

Indicadores Emocionais de Mães de Bebês com Risco para o Desenvolvimento

Gilda Maria Albaricci Nex Alves¹

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues²

Hugo Ferrari Cardoso³

Resumo

Este estudo analisou os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão de mães de bebês que apresentavam condição de risco ao desenvolvimento e relacionou-os a variáveis maternas e do bebê. Foram aplicados em 53 mães de bebês de até 24 meses os instrumentos: Índice de Stress Parental (PSI-4), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A). Os resultados apontaram, no PSI, estresse em Angústia Parental em 26% das participantes. No IDATE, 40% apresentaram Ansiedade Traço e, 18% delas apresentaram indicadores de depressão. Identificou-se correlações positivas e significativas entre os indicadores emocionais avaliados com variáveis maternas e do bebê. Os achados evidenciaram a necessidade de identificar os componentes emocionais das mães de bebês que apresentavam condição de risco ao desenvolvimento para disponibilizar atendimento especializado, com ganhos para os bebês, para elas e para as suas famílias.

Palavras-chave: indicadores emocionais; estresse; ansiedade; depressão; desenvolvimento infantil.

Emotional Indicators of Mothers of Babies Facing Developmental Risks

Abstract

This study analyzed the indicators of parental stress, anxiety and depression in the mothers of infants who presented a developmental risk condition and relate them to maternal and infant variables. The instruments: Parental Stress Index (PSI-4), Trait-State Anxiety Inventory (IDATE) and Baptist Depression Scale (EBADEP-A) were applied to 53 mothers of infants up to 24 months old. The results showed, in PSI, stress in Parental Anxiety in 26% of the participants. In IDATE, 40% showed Trait Anxiety, and, 18% of them showed indicators of depression. Positive and significant correlations were identified among the emotional indicators evaluated, as well as regarding the mothers' and the babies' variables. The findings evidenced the need to identify the emotional components of the mothers of

¹ Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP).

² Doutora em Psicologia Experimental, pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Livre-Docente da Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho (UNESP).

³ Doutor em Psicologia pela Universidade São Francisco. Professor da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP).

babies facing developmental risks *to provide specialized care, with gains, for babies, for them and for their families.*

Keywords: *emotional indicators; stress; anxiety; depression; child development.*

Introdução

O Ministério da Saúde (Brasil, 2012) considera como de risco para o desenvolvimento o recém-nascido exposto a situações em que há maior probabilidade de evolução desfavorável. São critérios para identificação do recém-nascido em condição de risco: ser filho de mãe com baixa instrução, adolescente ou com baixo nível socioeconômico; apresentar história de morte de criança menor de cinco anos na família; criança explicitamente indesejada; nascimento pré-termo com menos de 37 semanas de gestação e, baixo peso ao nascer, considerando peso menor que 2.500grs (Brasil, 2012). Com relação ao recém-nascido de alto risco preconiza, ainda, asfixia grave ao nascer (índice em escala Apgar menor que sete no quinto minuto), prematuridade com idade gestacional abaixo de 35 semanas e peso ao nascer inferior a 2.000grs e/ou a presença de outras doenças graves.

A probabilidade de risco para a mortalidade, problemas de saúde e demais atrasos no desenvolvimento é maior para bebês que nascem com menor peso e idade gestacional (Linhares, 2003, Pinto, 2009). Estes bebês, quando comparados a bebês nascidos a termo e com peso adequado, apresentam-se mais sujeitos a sequelas no desenvolvimento neuropsicomotor, a dificuldades escolares e problemas de comportamento como: inadequação no convívio social, *déficit* de atenção e menor capacidade em lidar com problemas (Ferraz et al., 2010; Linhares, Carvalho, Bordin, Chimello, Martinez, & Jorge, 2000; Rodrigues & Bolsoni-Silva, 2011; Sassá, Higarashi & Bercini, 2011).

Independente da condição, a chegada de uma criança que apresenta riscos ao desenvolvimento pode trazer mudanças familiares e a vivência intensa de sentimentos como frustração, medo, desespero, culpa e ansiedade. Linhares et al. (2000) descreveram a mãe como mais suscetível a sentimentos de impotência e de estresse. Todavia, alterações emocionais das mães também podem interferir no desenvolvimento de suas crianças (Ribeiro, Perosa & Padovani, 2014).

Neste contexto, diversos estudos consideraram a saúde emocional materna e seus componentes de estresse, ansiedade e depressão no período pós-gestacional como um fator de risco para o desenvolvimento infantil (Bigras, Lemay & Brunson, 2012; Frizzo & Piccinini, 2005; Ribeiro et al., 2014). Segundo os autores, a presença desses indicadores pode afetar na disponibilidade de cuidados e na interação mãe-criança e, conseqüentemente, no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014) define o estresse como sofrimento psicológico intenso ou prolongado envolvendo reações fisiológicas e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas do indivíduo. Entre os critérios estão elencados incapacidade de vivenciar emoções positivas, senso de realidade alterado acerca de si mesmo ou do ambiente, esforços para evitar lembranças angustiantes, dificuldade em iniciar e manter o sono, irritabilidade e reação agressiva diante de pouca ou nenhuma provocação. Pode envolver dificuldade de concentração, sentimento de desligamento do corpo ou sentir o mundo como irreal. O estresse parental pode ser descrito como o sentimento vivido pelos genitores nas suas funções de pai e de mãe

estando relacionado às suas características, às da criança, às demandas de cuidados com o filho e ao vínculo entre eles (Abidin, 1992).

