambos os projetos recebem bebês entre três até 12 meses de idade juntamente com suas mães ou cuidadores e, têm, como objetivo, monitorar o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, orientando os pais sobre o desenvolvimento de seus bebês, pretendendo prevenir atrasos que poderiam resultar em repertório comportamental defasado em idades futuras. Os pais, por ocasião do nascimento do bebê, na Maternidade Santa Isabel, de Bauru/SP e/ou cadastrado no Banco de Leite Humano, são convidados a participar dos referidos projetos. O aceite acontece após convite telefônico ou por meio de mensagem de texto e aceite, resultando no agendamento do primeiro encontro. As mães são recebidas neste atendimento por uma equipe de profissionais da saúde (incluindo pelo menos uma psicóloga) e recebem as informações sobre as atividades contidas nos projetos: avaliação do seu bebê no primeiro ano de vida por meio da Escalas de desenvolvimento Infantil Bayley-III (Bayley, 2006). Após a avaliação, se necessário, os bebês e suas mães participam de intervenções com foco no desenvolvimento do bebê. Todas as mães que participam deste primeiro atendimento no mesmo dia são convidadas a preencher uma avaliação da saúde emocional e, na consulta seguinte recebem a devolutiva oferecida pela psicóloga, caso apresentem pelo menos

um indicador clínico de saúde emocional, são convidadas a participarem da intervenção proposta neste estudo.

6.4.Participantes

Participaram desse estudo uma amostra de conveniência de 112 mulheres. Todas atendiam ao critério de inclusão que era apresentar nível clínico em pelo menos uma dimensão dos instrumentos utilizados: Escala de Estresse Percebido (PSS-10), Índice de Stress Parental (PSI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Foram excluídas da amostra as mães: 1) que naquele momento recebiam outro acompanhamento psicoterápico e, 2) tinham diagnóstico de transtornos psicóticos.

No total foram convidadas 147 mães que, após submetidas a avaliação de saúde emocional, apresentaram pelo menos um indicador clínico nas dimensões avaliadas. Delas, 35 enquadravam-se nos critérios de exclusão ou desistiram de participar dos projetos perdendo o contato com as instituições. Das 112 restantes, 68 participaram da intervenção e compuseram o Grupo Experimental. As 44, que não aceitaram participar da intervenção ou que tiveram apenas uma presença nos encontros por conta de incompatibilidade de horário ou por outros motivos pessoais, compuseram o Grupo Controle. Na Figura 1 encontram-se, também, a quantidade de mães que participaram em cada etapa das reavaliações. Houve perda de participantes em todas as etapas do processo de reavaliação, para o grupo Experimental foram 63 testadas ao término do grupo e 31 na segunda avaliação. Para o grupo Controle, das 44 da primeira avalição aos três meses, participaram 28 na avaliação 2 aos nove meses de vida do bebê. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Figura 1).

Análises estatísticas foram realizadas para comparar as características sociodemográficas descritas em variáveis contínuas dos dois grupos, com o objetivo de verificar a equivalência entre

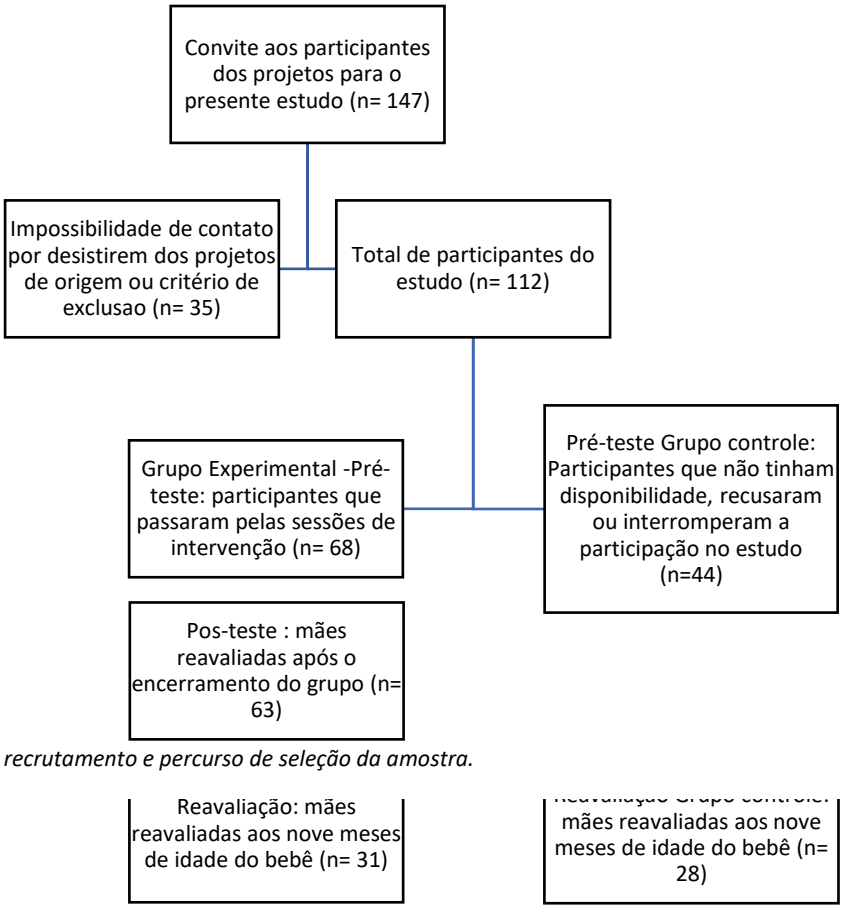


Figura 3: recrutamento e percurso de seleção da amostra.

eles. Nos dados da Tabela 1, observa-se que não houve diferenças significativas entre os grupos em relação às variáveis sociodemográficas consideradas: a idade e escolaridade materna; o número de filhos e o nível socioeconômico.

Tabela 1. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando as variáveis sociodemográficas contínuas.

	G. Experimental		G. Controle		T	p
Variáveis (N=81)	Média	DesvPad	Média	DesvPad		
Idade materna	24,99	5,81	26,70	5,70	-1,125	0,259
Quantidade de anos de estudo	12,25	2,99	12,95	3,19	-0,799	0,391
Número de filhos	1,54	0,87	1,59	0,90	-0,271	0,793
Nível Socioeconômico	27,10	10,87	28,86	10,13	-0,719	0,429

t: Teste-T; p: significância (0,005)

O teste Teste Qui-quadrado foi utilizado para comprar as variáveis categóricas (condição de risco, tipo de família, tipo de parto e se faz uso de medicamentos) dos grupos com o objetivo de verificar a equivalência entre eles. A Tabela 2 indica que também não houve diferenças significativas entre os grupos. Neste caso o grupo Controle e Experimental, que compõem uma amostra de conveniência, variaram pouco considerando as variáveis sociodemográficas.

Tabela 2. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando as variáveis sociodemográficas categóricas.

		G. Exp.	G. Controle	X^2	P
Variáveis (N=81)		N (%)	N (%)		
Condição de risco	Prematuro	35 (51)	22 (50)	0,053	0,817
	Termo	33 (49)	22 (50)		
Tipo de família	Nuclear	46 (68)	30 (68)	0,004	0,9528
	Não nuclear	22 (32)	14 (32)		
Tipo de parto	Natural	24 (35)	10 (23)	0,480	0,488
	Cesárea	44 (65)	34 (77)		
Faz uso de medicamento Psiquiátrico	Sim	16 (24)	13 (30)	0,504	0,477
	Não	52 (76)	31 (70)		

X^2 = qui-quadrado; p= significância (0,005)

6.5. Instrumentos

6.5.1. Para a coleta de dados sociodemográficos

A Entrevista Inicial, que faz parte do prontuário do bebê nos referidos projetos e é composta por perguntas abertas para investigar dados sociodemográficos (configuração familiar, dados sobre

moradia, condições de saúde materna antes e após a gestação, condições de parto, internações, doenças etc.) e do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2013)

6.5.2. Para avaliação do stress percebido

A Perceived Stress Scale (PSS-14) (COHEN; KARMACK; MERMELSTEINM, 1983) foi traduzida no Brasil como Escala de Estresse Percebido (PSS-10) e validada em três estudos (FARO, 2015; LUFT *et al.*, 2007; REIS *et al.*, 2010), tendo consistência de Alpha de Cronbach de 0,83, 0,77 e 0,96 respectivamente. A PSS avalia a percepção do indivíduo sobre quão imprevisíveis e incontroláveis lhe parecem os eventos de vida experienciados no último mês. É composta por 14 itens com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre). A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero a 56 pontos. Na presente pesquisa, foi utilizada pontuação acima de 30 pontos para considerar alto nível de estresse (FARO, 2015).

6.5.3. *Para a avaliação do* Estresse Parental

O Parenting Stress Index (PSI) (ABIDIN, 1983, 1990, 1995) é um questionário para aplicação a pais (mãe/pai) e faculta uma medida da intensidade do estresse que ocorre no sistema pais-criança. A adaptação brasileira denomina-se Índice de Estresse Parental (PSI) (PEREIRA *et al.*, 2016), para avaliar sintomas de estresse nas mães foi utilizado o Índice de Stress Parental-Forma Curta (PSI-4-SF), constituído por 36 questões cujas respostas são ajustadas a uma escala do tipo Likert: concordo completamente (1), concordo (2), não tenho certeza (3), discordo (4) e discordo completamente (5). Elas são divididas em três domínios, sendo o primeiro deles denominado “Angústia dos pais” (AP), que determina o nível de angústia que a mãe experiência em seu papel de mãe, em função de fatores pessoais que estão diretamente relacionados à parentalidade. O outro domínio compreende a “Disfuncionalidade na interação mãe-filho” (IC), o qual foca a percepção materna de que a criança não atinge as expectativas de sua mãe e no fato das interações

com a criança não reforçarem o seu papel como mãe. O terceiro domínio, denominado "Criança difícil" (CD) incide sobre algumas das características comportamentais básicas das crianças que são tomadas como fáceis ou difíceis de administrá-las. O estresse total corresponde a uma identificação do nível geral de estresse de um indivíduo, sendo que sua pontuação reflete o estresse relatado nos três domínios acima citados (ABIDIN, 2012). Para análise da confiabilidade interna da escala e das subescalas foi utilizado o alfa de *Cronbach*, cujos valores variam de 0 a 1 e são considerados aceitáveis quando estão no intervalo de 0,70 a 0,90.

6.5.4. Para a avaliação da ansiedade materna

O State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, Gorsuch e Lushene. (1983), em sua versão para o Brasil como Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) por Biaggio e Natalício (1976; 1979) está autorizado para uso apenas para fins de pesquisa, avalia duas variáveis da ansiedade, uma como "traço", que pode ser considerada como uma classe de comportamentos selecionados e mantidos considerando aspectos hereditários e de aprendizagens ao longo da história de vida. A outra dimensão é a "estado" caracterizando respostas emocionais a contingências aversivas no contexto de interação atual. Cada uma das escalas conta com 20 itens e os escores podem variar de 20 a 80 pontos. Os pontos de corte escolhido nesse estudo foram de 40 pontos para cada escala, segundo recomendação de Caumo, Calvetti e Henriques (2016), considerada ansiedade em nível clínico. Em relação à consistência interna da escala, o instrumento apresentou um Alfa de Cronbach de 0,88 na dimensão estado e 0,87 em traço para população feminina (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979). O instrumento é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens. De acordo com este inventário, a escala de Ansiedade Estado requer que o participante descreva como se sente "agora, neste momento" em relação a 20 itens apresentados em uma escala *Likert* de 4 pontos: 1- absolutamente não; 2- um pouco; 3- bastante; 4- muitíssimo. De maneira semelhante, a escala de Ansiedade Traço também é composta de 20 itens, mas o participante recebe a instrução de que deve

responder como “geralmente se sente”. Nas duas dimensões avaliadas os escores podem variar de 20 a 80 pontos, os pontos de corte segundo manual: abaixo de 33 equivale a pacientes sem sintomatologia ou ansiedade leve, entre 33 e 47 a sintomatologia é classificada como média e pontuação acima de 48 indica alta sintomatologia. Em relação à consistência interna da escala, o instrumento apresentou um Alfa de Cronbach de 0,89 (ANDRADE *et al.*, 2001).

6.5.5. Para a avaliação de depressão pós-parto

A Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) de Cox, Holden e Sagovsky (1987), foi validada para a população brasileira por Santos, Martins e Pasquali (1999) e por Santos *et al.* (2007) com o nome de Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE). É um instrumento autoaplicável composto por 10 questões que avaliam como a mulher se sentiu na última semana. Os sintomas abordados são: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa. Para cada pergunta, há quatro opções de resposta, 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 desta escala 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). Alfa de Cronbach encontrado foi de 0,87, demonstrando uma forte consistência interna.

6.6.Procedimento

6.6.1. Estudo Piloto

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética, realizou-se um estudo piloto com três mães. Este teve como objetivo avaliar a viabilidade da quantidade de encontros planejados, o tempo

estimado para cada etapa do grupo, adequar os temas, bem como verificar o entendimento dos conteúdos por parte do público-alvo e ajustar os protocolos de avaliação.

Verificou-se a necessidade de reduzir a quantidade de encontros e o tempo de atendimento de cada grupo. Essa decisão foi tomada levando em conta as características da amostra: as participantes, mães de bebês, embora avaliassem a necessidade de atendimento, dispunham de pouco tempo para dedicar aos encontros, pois, o bebê era prioridade tanto para a amamentação quanto para outros cuidados. Além disso, quando compareciam aos encontros, eventualmente não havia a possibilidade de outras pessoas ficarem com seus filhos. Em algumas sessões, alguns profissionais das instituições se voluntariaram a ficar com as crianças na brinquedoteca durante o atendimento.

6.6.2. Procedimento para a coleta de dados

A Tabela 3 contém as informações sobre as etapas de avaliação e reavaliação para cada grupo. As participantes do Grupo Experimental realizaram três avaliações. Imediatamente após o encerramento da intervenção elas realizaram um pós-teste ao qual as do Grupo Controle não foram expostas.

Tabela 3. Delineamento para o Grupo Experimental e Controle

	3 meses do pós-parto	Realizou intervenção	Pós intervenção	9 meses do pós-parto
Grupo Experimental	1ª avaliação da saúde emocional	Sim	2ª avaliação da saúde emocional	3ª avaliação de saúde emocional
Grupo Controle	1ª avaliação da saúde emocional	Não	-	2ª avaliação da saúde emocional

A partir dos resultados da primeira avaliação de saúde emocional, realizada como parte dos protocolos previstos nos projetos de extensão, as mães com indicadores clínicos, em qualquer das dimensões avaliadas pelos seguintes instrumentos, eram encaminhadas para este estudo: 1)

Escala de Estresse Percebido (PSS-10); 2) Índice de Stress Parental (PSI); 3) Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE); 4) Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). A pesquisadora realizava, então, individualmente o convite para participarem dos grupos fornecendo informações sobre os objetivos, atividades, riscos e benefícios de sua participação descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em caso de aceite, eram solicitadas informações adicionais sobre as queixas e alguns elementos da história de saúde (ex. consumo de medicação prescrita ou não, idade identificada com o início dos problemas de saúde e de comportamento etc.). Em seguida eram esclarecidas as condições de contato e de agendamento relativas ao procedimento durante o processo de intervenção. Após o término dos encontros as mães deste grupo eram reavaliadas. Aos nove meses do pós-parto estava programava a reavaliação da amostra toda, tanto Experimental quanto Controle por conta do protocolo estabelecido nos projetos de referência para as participantes do estudo, sendo assim houve discrepância entre a quantidade de avaliações entre os grupos.

6.6.3. Procedimento Intervenção Terapêutica em Grupo

O Procedimento Intervenção Terapêutica em Grupo contou com dois encontros individuais (primeiro encontro e devolutiva) e cinco encontros em grupo, com sessões semanais de duração de 1 hora e 10 minutos. A primeira sessão individual ocorreu antes do início do grupo e teve como objetivo tirar dúvidas e identificar os aspectos individuais da queixa. A segunda sessão individual ocorreu após o término do grupo, com objetivo de oferecer a devolutiva da avalição de pós-teste, realizar avaliação do processo terapêutico e providenciar outros encaminhamentos, se necessário.

Sessões Terapêuticas: Foram conduzidas cinco sessões semanais de até 70 minutos cada, divididas em duas partes: (1) direcionamento da atenção ao momento presente (10 min); (2) psicoeducação e análise em grupo (60). Cada grupo foi liderado por duas facilitadoras, psicólogas das duas instituições onde o Procedimento Terapêutico ocorreu.