Estudos tem enfatizado que o estresse parental é multideterminado e, em níveis clínicos configura-se como fator de risco para o desenvolvimento da criança (Abidin, 1992; Baião, 2009; Minetto, 2010; Santos, 2008). Minetto (2010) comparou níveis de estresse em 61 famílias de filhos com deficiência intelectual, Síndrome de Down e desenvolvimento típico, utilizando o Índice de Stress Parental – PSI, de zero a seis anos de idade. A autora identificou maior índice geral de estresse nas mães com filhos com deficiência intelectual, seguido das mães com filhos com Síndrome de Down e, o mais baixo foi o de mães com filhos com desenvolvimento típico. Baião (2009) estudou o estresse comparando mães de bebês prematuros inseridos em Serviço Hospitalar de Neonatologia com grupo de mães de bebês sem prematuridade. A autora identificou níveis mais baixos em relação ao grupo controle e atribuiu ao estado clínico favorável dos bebês prematuros, bem como ao apoio focado na melhoria da relação mãe e bebê oferecido no serviço hospitalar.

Como o estresse, a ansiedade é um transtorno emocional que pode incidir sobre as relações estabelecidas entre a mãe e seus filhos. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014), a ansiedade caracteriza-se por preocupação excessiva e comportamentos de cautela e fuga. Manifesta-se em dificuldade de controlar a apreensão, agitação, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbações no sono.

Os indicadores emocionais de mães de bebês com nascimento prematuro foram estudados por Padovani (2005) que utilizou, para avaliação de ansiedade o Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE). Participaram 50 mães de bebês nascidos pré-termo e com muito baixo peso e 25 mães de bebês nascidos a termo. Os resultados mostraram que as mães de bebês pré-termo apresentaram escores indicativos de ansiedade-estado significativamente maior quando comparado às mães de bebês nascidos a termo. Diferentemente, Beltrami, Moraes e Souza (2013), encontraram baixa frequência de ansiedade em níveis importantes (moderado e grave) em mães de bebês com idade até quatro meses independente se nascidos a termo ou pré-termo.

A ansiedade e o estresse, enquanto fatores de risco para o desenvolvimento de bebês foram estudados por Pereira, Chiodelli, Rodrigues, Silva e Mendes (2014). As autoras encontraram resultados indicativos de ansiedade estado em nível clínico em 25% das mães. A ansiedade traço, característica mais permanente, foi identificada em 18,8% das participantes. Todavia, os bebês, filhos de mães ansiosas, mostraram-se mais independentes, enquanto o estresse influenciou negativamente no desempenho cognitivo deles.

Além do estresse e da ansiedade, a depressão também pode estar presente em mães de bebês. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014), a caracteriza pela presença de humor triste, vazio ou irritável, além de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente o funcionamento do indivíduo. Maggi, Prux e Palma (2009) avaliaram a ansiedade e depressão de 22 mães de bebês internados em uma Unidade de Cuidado Intensivo. Encontraram níveis elevados de depressão associados à preocupação com a saúde do bebê, sugerindo a necessidade de encaminhamento para serviços especializados. Em pesquisa sobre o impacto da depressão em relação ao desenvolvimento linguístico e psicológico do bebê, Carlesso, Souza e Moraes (2014) avaliaram 165

mães e seus bebês com idade abaixo de quatro meses e identificaram em 30% delas prevalência de depressão pós-parto.

O período pós-parto é considerado de grande vulnerabilidade. Manente e Rodrigues (2016) enfatizaram a importância da utilização de instrumentos de avaliação da saúde emocional das mães nas rotinas de assistência na gestação e puerpério. Tais medidas visam, não somente proteger a saúde materna, mas também favorecer o desenvolvimento de seus bebês.

Analisar os indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês que apresentam condição de risco ao desenvolvimento pode contribuir para o conhecimento dos seus desdobramentos tanto para a saúde emocional da mulher como para aumentar sua adesão a programas de estimulação essencial para seu filho. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo descrever os indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês que apresentam condição de risco ao desenvolvimento e relacioná-los com variáveis maternas e do bebê.

Metodologia

Participantes

Participaram desta pesquisa 53 mães de bebês com indicativo de risco ao desenvolvimento, candidatas a um Programa de Estimulação Essencial, no período compreendido entre agosto de 2013 e outubro de 2014. Para a participação das mães de bebês no projeto foram considerados os seguintes critérios: não apresentar histórico ou transtornos psiquiátricos e para os bebês: idade até um ano e 11 meses, nascidos com idade gestacional abaixo de 37 semanas e/ou com diagnóstico de síndromes e/ou deficiência de acordo com a definição do CID-10, utilizando ou não aparelhos de uso contínuo como oxigenoterapia, ventilação mecânica não-invasiva, traqueostomia e/ou gastrostomia.