Foram formados 17 grupos, com três participantes em média (mínimo: 2; máximo: 5). Os grupos foram submetidos aos mesmos procedimentos de avaliação e de intervenção, porém em momentos distintos durante os meses de novembro de 2016 a novembro de 2019. As avaliações da saúde emocional foram realizadas por psicólogas das instituições e vinculadas aos projetos de origem. A intervenção contou com a participação ou supervisão da pesquisadora. Os encontros foram conduzidos por uma psicóloga e uma co-terapeuta. Todas as sessões de intervenção foram registradas em áudio digital.

6.6.4. Análise de dados

Inicialmente, realizou-se a organização de categorização do banco de dados sociodemográficos provenientes da Entrevista Inicial e da ABEP, a saber: condição de risco do bebê, sexo do bebê, quantidade de anos de estudo, idade, tipo de família, número de filhos, tipo de parto, classe social e se faz uso de medicamento psiquiátrico. A codificação dos instrumentos de saúde emocional foi realizada de acordo com as normas técnicas dos manuais ou artigos de orientação. Os dados foram digitados em planilhas do programa Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS), versão 22.0, para análise. Em seguida, procederam-se as estatísticas descritivas dos dados agrupados (frequência, média e desvio padrão) dos dados obtidos (sociodemográficos e resultados dos instrumentos). Para identificar a distribuição dos dois conjuntos, o teste de normalidade de Shapiro-Wilks foi realizado e indicou distribuição normal.

Para a caracterização e comparação dos dados sociodemográficos e indicadores de saúde emocional da amostra para o grupo Experimental e Controle realizou-se as análises comparativas entre grupos numa mesma condição. Para as comparações das variáveis sociodemográficas, para as variáveis numéricas o Teste-T para amostras independentes foi aplicado. Em todas as análises foi utilizado o critério de significância de $p \leq 0,05$.

Para os dados do PSI (Domínio da Criança, Domínio dos Pais, estresse de vida e total), do IDATE (A-estado e A-traço) procedeu-se o cálculo das médias e desvios padrões a partir das dimensões avaliadas pelos instrumentos. Para o PSS e para a EPDS, o cálculo das médias e desvios padrões foi realizado com base no escore total.

Para a comparação intragrupo experimental considerando as medidas de pré e pós-teste e reavaliação nos indicadores de saúde emocional materna foi utilizado a análise de variância de um fator (ANOVA) e para verificação de diferenças significativas entre as médias foi utilizado o teste de *Tukey*.

7. RESULTADOS

Os resultados encontram-se divididos em dois tópicos. No primeiro, há a caracterização e comparação dos indicadores de saúde emocional da amostra no pré-teste e na reavaliação, para o grupo experimental e controle, em cada instrumento. No segundo há a avaliação intragrupo, com as medidas de pré e pós-teste nos indicadores de saúde emocional materna.

7.1. Caracterização e comparação para os indicadores de saúde emocional da amostra no pré-teste e reavaliação aos 9 meses, para o grupo experimental e controle, em cada instrumento

Para comparar os grupos em relação aos indicadores emocionais antes da participação do GE na intervenção, foi utilizado Teste-T com o objetivo de verificar se havia diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas dimensões de saúde emocional analisadas. Observa-se, no pré-teste, que as participantes do GC apresentaram médias estatisticamente mais altas na EPDS (GE=13,80; GC=16,63; p=0,006) e na dimensão disfuncionalidade na interação mãe-filho (IC) do PSI (GE=21,67; GC=37,25; p=0,006p=0,001).

Tabela 4. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando os indicadores emocionais no pré-teste.

	G. Experimental (N=68)		G. Controle (N=44)		t	p
Variáveis	Média	D. P.	Média	D. P.		
EPDS	13,80	5,42	**16,63**	6,38	-2,504	**0,006**
Idate (Estado)	49,44	9,06	48,31	10,27	0,608	0,271
Idate (Traço)	48,56	9,71	47,47	8,22	0,613	0,270
PSI (AP)	37,40	9,34	37,25	10,65	-0,082	0,467
PSI (IC)	21,67	11,69	**37,25**	9,49	-7,376	**0,000**
PSI (CD)	23,61	8,77	23,81	7,08	-0,130	0,448
PSI (Total)	81,52	22,72	82,36	26,02	-0,180	0,428
PSS	28,43	9,10	28,68	11,64	-0,126	0,450

t: Teste-T; p: significância (0,005)

A Tabela 5 apresenta os dados provenientes aplicação dos instrumentos aos nove meses, comparando as médias apresentadas pelas participantes. Também observou-se que as participantes do GC apresentaram médias mais altas em todas as dimensões avaliadas, com exceção do PSS e, diferenças significativas estatisticamente entre os grupos foram observadas na pontuação na EPDS (GE=8,33; GC=13,55; p=0,006), na dimensão Estado do IDATE (GE=19,52; GC=33,02; p=0,000) e em duas dimensões do PSI, angústia dos pais (AP) (GE=31,96; GC=38,78; P=0,006) e disfuncionalidade na interação mãe-filho (IC) (GE=21,27; GC=26,68; p=0,004).

Tabela 5. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando os indicadores emocionais na reavaliação aos nove meses.

	G. Experimental (N=31)		G. Controle (N=28)		T	P
Variáveis	Média	D. P.	Média	D. P.		
EPDS	8,33	6,78	13,55	5,67	-2,617	**0,006**
Idate (Estado)	19,52	14,28	33,02	12,14	4,899	**0,000**
Idate (Traço)	48,46	10,48	49,00	7,43	-0,226	0,410
PSI (AP)	31,96	7,66	38,78	9,10	-3,371	**0,006**
PSI (IC)	21,27	8,00	26,68	10,95	-2,667	**0,004**
PSI (CD)	23,81	7,08	32,31	32,31	0,795	0,215
PSI (Total)	73,36	30,58	75,29	75,29	1,074	0,143
PSS	49,55	7,98	36,35	36,35	-0,969	0,167

t: Teste-T; p: significância (0,005)

4.3. Comparação intragrupo dos dados de pré-teste e das reavaliações dos indicadores de saúde emocional materna do Grupo Experimental e do Grupo Controle

Para avaliar possíveis diferenças significativas entre os dados de pré e pós-teste e da reavaliação dos indicadores de saúde emocional para o grupo de mães que passaram por intervenção, Grupo Experimental, foi utilizado a ANOVA. Os dados apresentados na Tabela 6 permitem observar diminuição dos escores com diferenças estatisticamente significativas na pontuação na EPDS da primeira para a segunda e terceira avaliação (1=13,80; 2=8,83; 3=8,33; p=0,004), na dimensão Estado do IDATE houve diferença no mesmo momento (1=49,44; 2=41,44; 3=19,52; p=0,004) e para o Traço entre a primeira e segunda aplicação (1=48,56; 3=48,46; p=0,022). O domínio angústia dos pais (AP) do PSI também teve diferença entre as médias entre as duas primeiras avaliações (1=37,40; 2=32,00; p=0,008). Para a percepção do estresse (PSS) as médias da primeira avaliação também eram maiores quando comparadas com o segundo e terceiro momento (1= 28,43; 2=23,02; 3= 22,55; p=0,004).

Tabela 6. Estatísticas descritivas e significância no Grupo Experimental, considerando os indicadores emocionais no pré e pós-teste e reavaliação.

	Pré-teste (N=68)		Pós-teste (N=63)		Reavaliação (N=31)		F	P	Comparações
Variáveis	Média	D. P.	Média	D. P.	Média	D. P.			
EPDS	13,80	5,42	8,83	6,34	8,33	6,78	9,298	**0,004**	1>2; 1>3
Idate (Estado)	49,44	9,06	41,44	9,94	19,52	14,28	9,362	**0,004**	1>2; 1>3
Idate (Traço)	48,56	9,71	41,60	12,44	48,46	10,48	3,914	**0,022**	1>2
PSI (AP)	37,40	9,34	32,00	6,32	31,96	7,66	4,927	**0,008**	1>2
PSI (IC)	21,67	11,69	17,55	7,10	21,27	8,00	2,388	0,094	Ns
PSI (CD)	23,61	8,77	20,97	7,19	23,81	7,08	1,679	0,188	Ns
PSI (Total)	81,52	22,72	70,00	21,56	73,90	30,58	3,671	0,275	Ns
PSS	28,43	9,10	23,02	7,99	22,55	7,98	8,99	**0,004**	1>2; 1>3

F: ANOVA; Comparações: Tukey; p: significância (0,005)

Para o Grupo Controle realizou-se a mesma análise com o Teste-T de amostras pareadas com o objetivo de avaliar possíveis diferenças significativas entre os dados de pré-teste e reavaliação dos indicadores de saúde emocional. De acordo com os dados apresentados na Tabela 7, houve diferença estatisticamente significativa em relação às duas avaliações deste grupo para o estado no IDATE, com diminuição da média na segunda avaliação (1=48,31; 2=33,02; p=0,000) e no do estresse pelo PSS, com aumento da média no momento da reavaliação (1=28,68; 2=36,35; p=0,030).

Tabela 7. Estatísticas descritivas e significância no Grupo Controle, considerando os indicadores emocionais no pré e reavaliação.

	Pré-teste (N=44)		Reavaliação (N=28)		T	p
Variáveis	Média	D. P.	Média	D. P.		
EPDS	16,63	6,38	13,55	5,67	1,660	0,102
Idate (Estado)	**48,31**	10,27	33,02	12,14	9,631	**0,000**
Idate (Traço)	47,47	8,22	49,00	7,43	-1,126	0,131
PSI (AP)	37,25	10,65	38,78	9,10	2,731	0,109
PSI (IC)	37,25	9,49	26,68	10,95	1,233	0,227
PSI (CD)	23,81	7,08	32,31	10,40	1,480	0,150
PSI (Total)	82,36	26,02	75,29	33,03	0,084	0,933
PSS	28,68	11,64	**36,35**	11,18	0,348	**0,030**

t: Teste-T; p: significância (0,005)

8. DISCUSSÃO

Levando em consideração que esse estudo foi elaborado a partir de uma amostra de conveniência, não houve ensaio clínico controlado para escolha dos participantes, o que poderia ocasionar em diferenças significativas entre os grupos nessas variáveis de risco também. Segundo as análises comparativas, os grupos apresentaram características semelhantes quanto ao perfil descrito acima. Com grupos homogêneos as análises das variáveis relacionadas a saúde emocional puderam ser conduzidas, considerando menor influência dos outros fatores de risco (COZBY, 2009).

Como proposições específicas, tendo em vista atender ao objetivo geral de comparação entre os resultados nos diferentes momentos de avaliação e reavaliação, foram delineados outros dois objetivos específicos: um com avaliação dos indicadores de saúde emocional entre os grupos (Experimental e Controle), aos três e nove meses de idade do bebê e, outro, para indicadores de saúde emocional intragrupo para o Grupo Experimental no pré-teste, pós-teste e reavaliação e, também, intragrupo para o Grupo Controle no pré-teste e reavaliação aos nove meses de idade do bebê.

A comparação entre os grupos em relação aos indicadores emocionais antes da participação das mães na intervenção indicou que os grupos diferiram quanto as médias na EPDS e na dimensão disfuncionalidade na interação mãe-filho (IC) do PSI. Mães do grupo Controle tiveram pontuação média estatisticamente maior. Este dado indicou que neste grupo existiam mulheres com mais dificuldade em relação aos sintomas descritos nos instrumentos. A EPDS, segundo revisão de O´Connor *et al.*, (2016) e recomendações de Cox (2019), é um instrumento indicado para triagem de depressão maior e menor e sua precisão aumenta quando se considera ponto de corte de 10, critério adotado neste estudo. A média de pontos nesta escala foi acima de 12 para ambos os grupos (GE: 13,80; GC=16,63). Esse resultado aponta para a presença de sintomas depressivos nesta população, entretanto, segundo as recomendações da escala, os seis pontos acima que o GC pontua não trazem informações a respeito de intensidade ou duração de sintomas, esta investigação deve ser feita através de entrevista psiquiátrica.

As mães do GC, expressaram média maior para depressão pós-parto e na escala que mede a percepção do estresse dos pais ou cuidadores em relação os cuidados com a criança. Neste caso, a hipótese da recusa em participar do grupo pode ter uma relação com essas variáveis. Provavelmente são mulheres que podem estar sob controle de contingências aversivas diante desse novo contexto de interação com seus bebês e, desta forma, participar de um grupo terapêutico envolveria um alto custo de resposta. No estudo de Nagle e Farrelly (2018) há um dado de que mulheres que já têm um

histórico clínico para sintomas de ansiedade e depressão relataram preferir procurar os serviços por inciativa própria do que serem convidadas, considerando como motivo o estigma e o histórico pessoal de invalidação de profissionais de saúde. Neste sentido, é importante avaliar que, por se tratar de um estudo internacional, pode haver práticas diferentes para o acesso e busca por atendimento. Entretanto, quando observados os motivos pelos quais essas mulheres relataram preferir esta afirmação, pode ser considerada como uma esquiva.

Considerou-se, então, importante avaliar a forma de convite, o quanto as mulheres se sentiram incluídas nessa decisão e como são as interações nos serviços de saúde que elas frequentam. No presente estudo, o convite implicou em uma busca ativa por parte da pesquisadora e observou-se que as mães com mais dificuldades são as que menos aderiram às intervenções, provavelmente, como uma consequência do seu estado emocional frágil. Campos (2016), que investigou o índice de depressão pós-parto e interação mãe-bebê numa amostra bastante semelhante ao deste estudo, as participantes que tiveram maior pontuação na escala não aceitaram participar da filmagem de interação. Além disso, as que foram identificadas com critério clínico e encaminhadas não aderiram ao suporte oferecido, indicando uma prática cultural de não recorrer a rede de apoio diante da percepção de sintomas relativos à tristeza e dificuldade de interação.

Os dados relativos à segunda testagem geral, aos nove meses de idade do bebê, indicaram que as mães que compuseram o Grupo Experimental apresentaram médias mais baixas do que as mães do Grupo Controle em sete das oito dimensões dos instrumentos e, em quatro delas as diferenças foram estatisticamente significativas: na EPDS; na disfuncionalidade na interação mãe-filho; na dimensão Estado do IDATE e, em na dimensão do PSI, angústia dos pais e interação com a criança. A percepção das dificuldades relatadas pelas mães do Grupo Controle em relação as demandas da maternidade são maiores aos nove meses com a inclusão dos sintomas de ansiedade e a dimensão relacionada a relação da díade. O grau de exigência de um bebê aos três e nove meses é bastante diferente. O dado indica que, conforme os filhos começaram a ter mais competência para

interagir, essas mulheres avaliaram como uma tarefa difícil, o que pode ter aumentado o nível de respostas de evitação (HAYES *et al*., 2001). A variável intervenção pode ter sido um fator de proteção ao grupo Experimental, já que tinha como foco reflexões sobre esse novo contexto de vida e o desenvolvimento infantil.

Quanto aos resultados das comparações intragrupo do Grupo Experimental relacionados ao terceiro objetivo específico, os indicadores de saúde emocional em três momentos de avaliação indicaram uma diminuição dos escores na EPDS em relação à primeira aplicação para a segunda e a terceira, sendo que a média inicial estava acima do ponto de corte e, nas outras duas avaliações, manteve-se abaixo, com uma pequena redução na terceira avaliação, indicando que as mães melhoraram e mantiveram índices baixos em relação aos sintomas depressivos. Em relação à percepção dos sintomas de ansiedade medidos pelo IDATE, em Estado as participantes também melhoraram da primeira para a segunda e terceira avaliação sendo que na terceira aplicação a média focou, também, abaixo do critério para sintomatologia ou ansiedade leve, ou seja, aos nove meses de vida do bebê as mulheres relataram perceber menos sintomas de ansiedade relacionada ao contexto atual. Outros dois dados que colaboraram são a redução das médias entre as duas primeiras avaliações no domínio angústia dos pais do PSI e em relação a percepção do estresse no PSS. A redução e manutenção das médias abaixo do critério clínico é um dado importante de generalização das habilidades aprendidas.

Para a dimensão Traço do IDATE houve uma pequena melhora entre a primeira e segunda aplicação (48,56; 48,46) mas ainda com médias que indicam alta sintomatologia, indicando que, quando avaliadas a partir dessa dimensão, que diz respeito a um período mais longo da história de vida dessas mulheres e, possivelmente, a participação no grupo teve pouco efeito. As respostas de ansiedade podem estar ligadas a outras histórias de aprendizagens que não foram analisadas ou o reforçamento de outras classes de respostas não foi suficiente para diminuir a frequência das anteriores.

Os resultados obtidos a partir da análise intragrupo experimental são importantes, pois segundo o modelo analítico-comportamental, as dificuldades de vida das pessoas e a maneira como elas agem diante delas, se esquivando, diminuem a probabilidade de acesso a reforçadores positivos (HETEM, 2004; COELHO; TOURINHO, 2008; SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010; BANACO et al., 2014). Neste caso, relatar menos sintomas relativos à classe dos transtornos avaliados pode nos fornecer indícios de que elas estão esquivando menos e, ao avaliar os resultados da reavaliação aos 9 meses, após aproximadamente cinco meses passados da intervenção, indicaram que novas relações de aprendizagem em relação ao contexto emergiram e foram e mantidas.