Materiais

Formulário Sociodemográfico e Clínico:

O Formulário Sociodemográfico e Clínico, elaborado para este estudo, tinha como objetivo coletar informações sobre o bebê (sexo, idade ao iniciar o Programa de Estimulação, peso no nascimento, idade gestacional, diagnóstico, utilização de aparelhos de uso contínuo, ordem do nascimento) e sobre a mãe (idade, estado civil e escolaridade).

Parental Stress Index (PSI-4):

O Parental Stress Index (PSI-4) (Abidin, 2012) é constituído por 36 questões divididas em três domínios: *Angústia dos pais* (PD), que determina o nível de angústia que a mãe experiencia em função de fatores pessoais relacionados com a parentalidade; *Disfuncionalidade na interação mãe-filho* (P-CDI), que focaliza na percepção materna de que a criança não preenche suas expectativas; *Criança Difícil* incide sobre características comportamentais da criança que tornam fácil ou difícil administrá-la e, *Estresse total* que corresponde a uma identificação do nível geral de estresse. As respostas são ajustadas a uma escala do tipo *Likert*: concordo completamente (1), concordo (2), não tenho certeza

(3), discordo (4), e discordo completamente (5). A confiabilidade do instrumento para *Estresse Total* foi de $\alpha=0,91$ e, em seus domínios: Domínio da criança ($\alpha=0,87$) e Domínio dos pais ($\alpha=0,88$), consideradas satisfatórias (Pereira et al., 2016).

Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE):

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2003) é composto por duas escalas, elaboradas para medir o estado e o traço de ansiedade. Contém 20 afirmações para que o sujeito assinale aquela que descreve como geralmente se sente e, outras 20, para que assinale como se sente no momento. Tanto para os indicadores de Ansiedade-Traço quanto para os de Ansiedade-Estado utilizou-se o escore igual ou acima do percentil 75 (ou escore 48) para definir sintomas de Ansiedade Clínica, de acordo com estudos da área (Baptista, Baptista & Torres, 2006; Padovani, 2005; Perosa, Silveira & Canavez, 2008; Schiavo, 2011). O índice de confiabilidade do IDATE é de $\alpha=0,79$ (Pasquali, Pinelli, & Solha, 1994).

Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A: versão adulto):

A Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A: versão adulto) (Baptista, 2012) é um instrumento de rastreio de sintomatologia depressiva. A escala é constituída por 90 frases, as quais são apresentadas em pares, formando 45 itens, com quatro alternativas que podem pontuar zero, um, dois ou três pontos. É estruturada em formato *Likert* com a possibilidade de um escore total de 135 pontos. Considera-se quanto menor a pontuação, menor sintomatologia em depressão. O índice de confiabilidade da escala é de $\alpha=0,95$ pelo Alfa de Cronbach (Baptista, Cardoso & Gomes, 2012).

Procedimento para a coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em uma sala do setor de Psicologia, do Centro de Reabilitação SORRI-BAURU, situado na cidade de Bauru, estado de São Paulo. O Centro é uma instituição que atende pessoas com deficiências de todas as idades, de Bauru e região. O Programa de Estimulação Essencial, existente na Instituição desde 2005, atende bebês e crianças de zero a cinco anos e onze meses. Os casos são encaminhados pelas maternidades, hospitais, postos de saúde, escolas, centros de referência da assistência social e demais recursos especializados.

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

Após tais procedimentos, as mães de bebês com até um ano e onze meses de idade que realizavam a triagem inicial dos seus bebês na Instituição foram convidadas a participarem desse projeto. Aquelas que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento no qual constavam todas as informações sobre este estudo. Foram aplicados individualmente o Formulário Sociodemográfico e Clínico e os instrumentos para a avaliação dos indicadores emocionais. As aplicações, conduzidas pela

pesquisadora, duraram, em média, 60 minutos, ocorreram sem a presença dos bebês, em local livre de estímulos e garantindo a privacidade das participantes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, campus de Bauru/SP (processo CAAE nº 20525213.0.0000.5398).

Procedimento para análise dos dados

As respostas ao Formulário Sociodemográfico e Clínico foram contabilizadas e os dados foram utilizados para a descrição das participantes e seus filhos e, posteriormente, para a correlação com os resultados dos demais instrumentos utilizados. Os dados obtidos com o PSI, IDATE e a EBADEP, foram codificados seguindo-se as normas dos respectivos manuais. Em algumas análises estatísticas, utilizou-se a pontuação bruta, para comparação entre grupos.

As análises foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico SPSS – Versão 22.0. Os escores obtidos nos diversos instrumentos foram analisados descrevendo os diferentes indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão para a amostra avaliada. O teste de Pearson foi utilizado para avaliar a correlação entre as variáveis maternas e do bebê com os indicadores emocionais maternos, bem como entre os instrumentos aplicados. Para aferir o valor preditivo das variáveis das mães e dos bebês sobre os indicadores emocionais foram realizadas análises de regressão linear múltipla (utilizando o método *Stepwise*) entre as variáveis independentes relacionadas à mãe (idade, estado civil, escolaridade, adesão ao programa) e de variáveis do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho) com variáveis dependentes como estresse, ansiedade e depressão.