Segundo Banaco, Zamignani e Meyer (2010), o processo psicoterapêutico tem como objetivo central promover qualidade de vida desenvolvendo habilidades de autoconhecimento para lidar com contextos que não têm recursos para mudar ou aceitar. A comparação dos dois momentos de avaliação do Grupo Controle indicou que, mesmo havendo uma pequena melhora qualitativa das mães, ainda assim o grupo experimental foi superior.

A forma de psicoterapia que tem se mostrado mais eficaz para saúde metal no pós-parto é a TCC (O'Connor *et al.* (2016) segundo as revisões do Task Force. Todavia, esse dado indica para a necessidade de realização de estudos com outras abordagens. As intervenções em psicoterapia breve pais-bebê no formato grupal foram destaque na revisão de Oliveira, Donelli e Reuse (2019). No presente estudo contou com uma intervenção em grupo com cinco encontros em terapia analítico-comportamental e obteve-se bons resultados. Também identificou-se algumas vantagens do trabalho em grupo com mulheres em que os sintomas e prejuízos eram leves ou moderados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As participantes com mais dificuldade em relação aos sintomas descritos nos instrumentos compuseram o grupo Controle, neste caso, identifica-se a importância de serviços de busca ativa para intervenções terapêuticas com essa população já que possivelmente há uma prática cultural de

não recorrer a rede de apoio especializada diante da percepção de sintomas que podem causar prejuízos na qualidade de vida que pode ser explorada em estudos futuros.

Os resultados relativos ao efeito da intervenção na redução dos sintomas descritos foram significativos para esse tipo de terapia, dado importante considerando que atualmente as revisões indicam evidência para a Terapia Cognitivo-Comportamental. Realizar estudos Analítico-comportamentais contribuem para o aumento das evidências desta abordagem.

6. REFERÊNCIAS

ABIDIN, R. R. Parenting stress index . Lutz, FL: Psychological Assessment Resources. 1995.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

ANDRADE L., GORENSTEIN C., VIEIRA FILHO A.H., TUNG T.C., ARTES R... Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. Braz J Med Biol Res, Ribeirão Preto , v. 34, n. 3, p. 367-374, Mar. 2001.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil, 2015.

BANACO, R. A. Um levantamento de fatores que podem induzir ao suicídio. Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade, v. 8, p. 210-217, 2001.

BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas, p. 175-191, 2010.

BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas, p. 175-191, 2010.

BANDINI, C. S. M.; DE ROSE, J. C. C. A abordagem behaviorista do comportamento novo. Santo André: ESETec, 2006.

BAYLEY, Nancy. Bayley scales of infant and toddler development. PsychCorp, Pearson, 2006.

BIAGGIO, A. M.; NATALICIO, L.; SPIELBERGER, C. D. The development and validation of an experimental Portuguese form of the StateTrait Anxiety Inventory. In: Spielberger CD, Dias-Guerrero R, editors. Cross-cultural research on anxiety. Washington, D.C.: Hemisphere/Wiley; p. 29---40. 24, 1976.

BIGLAN, A.; HAYES, S. C.; PISTORELLO, J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science. Prevention science, v. 9, n. 3, p. 139-152, 2008.

BOLSONI-SILVA, A. T.; CARRARA, K. Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. Psicologia em revista, 2010, 16.2: 330-350.

BRUM, E. H. M.; GOMES, A. G.; PICCININI, C. A. Proposta para análise da psicoterapia pais-bebê: evidências de dois casos. Psico, 2018, 49.3: 304-316.

CALVETTI, P. U. Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 32, n. 4, 2017.

CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. Psico, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 492-501, 2015.

CAMPOS, Bárbara C. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERAÇÃO ENTRE MÃES E BEBÊS DE QUATRO A SEIS MESES DE IDADE. 2016. 49 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) - Brasil, Bauru, 2016.

CARVALHO, J. P.; HOPKO, D. R. Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, v. 42, n. 2, p. 154-162, 2011.

CHOWDHARY, N.; SIKANDER, S.; ATIF, N.; SINGH, N.; AHMAD, I.; FUHR, D. C.; PATEL, V. THE content and delivery of psychological interventions for perinatal depression by non-specialist health workers in low and middle income countries: a systematic review. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology, 28.1: 113-133, 2014.

COÊLHO, N. L.; TOURINHO, E. Z. The concept of anxiety in behavior analysis. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 21, n. 2, p. 171-178, 2008.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. Journal of health and social behavior, p. 385-396, 1983.

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

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.

Cozby, P. C. Capítulo 4 – Estudo do comportamento. In: Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. 4ª ed. São Paulo, Atlas, 2009.

CULHANE, J. F.; RAUH, V.; MCCOLLUM, K. F.; HOGAN, V. K.; AGNEW, K.; WADHWA, P. D. Maternal stress is associated with bacterial vaginosis in human pregnancy. Maternal and Child Health Journal v. 5 n. 2, p. 127–134, 2001.

DELITTI; P. DERDYK, Terapia Analítico-Comportamental em Grupo. Santo André, Esetec Editores, p. 33-57, 2008.

DENNIS, C. L.; BROWN, J. V. E.; BROWN, H. K. Interventions (other than psychosocial, psychological and pharmacological) for treating postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019.

DENNIS, C.; FALAH-HASSANI, K.; SHIRI, R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, v. 210, n. 5, p. 315-323, 2017.

DRETZKE, J.; DAVENPORT, C.; FREW, E.; BARLOW, J.; STEWART-BROWN, S.; BAYLISS, S.; HYDE, C. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. Child and adolescent psychiatry and mental health, v. 3, n. 1, p. 7, 2009.

DUARTE-FIDELES, M. N.; VANDENBERGHE, L. Psicoterapia analítica funcional feminista: Possibilidades de um encontro. Psicologia: teoria e prática, v. 16, n. 3, 2014.

ESTES, W. K.; SKINNER, B. F. Some quantitative properties of anxiety. Journal of Experimental Psychology, v. 29, n. 5, p. 390, 1941.

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, A.; PEREIRA, M. E. Medidas do estresse: uma revisão narrativa. Psicologia, saúde & doenças, v. 14, n. 1, p. 101-124, 2013.

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

FIGUEIRA, P.; CORREA, H.; MALLOY-DINIZ, L.; ROMANO-SILVA, M. A. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 43, supl. 1, p. 79-84, Aug. 2009 .

FORD, E.; ROOMI, H.; HUGH, H.; VAN MARWIJK, H. Understanding barriers to women seeking and receiving help for perinatal mental health problems in UK general practice: development of a questionnaire. Primary Health Care Research & Development, 20, 2019.

FRIZZO, G. B.; Prado, L. C.; Linares, J. L.; Piccinini, C. A. Aspectos relacionais da depressão: o conceito de" honorável fachada" em dois casos clínicos. Psicologia Clínica, 23.1: 133-155, 2011.

GARG, A.; CHREN, M. M, SANDS, L. P.; MATSUI, M. S.; MARENUS, K. D.; FEINGOLD, K. R.; ELIAS, P. M. Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis: implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. Archives of Dermatology v. 137 n. 1 p. 53–59, 2001.

GODOY, A. O processo da avaliação comportamental. MD Claudino, Trad.) Manual de técnicas de terapia comportamental e modificação do comportamento, p. 81-97, 1996.

GRADVOHL, S. M. O; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. Pensando familias, v. 18, n. 1, p. 55-62, 2014.

GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. Psicologia: teoria e prática, v. 17, n. 1, p. 26-36, 2015.

HAYES, S. C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies–republished article. Behavior therapy, 47.6: 869-885, 2016.

HENDERSON, J.; REDSHAW, M. Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women's experience of care. Journal of Reproductive and Infant Psychology, v. 31, n. 5, p. 465-478, 2013.

HETEM, L. A. B.; GRAEFF, F. G. (ed.). Transtornos de ansiedade. Editora Atheneu, 2004.

HOLZEL BK, CARMODY J, EVANS KC, HOGE EA, DUSEK JA, MORGAN L, PITMAN RK, LAZAR SW. Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. Social Cognitive & Affective Neuroscience v. 5 n. 1 p. 11–17, 2010.

HOPKO, D. R..; ROBERTSON, S.; LEJUEZ, C. W. Behavioral activation for anxiety disorders. The Behavior Analyst Today, 2006, 7.2: 212.