Resultados

Em relação aos dados referentes aos bebês, quanto ao sexo, 53% eram meninas e, quanto à idade, 47% estavam na faixa etária de zero a três meses ao iniciar o Programa (Mínima: um mês; Máxima: 21 meses; Média: 5,6 meses). Dos bebês, 7% estavam com mais de um ano quando iniciaram o Programa de Estimulação Essencial.

Considerando a idade gestacional, 26% dos bebês nasceram a termo e 74% nasceram prematuros e, destes, 51% apresentaram idade gestacional abaixo de 34 semanas. Dos bebês, 42% deles apresentaram peso no nascimento acima de 2500grs e menos do que isso para os demais. Na amostra estudada foram registrados 17% de bebês gemelares, 34% era o primeiro filho e, 49% era o segundo filho na ordem de nascimento.

Com relação ao uso de aparelho de suporte à vida, constatou-se que 9% dos bebês o utilizavam. Dos bebês, 62% da amostra caracterizam-se como condição de gravidade severa. Entre as participantes, 65% apresentaram adesão ao Programa. Os dados referentes aos bebês estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos bebês, filhos das participantes.

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

* Bebê adotado

Quanto aos dados referentes às mães, 75% declararam em união estável. Quanto a idade observa-se que 51% das participantes tinham até 29 anos (Mínima: 15 anos; Máxima: 42; Média: 27,9). Em relação à escolaridade, 47% das mães possuíam o ensino médio ou superior (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização das mães participantes.

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

No que se refere aos indicadores emocionais, nos dados obtidos com o PSI, apresentaram estresse em Angústia Parental, 28% das mães, em Disfuncionalidade na Interação mãe-filho, 4% das mães, em Criança Difícil, 9% das mães e, em Estresse Total, 6% das mães.

Considerando percentis iguais ou acima de 75 como indicativos de ansiedade clínica, observou-se que 17% das mães apresentaram Ansiedade Estado e 40% apresentaram Ansiedade Traço. Os dados obtidos com a EBADEP-A, apontaram que 18% das participantes relataram sintomas indicativos de depressão.

A fim de verificar as associações entre os indicadores emocionais (estresse, ansiedade e depressão), bem como variáveis maternas, foram realizadas análises de correlação (Tabela 3). Considerando as variáveis maternas, os resultados mostraram que não houve correlações com significância estatística com os dados do PSI e EBADEP-A. Com os resultados do IDATE observou-se correlação positiva e significativa entre idade e Ansiedade Estado mostrando que quanto maior a idade materna maior a ansiedade ($r=0,28$; $p=0,042$). Com escolaridade a correlação foi negativa e significativa ($r=-0,29$; $p=0,047$), isto é, quanto menor a escolaridade, maior a ansiedade.

Tabela 3. Correlação entre as variáveis maternas e os indicadores emocionais maternos

Instrumentos	R	P
IDATE		
Ansiedade-estado X idade	0,28*	0,042
Ansiedade-traço X escolaridade	-0,29*	0,047

A Tabela 4 apresenta os dados de correlação entre os resultados nos instrumentos de saúde emocional materna e variáveis da mãe e do bebê. Dos dados com significância obtidos com o PSI observou-se, em nível de 95%, correlação positiva ($r=0,29$; $p=0,033$) entre Angústia parental e gravidade do quadro do bebê, ou seja, quanto maior o comprometimento, maior o índice de angústia. Em Disfuncionalidade na Interação observou-se correlação positiva ($r=0,23$; $p=0,098$) com o uso do aparelho, em nível de significância de 90%. No domínio Criança Difícil verificou-se correlação negativa ($r=-0,41$; $p=0,002$) entre sexo do bebê (masculino) e estresse da mãe e correlação positiva ($r=0,338$; $p=0,014$) com maior gravidade do caso. Observou-se, também, uma tendência com a idade da criança ($r=0,26$; $p=0,058$), significando mais estresse à medida que a criança cresce. Em Estresse Total observou-se correlação positiva ($r=0,33$; $p=0,014$) com idade (quanto maior a idade, maior o índice total de estresse).

Quanto aos indicadores de ansiedade e as variáveis do bebê foi encontrada correlação positiva ($r=0,58$; $p=0,000$) entre Ansiedade Estado e ordem do nascimento, mostrando que as mães de gêmeos estão mais ansiosas. Quanto a Ansiedade Traço observou-se correlação positiva ($r=0,36$; $p=0,007$) com maior gravidade do caso e, uma tendência de correlação ($r=0,23$; $p=0,096$) com ordem de nascimento indicando que mães de gêmeos são mais ansiosas.

Os resultados significativos da EBADEP-A apontaram para correlação positiva ($r=0,36$; $p=0,007$) com maior gravidade da condição de bebê e depressão materna. Também, observou-se tendência à correlação ($r=0,25$; $p=0,067$) com ordem do nascimento apontando para maior depressão das mães de gêmeos. Com adesão ao programa observou-se uma tendência à correlação ($r=0,25$; $p=0,064$) apontando que mães mais depressivas são aquelas que aderem ao programa.

Tabela 4. Correlação entre as variáveis do bebê e os indicadores emocionais maternos

PSI-4	R	P
Angústia parental X gravidade	0,29*	0,033
Disfuncionalidade na interação X uso de aparelho bebê	0,23	0,098
Criança difícil X sexo bebê	-0,41**	0,002
Criança difícil X idade bebê	0,26	0,058
Criança difícil X gravidade	0,33*	0,014
Estresse total X idade bebê	0,29*	0,037
Estresse total X gravidade	0,25	0,066
IDATE		
Ansiedade estado X ordem nascimento	0,58**	0,001
Ansiedade-traço X gravidade da condição	0,36**	0,007
EBADEP-A		
Depressão X ordem de nascimento	0,25	0,067
Depressão X gravidade da condição	0,36**	0,007
Depressão X adesão ao programa	0,25	0,064

(teste de correlação de Pearson)

O teste de correlação de Pearson também foi utilizado para verificar se havia correlação entre os resultados obtidos pelas participantes nos três instrumentos utilizados (Tabela 5). Encontraram-se correlações estatisticamente significativas e positivas entre Angústia dos pais e IDATE Estado ($r=0,37^*$; $p=0,006$); IDATE Traço ($r=0,61^{**}$; $p=0,000$) e, EBADEP-A ($r=0,67^{**}$; $p=0,000$), sendo as duas últimas correlações consideradas moderadas. A Disfuncionalidade na interação mãe-filho correlacionou positivamente com a EBADEP-A ($r=0,31^*$; $p=0,024$) enquanto, Criança difícil correlacionou com o IDATE Traço ($r=0,29^*$; $p=0,030$) e com a EBADEP-A ($r=0,33^*$; $p=0,014$), todas correlações fracas. O Estresse Total correlacionou com o IDATE Traço ($r=0,55^{**}$; $p=0,000$) e a EBADEP-A ($r=0,59^{**}$; $p=0,000$), correlações consideradas moderadas. O IDATE Estado correlacionou com IDATE Traço ($r=0,33^*$; $p=0,014$); IDATE Estado e EBADEP-A ($r=0,41^{**}$; $p=0,002$) enquanto o IDATE Traço correlacionou com a EBADEP-A ($r=0,83^{***}$; $p=0,000$), sendo que uma foi fraca, uma moderada e, a última, forte.

Tabela 5. Correlação entre os resultados obtidos nos instrumentos aplicados.

	PSI Angustia dos pais	PSI Disfuncionalidade na interação	PSI Criança difícil	PSI Total	IDATE TRAÇO	IDATE ESTADO	EBADEP
IDATE TRAÇO	0,061** P= 0,000	0,09 P=0,486	0,29* P=0,030	0,55** P=0,000	1		
IDATE ESTADO	0,37** P=0,006	0,20 P=0,13	0,08 P=0,57	0,25 P=0,07	0,33* P=0,014	1	
EBADEP	0,67** P=0,000	0,31* P=0,024	0,33* P=0,014	0,59** P=0,000	0,83** P=0,000	0,41** P=0,002	1

(teste de correlação de Pearson)

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

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

Analisou-se, também, utilizando a análise de regressão linear, a influência de variáveis maternas (idade, estado civil, escolaridade e adesão ao programa) e do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho e gravidade da condição), enquanto variáveis independentes sobre os indicadores de estresse, ansiedade e depressão, variáveis dependentes. Considerando as pontuações da escala de Estresse Parental (PSI), cujos dados podem ser visualizados na Tabela 6, observa-se que, para Angústia Parental a idade gestacional foi a variável que mais pôde predizer a angústia vivenciada pelas mães, ou seja, quanto menor a idade gestacional maior o poder preditivo para Angústia Parental. Em relação a Disfuncionalidade na interação – P-CDI, não foram encontradas variáveis relacionadas.

Para o domínio Criança Difícil, a análise de regressão apontou a maior adesão e o sexo do bebê como as variáveis que podem predizer o estresse vivenciado pelas mães em relação às características da criança. Desta forma, os bebês do sexo masculino foram percebidos pelas mães com mais características comportamentais de difícil administração. Este resultado pode estar relacionado a comportamentos externalizantes apresentarem maior incidência em crianças do sexo masculino, como

apontam dados em critérios diagnósticos internacionais, como os da última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014). Ainda em relação a este domínio, a variável com maior poder preditor para o Estresse Total foi o estado civil solteira ou separada.

Tabela 6. Análise de Regressão entre as variáveis da mãe e do bebê e a pontuação no Índice de Stress Parental PSI.