HOWARD, L. M.; MEGNIN-VIGGARS, O.; SYMINGTON, I.; PILLING, S. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. Bmj, v. 349, p. g7394, 2014.

HOWARD, L. M.; MEGNIN-VIGGARS, O.; SYMINGTON, I.; PILLING, S. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. Bmj, v. 349, p. g7394, 2014.

HOWARD, L. M.; MEGNIN-VIGGARS, O.; SYMINGTON, I.; PILLING, S. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. Bmj, v. 349, p. g7394, 2014.

HUNZIKER, M. H. L. O desamparo aprendido revisitado: estudos com animais. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 21, n. 2, p. 131-139, 2005.

KNIGHT, M.; TUFFNELL, D.; KENYON, S.; SHAKESPEARE, J.; GRAY, R.; KURINCZUK, J. J. Saving lives, improving mothers' care: Surveillance of maternal deaths in the UK 2011-13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland. Confidential enquiries into maternal deaths and morbidity 2009-13. 2015.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company, 1984.

LEME, V. B. R.; BOLSONI-SILVA, A. T.; CARRARA, K. Uma análise comportamentalista de relatos verbais e práticas educativas parentais: alcance e limites. Paidéia (Ribeirão Preto), v. 19, n. 43, p. 239-247, 2009.

LEON, K. A.; HYRE, A. D.; OMPAD, D.; DESALVO, K. B.; MUNTNER, P. Perceived stress among a workforce 6 months following hurricane Katrina. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology v. 42 n. 12 p. 1005–1011, 2007.

LIMA, G. F.; BIANCHI, E. R. F. Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. Revista Mineira de Enfermagem, v. 14, n. 2, p. 210-218, 2010.

Liu, Y.; Kaaya, S.; Chai, J.; McCoy, D. C.; Surkan, P. J.; Black, M. M.; Smith-Fawzi, M. C. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. Psychological medicine, 47(4), 680-689, 2017

LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. D. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. Revista de Saúde Pública, v. 41, p. 606-615, 2007.

MARTIN, G.; PEAR, J. Modificação de Comportamento: o que é e como fazer. São Paulo: Roca, 2009.

MCALONAN, G. M.; LEE, A. M.; CHEUNG, V.; CHEUNG, C.; TSANG, K. W. T.; SHAM, P. C.; CHUA, S. E.; JOSEPHINE, G. W. S. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. The Canadian Journal of Psychiatry v. 52 n. 4 p. 241–247, 2007.

MELTZER-BRODY, S.; HOWARD, L. M.; BERGINK, V.; VIGOD, S.; JONES, I;, MUNK-OLSEN, T.; MILGROM, J.. Postpartum psychiatric disorders. Nature reviews Disease primers, v. 4, n. 1, p. 1-18, 2018.

MEYER, S. B. Sentimentos e emoções no prcesso clínico. Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitiv-comportamental v. 2, 2001.

NAGLE; FARRELLY, M. Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. Midwifery, v. 66, p. 79-87, 2018.

NENO, S. Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva, 5.2: 151-165, 2003.

O'CONNOR, E.; ROSSOM, R. C.; HENNINGER, M.; GROOM, H. C.; BURDA, B. U. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. Jama, v. 315, n. 4, p. 388-406, 2016.

O’CONNOR, E.; ROSSOM, R. C.; HENNINGER, M.; GROOM, H. C.; BURDA, B. U. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. Jama, v. 315, n. 4, p. 388, 2016

O’CONNOR, E.; ROSSOM, R. C.; HENNINGER, M.; GROOM, H. C.; BURDA, B. U. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. Jama, v. 315, n. 4, p. 388-406, 2016.

O'HARA, M. W.; MCCABE, J. E. Postpartum depression: current status and future directions. Annual review of clinical psychology, v. 9, p. 379-407, 2013.

OLIVEIRA, K. L.; NORONHA, A. P. P.; DANTAS, M. A.; SANTAREMÆ, E. M. O psicólogo comportamental e a utilização de técnicas e instrumentos psicológicos. Psicologia em Estudo, v. 10 n. 1, 2005.

OLIVEIRA, L. T.; DONELLI, T. M. S.; REUSE, B. Psicoterapia pais-bebê: uma revisão sistemática de literatura. Revista Psicologia e Saúde, 11.1: 109-123, 2019.

PEREIRA, L. M.; SILVEIRA VIERA, C.; TOSO, B. R. G. O.; CARVALHO, A. R. S.; BUGS, B. M. Validação da escala Índice de Estresse Parental para o português do Brasil. Acta Paulista de Enfermagem, v. 29, n. 6, 2016.

PRENOVEAU, J. M.; CRASKE, M. G.; WEST, V.; GIANNAKAKIS, A.; ZIOGA, M.; LEHTONEN, A.; MURRAY, L. Maternal postnatal depression and anxiety and their association with child emotional negativity and behavior problems at two years. Developmental psychology, v. 53, n. 1, p. 50, 2017.

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., C. R. R. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. Journal of health psychology, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010.

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

RUIZ, M. R. Inconspicuous sources of behavioral control: The case of gendered practices. The Behavior Analyst Today, v. 4, n. 1, p. 12, 2003.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. Paidéia (Ribeirão Preto), v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Post-natal depression self-rating scales: Brazilian study. Rev Psiq Clin, v. 26, n. 2, p. 32-40, 1999.

SCHAEFER, M. P.; DONELLI, T. M. S. Psicoterapia mãe-bebê: uma intervenção no contexto da prematuridade. Contextos Clínicos, 10.1: 33-47, 2017

SESKEVICH, J. E.; PIEPER, C. F. Brief meditation training can improve perceived stress and negative mood. Alternative Therapies in Health and Medicine. v. 13 n. 1 p. 38–44, 2007.

SHULMAN, B. Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. Journal of affective disorders, 2018, 235: 61-67.

SIDMAN, M. Coerção e suas implicações (MA Andery & TM Sério, trads.). Campinas: Editorial Psy II.(Original publicado em 1989), 1995..

SIDMAN, M. Coerção e suas implicações (MA Andery & TM Sério, trads.). Campinas: Editorial Psy II.(Original publicado em 1989), 1995.

SILVA, E. C; LAURENTI, C. BF Skinner e Simone de Beauvoir:"a mulher" à luz do modelo de seleção pelas consequências. Perspectivas em análise do comportamento, v. 7, n. 2, p. 197-211, 2016.

SILVA, M. R.; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Psicoterapia pais-bebê e depressão pós-parto materna: Participação do pai. Paidéia, 23(55), 207-215, 2013

Skinner, B. F. Ciência e comportamento humano. São Paulo, SP: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1953), 2003.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 26, p. 649-659, 2017.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L. State-trait anxiety inventory for adults: sampler set: manual, test, scoring key. Mind Garden, 1983.

STEIN, A.; PEARSON, R. M.; GOODMAN, S. H.; RAPA, E.; RAHMAN, A.; MCCALLUM, M.; PARIANTE, C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. The Lancet, v. 384, n. 9956, p. 1800-1819, 2014.

STEIN, A.; PEARSON, R. M.; GOODMAN, S. H.; RAPA, E.; RAHMAN, A.; MCCALLUM, M.; PARIANTE, C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. The Lancet, v. 384, n. 9956, p. 1800-1819, 2014.

TAYLOR-PILIAE, R. E.; HASKELL, W. L.; WATERS, C. M.; FROELICHER, E. S. Change in perceived psychosocial status following a 12-week Tai Chi exercise program. Journal of Advanced Nursing v. 54 n. 3 p. 313–329, 2006.

TOURINHO, E.Z. Relações comportamentais como objeto da Psicologia: algumas implicações. Interação em Psicologia, 10.1, 2006.

VASCONCELOS, L. A.; NAVES, A. R. C. X.; ÁVILA, R. R. Abordagem Analítico-comportamental do desenvolvimento. **Investigações históricas, conceituais e aplicadas em análise do comportamento**, v. 1, p. 1-30, 2010.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 7.1: 77-92, 2005

CONSIDERAÇÕES GERAIS:

A transição para a maternidade envolve importantes transformações, tanto biológicas quanto psicossociais (VASCONCELOS; NAVES; ÁVILA, 2010). O índice clínico de saúde emocional identificado nesta amostra indica que o contexto relacionado à maternidade aumenta a vulnerabilidade das mulheres, que estão mais suscetíveis a expressarem esses sintomas (GUÉRIN, 2017). No caso deste estudo, com foco nas variáveis externas, sobre o fenômeno foi identificado que mães do primeiro bebê, menor condição socioeconômica e a ausência de planejamento da gestação foram variáveis associadas ao aumento de chance de risco para alterações de saúde emocional nas mulheres dessa amostra. Considerando essas variáveis, ressalta-se a importância de realizar avaliações desses sintomas nessa população, principalmente em programas de saúde públicos, onde frequenta a população com menor renda.

Embora esteja na saúde pública a concentração de menor renda, planejamento familiar e a transição da maternidade, após o primeiro filho, são variáveis que representam práticas culturais dos brasileiros em todas as camadas sociais. Não há uma cultura de planejamento familiar nem serviços com foco na aprendizagem de comportamentos maternos. Programas que consistem em oferecer aprendizagem destes comportamentos de planejamento e transição também podem ser fatores de proteção e de prevenção (BIGLAN, 2015).

As situações estressantes que envolvem a maternidade podem resultar em mal-estar físico ou emocional (RAPOPORT; PICCININI, 2011). Observar e analisar esses comportamentos exige cuidado, para além da topografia, avaliar o grau de prejuízo dessas alterações. Por conta da situação de mudança natural ocasionada pela maternidade, alguns sinais de cansaço, tristeza, frustração vão ser experienciados e devem ser validados. Entretanto, quando o grau de sofrimento aumenta, elas devem receber atenção do clínico ou de profissionais de saúde.

Como alternativa para estabelecer um critério entre o sofrimento transitório, decorrente dessas mudanças de respostas crônicas, foi utilizar as categorizações psiquiátricas avaliadas pelos instrumentos validados para rastreamento de transtornos mentais específicos (LEME; BOLSONI-

SILVA; CARRARA, 2009; COZBY, 2009; MEYER, 2001). Além de ampliar a sintomatologia, para além da depressão pós-parto, incluindo os sintomas de estresse e ansiedade. Esses instrumentos servem como guias para avaliações mais precisas e puderam selecionar uma amostra que tinha uma determinada frequência de sintomas importantes para a intervenção. Considerando esses sintomas, as análises estatísticas evidenciaram redução dos índices após a intervenção, um dado que expressa a efetividade da oferta de atendimento para essas mulheres, evidências quantitativas.

Para a análise qualitativa também houve relatos que indicaram mudança, tanto de aprendizagens sobre comportamentos adaptativos e de aceitação das mudanças advindas do contexto da maternidade, quanto de habilidades de resolução de problemas da rede de apoio ou com seu bebê. Os dados dos dois estudos finais indicam que a intervenção foi uma variável protetiva; de maneira geral, após a intervenção as mães relataram sentir-se mais habilidosas para essa tarefa e com isso mais resilientes.

REFERÊNCIAS GERAIS:

ACHENBACH, T. M. Developmental psychopathology. In: BORNSTEIN, M. H. & LAMB, M. E. (ORGS.). **Developmental Psychology: An advanced textbook**. New York: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, p. 629-676. 1992.

BANACO, R. A. Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. **Sobre comportamento e cognição**, v. 4, p. 75-82, 1999.

BIGLAN, Anthony. **The nurture effect: How the science of human behavior can improve our lives and our world.** New Harbinger Publications, 2015.

BRAZELTON, T. B.; KOSLOWSKI, B.; MAIN, M. **The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction.** 1974.

CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. **Psico, Porto Alegre**, v. 46, n. 4, p. 492-501, 2015.

CAMPOS, B. C. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERAÇÃO ENTRE MÃES E BEBÊS DE QUATRO A SEIS MESES DE IDADE. 2016. 49 f. **Dissertação (Mestrado**) - Curso de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) - Brasil, Bauru, 2016.

CARR, E. G.; LANGDON, N. A.; YARBROUGH, S. C. **Linking functional assessment to effective intervention. Functional analysis of problem behavior**, p. 7-31, 1999.

CAVALCANTE, S. N.; TOURINHO, E. Z. Classificação e diagnóstico na clínica: Possibilidades de um modelo analítico-comportamental. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 14, n. 2, p. 139-147, 2012.

COSTA, N. O surgimento de diferentes denominações para a Terapia Comportamental no Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 13.2: 46-57 (2011)

COUTO, A. G; DITTRICH, A. Feminismo e análise do comportamento: caminhos para o diálogo. **Perspectivas em análise do comportamento**, 2017, 8.2: 147-158.

Cozby, P. C. Capítulo 4 – Estudo do comportamento. In: **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento.** 4ª ed. São Paulo, Atlas (2009)

FALK, J. L.; KUPFER, A. S. Adjunctive behavior: Application to the analysis and treatment of behavior problems. 1998.

FOLLETTE, W. C.; NAUGLE, A. E.; LINNEROOTH, P. J. N. Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. 2000.

GARBOIS, J.A; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M, Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em debate**, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.

GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 1, p. 11-19, 2003.

GUÉRIN, B. How to rethink human behavior: A practical guide to social contextual analysis. **Routledge**, 2016.

GUILHARDI, H. J. Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil. **Trabalho apresentado no XXI Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, Curitiba, PR. Recuperado de www. terapiaporcontingencias. com. br/txt/terceiraonda. pdf**, 2012.

LEME, V. B. R.; BOLSONI-SILVA, A. T.; CARRARA, K. Uma análise comportamentalista de relatos verbais e práticas educativas parentais: alcance e limites. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 19, n. 43, p. 239-247, 2009.

LEONARDI, J. L. **Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

LIBERATO M. D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 2009.

MASTEN, A. S. Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, v.56 n.3, p. 227-238, 2001.

MEYER, S. B. Sentimentos e emoções no prcesso clínico. **Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitiv-comportamental v. 2**, 2001.

PINHEIRO, D. P. N. Resilience in discussion. **Psicologia em estudo**, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. **Psico-Usf**, v. 16, n. 2, p. 215-225, 2011.

REPPOLD, C. T.; PACHECO, J.; BARDAGI, M.; HUTZ, C. S. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**, p. 7-51, 2002.

SKINNER, B. F. Seleção por conseqüências. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 2007, 9.1: 129-137.

STURMEY, P. **Functional analysis in clinical psychology**. John Wiley & Sons, 1996.

TOURINHO, E. Z.; SÉRIO, T. M. A. P. Definições contemporâneas da análise do comportamento. **Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas**, p. 1-13, 2010.

VILAS BOAS, D. L. O.; BANACO, R. A.; BORGES, N. B. Discussões da análise do comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. **Clínica Analítico-Comportamental: aspectos teóricos e práticos. São Paulo, Artmed**, p. 95-101, 2012.

WEINBERG, M. K.; TRONICK, E. Z. Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. **Postpartum depression and child development**, p. 54-81, 1997.

Anexo 1:

Parecer “Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil” (aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru, Processo nº 11187/46/01/2012)

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

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prematuridade: percepção materna, saúde emocional materna, interação mãe bebê e desenvolvimento infantil

Pesquisador: Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64920817.9.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.958.940

Apresentação do Projeto:

No presente projeto pretende-se identificar quais fatores influenciam a percepção materna da condição de internação do bebê na UTI Neonatal e, também, analisar a influência da prematuridade, da saúde mental materna e da percepção das mães da condição do bebê quando internado, sobre o desenvolvimento infantil e a interação mãe bebê.

Objetivo da Pesquisa:

São descritos de forma clara e correspondem as escolhas dos métodos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão devidamente apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os procedimentos metodológicos sugeridos estão condizentes com as necessidades e os objetivos propostos pelo projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pertinentes e devidamente apresentados.

Recomendações:

Nada a declarar.