Modelo		Coeficientes		Coeficiente Padronizado	t	Significância
		Não padronizados	Erro padrão			
		B	Erro padrão	Beta		
Angústia dos Pais - PCI-PD						
	(Constante)	49,372	9,880		4,997	0,000
1	Idade gest	-0,631	0,292	-0,289	-2,157	0,036
Criança Difícil						
	(Constante)	19,221	1,576		12,195	0,000
1	Adesão	1,319	0,399	0,420	3,303	0,002
2	(Constante)	28,733	4,086		7,032	0,000
	Adesão	1,281	0,380	0,408	3,368	0,001
	Sexo do bebê	-6,168	2,465	-0,303	-2,503	0,016
Estresse Total						
	(Constante)	68,711	3,686		18,640	0,000
1	Est. Civil	-1,489	0,699	-0,286	-2,130	0,038

(Método Stepwise)

A análise utilizando, como variáveis dependentes as pontuações da escala de Ansiedade Estado-Traço IDATE e, como variáveis independentes dados maternos (idade, estado civil, escolaridade e adesão ao programa) e do bebê (sexo, idade, ordem de nascimento, uso de aparelho e gravidade da condição) estão apresentados na Tabela 7. Os dados indicam a ordem de nascimento como a variável que mais pôde predizer a Ansiedade Estado vivenciada pelas mães, apontando a presença de gêmeos como a variável com maior poder preditivo. A escolaridade foi a variável que mais pôde predizer o traço de ansiedade e, após esta, a idade da mãe. Constatou-se que quanto menor a escolaridade e mais avançada a idade da mãe, maior a Ansiedade Traço.

Tabela 7. Análise de regressão entre as variáveis da mãe e do bebê e a pontuação obtida no Inventário de Ansiedade IDATE.

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

(método Stepwise)

A Tabela 8 mostra os resultados da regressão linear em relação à sintomatologia depressiva. Em relação à depressão, conforme demonstrado, encontraram-se as variáveis adesão e escolaridade como fator preditivo, ou seja, as mães com mais indicadores clínicos de depressão apresentaram maior índice de adesão ao Programa e as mães com menor escolaridade apresentaram mais indicadores clínicos de depressão de acordo com a escala EBADEP-A.

Tabela 8. Análise de regressão entre as variáveis da mãe e do bebê e a pontuação obtida na Escala de Depressão EBADEP-A.

Modelo	Coeficientes Não padronizados		Coeficiente Padronizado	t	Significância	
	B	Erro padrão	Beta			
	(Constante)	6,941	12,881		0,539	0,592
1	Adesão	17,059	7,437	0,311	2,294	0,026
2	(Constante)	13,624	12,883		1,058	0,296
	Adesão	21,832	7,561	0,399	2,887	0,006
	Escolar. mãe	-10,820	5,235	-0,285	-2,067	0,044

(método Stepwise)

Discussão

O presente estudo pretendeu descrever os indicadores de estresse parental, ansiedade e depressão de mães de bebês com indicadores de risco ao desenvolvimento que foram encaminhados para um programa de estimulação essencial. A maioria dos bebês da amostra concentrou-se na faixa abaixo de um ano, o que caracteriza precocemente o encaminhamento de bebês em condição de risco para o serviço. Entre as mães foram mais frequentes aquelas com união estável, em todas as faixas etárias e aquelas com ensino médio ou superior.

Dos domínios avaliados pelo Índice de Stress Parental (PSI) a Angústia Parental foi o mais frequente para 26% da amostra. Nos demais domínios menos de 10% das mães apresentaram estresse. Os baixos níveis de estresse encontrados confirmam os resultados obtidos por Baião (2009) reforçando a hipótese do fator de proteção à saúde emocional quando o atendimento ao bebê garante, também, apoio emocional às mães.

A análise dos dados do IDATE mostrou que em Ansiedade Traço, 40% das mães a apresentaram. Este dado parece indicar que essas mães já apresentavam comprometimento emocional mais duradouro, ainda que não seja possível identificar se já ocorria antes, ou se estão nesta condição a partir do nascimento do bebê. Com relação à Ansiedade Estado prevaleceu a controlada (abaixo de Percentil 74). Uma hipótese é que as mães avaliadas podem ter interpretado a inserção em um programa de estimulação e a acolhida da equipe como positivas, refletindo em índices baixos de ansiedade-estado. Resultados semelhantes foram encontrados por Beltrami, Moraes e Souza (2013).

A maioria das participantes relatou ausência de sintomas de depressão. Este resultado contraria pesquisas que apontam índices elevados de indicadores de depressão em mães de bebês e crianças com presença de risco ao desenvolvimento, como os resultados obtidos por Carlesso et al. (2014) que identificaram uma prevalência de depressão de aproximadamente 30% na amostra estudada.

A análise dos dados obtidos constatou correlação positiva entre Ansiedade Estado com idade materna, apontando que quanto mais avançada a idade da mãe, mais ansiosa ela se apresentou. A Ansiedade Estado verificada nas participantes mais velhas pode estar relacionada com aspectos psicológicos manifestados na situação atual ao lidar com a prematuridade ou condição de risco do bebê. A Ansiedade Traço apontou para correlação negativa com escolaridade materna, mostrando que quanto menor a escolaridade maior a Ansiedade. Neste sentido, Zamignani e Banaco (2005) creditam a presença da ansiedade a um repertório comportamental limitado frente às habilidades necessárias para resolução de problemas; podendo-se inferir que a baixa escolaridade esteja relacionada com menor desenvolvimento destas habilidades. A análise de regressão confirmou o mesmo dado e a escolaridade foi a variável que mais pôde predizer o traço de ansiedade.