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_834771.pdf	06/02/2017 12:30:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/02/2017 12:28:06	Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofapesp2016final.pdf	06/02/2017 12:21:03	Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	06/02/2017 12:18:33	Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

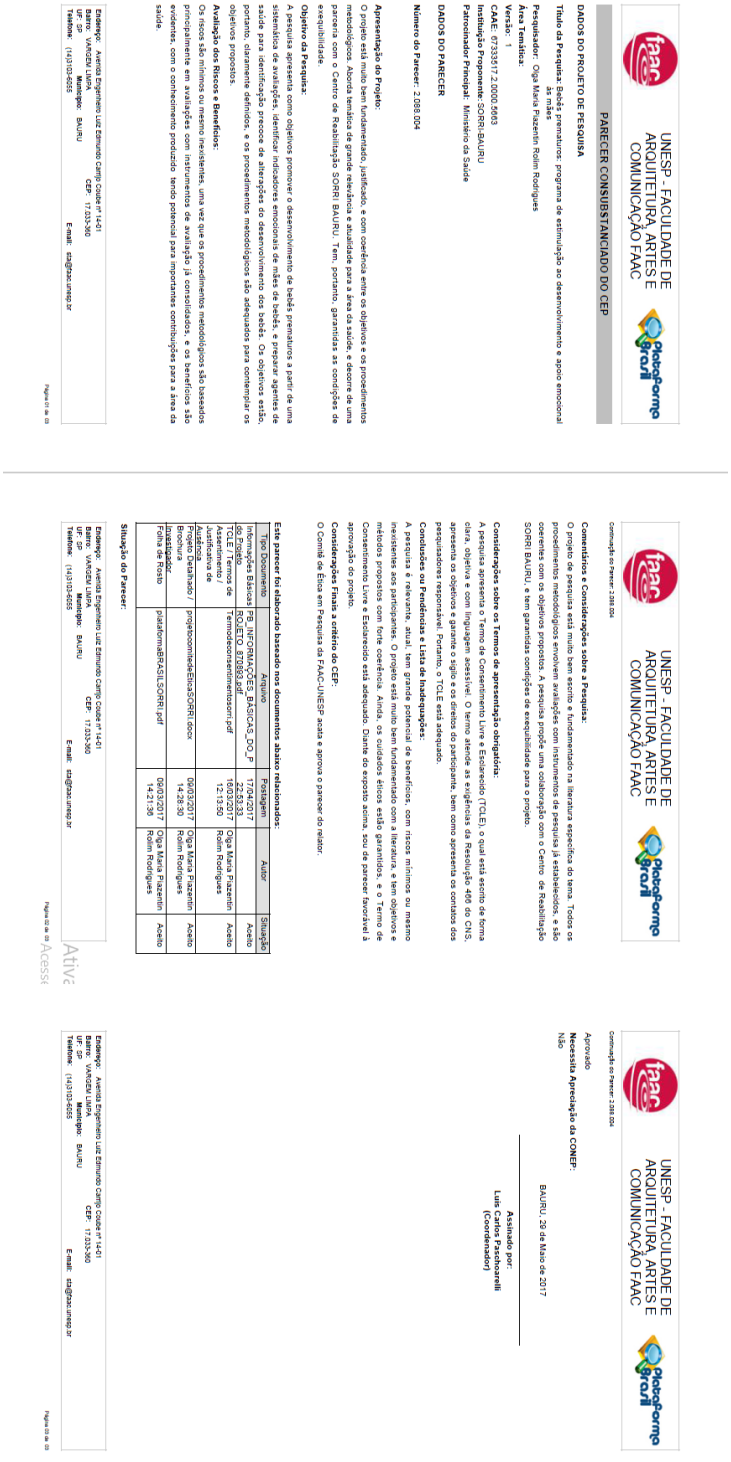
BAURU, 10 de Março de 2017

Assinado por:
Alessandro Moura Zagatto
(Coordenador)

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

Anexo 2:

Parecer “Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães” (aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru, Processo nº 2.088.004-



UNESP - FACULDADE DE ARQUITETURA, ARTES E COMUNICAÇÃO FAAC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães

Pesquisador: Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67233517.2.0000.5663

Instituição Proponente: SORRI-BAURU

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.088.004

Apresentação do Projeto:
O projeto está muito bem fundamentado, justificado, e com coerência entre os objetivos e os procedimentos metodológicos. Aborda temática de grande relevância e atualidade para a área da saúde, e discorre de uma parceria com o Centro de Reabilitação SORRI BAURU. Tem, portanto, garantidas as condições de exequibilidade.

Objetivo da Pesquisa:
A pesquisa apresenta como objetivos promover o desenvolvimento de bebês prematuros a partir de uma sistemática de avaliações; identificar indicadores emocionais de mães de bebês, e preparar agentes de saúde para identificação precoce de alterações do desenvolvimento dos bebês. Os objetivos estão, portanto, claramente definidos, e os procedimentos metodológicos são adequados para contemplar os objetivos propostos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Os riscos são mínimos ou mesmo inexistentes, uma vez que os procedimentos metodológicos são baseados principalmente em avaliações com instrumentos de avaliação já consolidados, e os benefícios são evidentes, com o conhecimento produzido tendo potencial para importantes contribuições para a área da saúde.

Endereço: Avenida Engenheiro Luiz Edmundo Coelho Queiroz nº 1-50
Bairro: VARGEM LIMPA
UF: SP
Município: BAURU
Telefone: (14)3103-6055
CEP: 17.033-360
E-mail: cep@faac.unesp.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
O projeto de pesquisa está muito bem escrito e fundamentado na literatura específica do tema. Todos os procedimentos metodológicos envolvem avaliações com instrumentos de pesquisa já estabelecidos, e são coerentes com os objetivos propostos. A pesquisa propõe uma colaboração com o Centro de Reabilitação SORRI BAURU, e tem garantidas condições de exequibilidade para o projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
A pesquisa apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual está escrito de forma clara, objetiva e com linguagem acessível. O termo atende as exigências da Resolução 466 do CNS, apresenta os objetivos e garante o sigilo e os direitos do participante, bem como apresenta os contatos dos pesquisadores responsável. Portanto, o TCLE está adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
A pesquisa é relevante, atual, tem grande potencial de benefícios, com riscos mínimos ou mesmo inexistentes aos participantes. O projeto está muito bem fundamentado com a literatura, e tem objetivos e métodos propostos com forte coerência. Ainda, os cuidados éticos estão garantidos, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado. Diante do exposto acima, sou de parecer favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:
O Comitê de Ética em Pesquisa da FAAC-UNESP aceita e aprova o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P_772641.pdf	17/04/2017 12:13:50	Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeconsentimentoLivre.pdf	16/03/2017 14:28:30	Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocomitedeEticaSORRI.docx	09/03/2017 14:21:36	Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	plataformaBRASILSORRI.pdf	09/03/2017 14:21:36	Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BAURU, 29 de Maio de 2017

Assinado por:
Luis Carlos Paschoarelli
(Coordenador)

Endereço: Avenida Engenheiro Luiz Edmundo Coelho Queiroz nº 1-50
Bairro: VARGEM LIMPA
UF: SP
Município: BAURU
Telefone: (14)3103-6055
CEP: 17.033-360
E-mail: cep@faac.unesp.br

Anexo 3: *Questionário de avaliação da sessão anterior*

NOME:_____

Avaliação do grupo:

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4- Lembre-se da última sessão, o quanto você avalia que os assuntos e análises propostas ajudaram durante sua semana?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5- Quantos comportamentos novos você conseguiu realizar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 4: *Questionário de avaliação das condições da intervenção*.

Questionário de Avaliação da Intervenção

Olá, este momento gostaria que você pudesse me dizer um pouco do que achou do processo nesses cinco 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 detalhares, com suas próprias palavras:

Obrigada!

1- De maneira geral, que nota daria para o tratamento que você recebeu?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2- Quanto ao convite e explicações sobre no que consistiria o grupo:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4- Relação com as terapeutas:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

O tratamento:

1- O que mais gostou nos atendimentos?

2- O que menos gostou?

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

Apêndice 1: Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente instrumento atende às exigências da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, _____, portador/a da cédula de identidade _____, pai (mãe) da(o) menor _____, após leitura deste documento e explicações dadas pela pesquisadora sobre a pesquisa, autorizo a utilização dos dados obtidos no projeto: "BEBÊS PREMATUROS: PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO E APOIO EMOCIONAL ÀS MÃES", para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalho científico, ressalvando o sigilo e a ética no que se refere a qualquer informação que permita a identificação minha ou de meu filho. Estou ciente de que não teremos nenhum ônus referente a participação na mesma e que poderei deixar de participar a qualquer tempo sem prejuízo de outras atividades que participo na SORRI – Bauru. Fui informado que em caso de dúvida deverei procurar a responsável pelo projeto, a Profa. Dra. Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues, que deverá ser contatada pelo telefone (14) 3103 6090. O projeto tem como objetivos: promover o desenvolvimento motor, social, cognitivo e de linguagem de bebês prematuros, a partir de uma avaliação inicial e reavaliações trimestrais, encaminhando-os para avaliações mais acuradas nas diferentes especialidades e, identificar indicadores emocionais de mães de bebês, antes e depois da participação em programas de atendimento terapêutico.

Caso o/a participante da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP, campus de Bauru, sito na Avenida Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01.

Por estar de acordo assina o presente termo.

Bauru, ____ de _____de _____

_____

Assinatura do responsável