Analisando a correlação entre os resultados do PSI, IDATE e EBADEP com variáveis do bebê, observou-se correlação positiva entre a gravidade da condição e os domínios Angústia Parental, Criança Difícil e Estresse Total. O uso de aparelho de suporte à vida apontou para maior estresse no domínio Disfuncionalidade na Interação mãe-bebê e o maior comprometimento da condição do bebê apontou para aumento no domínio Angústia Parental. Considerando os bebês com uso de aparelho como aqueles que apresentaram maior comprometimento, os achados não confirmaram os resultados de Minetto (2012) que, utilizando a mesma escala, obteve, na dimensão Interação Disfuncional, diferença estatisticamente significativa entre os grupos apontando que os pais de filhos com

desenvolvimento típico apresentaram menor Interação Disfuncional que os outros dois grupos de análise. No presente estudo, as mães de bebês cuja condição era mais grave, também apresentaram mais Ansiedade Traço e Depressão.

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

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

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

Observou-se que o estresse pessoal está mais presente, assim como a Ansiedade Traço, mais do que Ansiedade Estado e depressão, na população estudada. A presença dos indicadores emocionais correlacionou-se mais com a escolaridade materna. Das variáveis dos bebês, a idade, o sexo, a gemelaridade e a gravidade da condição relacionaram positivamente com os indicadores de saúde emocional. Andrade, Martins, Ângelo e Martinho (2014) encontraram em um estudo de revisão sistemática que mães de gêmeos são mais propensas à depressão.

Entre os instrumentos utilizados encontrou-se correlações significativas entre os resultados obtidos pelas participantes nos três instrumentos utilizados. Encontrou-se seis correlações de magnitudes classificadas como fracas, quatro correlações moderadas e uma correlação forte (Dancey & Reidy, 2006). Maggi et al. (2009) também encontraram associações significativas quanto à ansiedade-traço e depressão e ansiedade-estado e ansiedade-traço. Os resultados também aproximam-se de pesquisa de Flores, Souza, Moraes e Beltrami (2013) com mães e bebês de zero a 4 meses, que encontraram alta correlação entre ansiedade e depressão, apontando que as mães com maior grau de depressão, também obtiveram maior grau de ansiedade. A relação observada entre os instrumentos utilizados mostraram que são constructos correlatos e que, se um dos componentes emocionais está presente, há uma possibilidade de que outros apareçam em algum momento, sugerindo um atendimento psicológico atento às necessidades maternas.

Considerações finais

Diante do exposto, acredita-se nas contribuições desta pesquisa para o campo de atendimentos aos bebês em condição de risco ao desenvolvimento, uma vez que identificar os componentes emocionais das mães destes bebês pode favorecer preventivamente a elaboração dos programas de intervenção precoce, pensando na qualidade de vida da mãe, bem como no desenvolvimento do bebê. Os resultados encontrados, além de ampliar o conhecimento sobre o tema embasam o planejamento

de ações que favoreçam a estimulação dos bebês e o atendimento às mães nas suas necessidades e demandas emocionais.

Entre as limitações identificadas estão o número de participantes, a diversidade em relação à idade das mães, bem como em relação às diferentes condições de riscos dos bebês e o instrumento utilizado para avaliar a depressão das mães. Um número maior de participantes poderia gerar dados mais confiáveis e o instrumento utilizado, que é recente, dificultou a comparação com outros estudos além de não possuir validação com amostras com características semelhantes à amostra utilizada.

Os achados do presente estudo evidenciam a responsabilidade dos profissionais envolvidos com o seguimento dos bebês em condição de risco quanto a necessidade de identificar os componentes emocionais das mães disponibilizando o atendimento a elas com objetivos de ganho, não só para os bebês, como também para as famílias, que podem ter suas necessidades atendidas.

Os resultados indicaram a correlação com variáveis maternas e do bebê, que poderiam subsidiar a implementação de políticas públicas mais eficientes junto a mães e seus bebês, em um país que assiste ao aumento de casos de crianças com deficiência, seja pela maior disponibilização de tecnologias que aumentam a sobrevivência de bebês muito prematuros ou pelo aparecimento de novos vetores que resultam no nascimento de crianças com síndromes anteriormente raras, como a microcefalia. Seria de grande contribuição, a continuidade do estudo descrevendo as estratégias de intervenção utilizadas pela área de Psicologia, possibilitando a reaplicação em demais instituições de saúde, configurando-se como um importante potencial preventivo na promoção da saúde emocional materna e no favorecimento do desenvolvimento adequado do bebê.

Referências

- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual (3th ed.)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. R. (2012). *Parenting Stress Index: Professional Manual (4th ed.)*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L., Martins, M.M., Ângelo, M. & Martinho, J. (2014). A família na vivência da gemelaridade – Revisão sistemática. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(3), 758-766.
- Baião, R. D. M. (2009). *Stress parental e prematuridade*. Dissertação de Mestrado. Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Baptista, M. N., Baptista A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC- Revista de Psicologia*, 7(1), 39-48.
- Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão, Versão Adulto*. São Paulo: Vetor Editora.
- Baptista, M. N., Cardoso, H. F., & Gomes, J. O. (2012). Escala Baptista de Depressão, Versão Adulto: Validade convergente e estabilidade temporal. *Psico-USF*, 17(3), 407-416.

- Beltrami, L., Moraes A. B. & Souza A. P. R. (2013). Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação*, 25(2), 229-239.
- Bigras, N., Lemay, L., & Brunson, L. (2012). Parental stress and daycare attendande. Does daycare quality and parental satisfaction with daycare moderate the relation between family income and stress level among parents of four years old children? *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 55, 894-901.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para os profissionais de saúde*. (2ª. ed.) Brasília: Ministério da Saúde.
- Carlesso, J. P. P., Souza, A. P. R., & Moraes, A. B. (2014). Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC*, 16(2), 500-510.
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para Psicologia usando o SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- Ferraz, S. T., Frônio, J. S., Neves, L. A. T., Demarchi, R. S., Vargas, A. L., & Ghetti, F. F. et al. (2010). Programa de follow-up de recém-nascidos de alto risco: Relato da experiência de uma equipe interdisciplinar. *Revista APS*, 13(1), 133-139.
- Ferreira, P. R., & Fiamenghi-Jr, G. A. (2015). Relações familiares de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual profunda. *Pensando famílias*, 19(1), 130-141.
- Figueiredo, B. V., Garcia, R. D., Prudente, C. O. M., & Ribeiro, M. F. M. (2010). Estresse parental em mães de bebês, crianças, adolescentes e adultos jovens com Síndrome de Down. *Revista Movimenta*, 3(4), 175-180.
- Flores, M. R., Souza, A. P. R., Moraes, A. B., & Beltrami, L. (2013). Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista CEFAC*, 15(2), 348-360.
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 47-55.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., Chimello, J. T., Martinez, F. E., & Jorge, S. M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paideia*, 10(18), 60-69.
- Linhares, M. B. M. (2003). Prematuridade, risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento. *Temas sobre desenvolvimento*, 12, 18-24.
- Maggi A., Prux, H. D. S., & Palma Y. A. (2009). Bebês de risco: A caracterização psicossocial das mães e as possibilidades de intervenções psicológicas. *Aletheia*, 30, 129-141.
- Manente, M. V. & Rodrigues, O. M. P. R. (2016). Maternidade e trabalho: Associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal. *Pensando Famílias*, 20(1), 83-98.
- Minetto, M. F. J. (2010). *Práticas educativas parentais, crenças parentais, estresse parental e funcionamento familiar de pais de crianças com desenvolvimento típico e atípico*. Tese de doutorado. Doutorado em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.
- Minetto, M. F. J. (2012). Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. *Educar em Revista*, 43, 117-132.

- Padovani, F. H. P. (2005). *Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo*. Tese de doutorado. Doutorado em Ciências, Área Psicologia. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Pasquali, L., Pinelli Jr., B., & Solha, A.C. (1994). Contribuição à validação e normalização da escala de ansiedade-traço do IDATE. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 10*(3), 411-420.
- Pereira, L. M, Viera, C. S., Toso, B. R. G. O., Carvalho, A. R. S., & Bugs, B. M. (2016). Validação da escala Índice de Estresse Parental para o português do Brasil. *Acta Paulista de Enfermagem, 29*(6), 671-677.
- Pereira, V. A., Chiodelli, T., Rodrigues, O. M. P. R., Silva, C. S. O., & Mendes, V. F. (2014). Desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida: Variáveis maternas e sociodemográficas. *Pensando famílias, 18*(1), 64-77.
- Perosa, G. B., Silveira, F. C. P., & Canavez, I. C. (2008). Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24*(1), 29-36.
- Pinto, E. B. O. (2009). O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 22*(1), 76-85.
- Ribeiro, D. G., Perosa, G. B., & Padovani, H. P. (2014). Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: Aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Ciência & Saúde Coletiva, 19*(1), 215-226.
- Rodrigues, O. M. P. R., & Bolsoni-Silva, A. T. (2011). Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 21*(1), 111-121.
- Santos, V. A. B. S. (2008). *Stress parental e práticas parentais em mães de crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção*. Dissertação de Mestrado. Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa, Lisboa, POR.
- Sassá, A. H., Higarashi, I. H., Bercini, L. O., Arruda, D. C., & Marcon, S. S. (2011). Bebê de risco: Acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. *Acta Paulista de Enfermagem, 24*(4), 541-549.
- Schiavo, R. A. (2011). *Presença de stress e ansiedade em primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Desenvolvimento e Aprendizagem. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, SP.
- Spielberger, C. D, Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (2003). *Inventário de Ansiedade Traço-Estado*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 7*(1), 77-92.

Endereço para correspondência

gildaalbaricci@gmail.com

Enviado em 31/07/2017

1ª revisão em 02/09/2017

2ª revisão 14/03/2018

3ª revisão em 25/11/2018

Aceito em 04/12/2018