

Saúde Emocional Materna e Prematuridade: Influência Sobre o Desenvolvimento de Bebês aos Três Meses

Rafaela de Almeida Schiavo¹

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues²

Janaína Senhorini dos Santos³

Barbara Camila de Campos⁴

Luana Monteiro Barros Nascimento⁵

Lilian Maria Candido de Souza Dornelas⁶

Resumo

Objetivo foi avaliar a influência da prematuridade e de aspectos da saúde emocional materna no desenvolvimento de bebês aos três meses. Participaram 191 díades sendo 69 a termo e 122 prematuros. Para avaliação da saúde emocional materna foram utilizados a EPDS, o ISS e o IDATE e para avaliação do desenvolvimento a Escala Bayley III. Aos três meses mães de bebês prematuros apresentaram significativamente mais ansiedade/estado e depressão pós-parto do que mães de bebês nascidos a termo. O desenvolvimento foi pior para os prematuros. Não se observou associação entre alterações emocionais maternas e desenvolvimento do prematuro. Entre as mães de bebês a termo observou-se riscos de atraso no desenvolvimento quando a mãe apresentava estresse em quatro das cinco áreas avaliadas. Resultados indicaram que tanto a saúde emocional quanto à prematuridade tem impacto sobre o desenvolvimento, sugerindo que mães de prematuros ou não, devem ser acompanhados durante o primeiro ano de vida.

Palavras-chave: saúde emocional materna, prematuridade, desenvolvimento infantil

Maternal Emotional Health and Prematurity: Influence on Baby Development at Three Months

Abstract

The objective was to evaluate the influence of prematurity and aspects of maternal emotional health on the development of babies at three months. 191 dyads participated, of which 69 were forward and 122 premature. EPDS, ISS and IDATE were used to assess maternal emotional health and Bayley III Scale to assess development. At three months, mothers of premature babies had significantly more anxiety / state and postpartum depression than mothers of full-term babies. Development was worse for preterm infants. There was no association between maternal emotional changes and the

1 Psicóloga, fundadora do Instituto MaterOnline. Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Ciências, Bauru. Departamento de Psicologia.

2 Psicóloga, professora do Programa de pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da UNESP/Bauru.

3 Fisioterapeuta Neurofuncional Infantil e Equoterapia no Centro Especializado de Reabilitação SORRI – BAURU.

4 Psicóloga Doutoranda no Programa de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem na UNESP/Bauru.

5 Psicóloga, Universidade Estadual Paulista.

6 Fisioterapeuta e coordenadora dos setores de Fisioterapia e Educação Física no Centro Especializado em Reabilitação SORRI – BAURU.

premature infant's development. Among term mothers, there were risks of developmental delay when the mother had stress in four of the five areas assessed. Results indicated that both emotional health and prematurity have an impact on development, suggesting that mothers of preterm or not, should be followed during the first year of life.

Keywords: *maternal emotional health, prematurity, child development*

Introdução

Estudos têm mostrado que cerca de 29% das mulheres apresentaram alterações emocionais no período pós-parto, o que pode acarretar prejuízos à saúde da mãe e do bebê (Soares, et al., 2015; Schiavo, 2016; Schiavo & Perosa, 2020). A maternidade exige mudanças e adaptações, tornando o nascimento do bebê um momento estressante, provocando na mulher sensações de cansaço, preocupação, mal-estar, frustração, medo e ansiedade (Rapoport & Piccinini, 2011). Tais aspectos tendem a se agravar considerando variáveis maternas como o estresse e a depressão e, do bebê, como a prematuridade e outras variáveis de risco ao desenvolvimento (Schiavo, et al., 2020; Schiavo & Perosa, 2020; Schiavo, 2016; Morais, et al., 2013; Pereira, et al., 2014).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018) define o nascimento prematuro como aquele que ocorre antes das 37 semanas completas de gestação e, o nascimento prematuro acentuado o que ocorre com idade gestacional inferior a 28 semanas. Estudos apontaram para fatores associados ao um parto prematuro, destacando o número baixo de consultas pré-natais, idade superior a 35 anos e inferior a 19 anos, histórico anterior de parto prematuro, baixo peso gestacional e baixo nível socioeconômico (Passini, et al., 2014; Silva, et al., 2009). O nascimento prematuro é caracterizado como um fator de risco que pode comprometer a saúde e o desenvolvimento do bebê, necessitando de avaliações sistemáticas e acompanhamento por um longo período (Schiavo, et al., 2020; Righi, et al., 2017).

Para compreensão dos processos desenvolvimentais deve-se levar em conta a complexa combinação de influências que podem ter diferentes desfechos, remetendo à necessidade de abordar os fatores de risco e proteção. Os fatores de risco, que influenciam de maneira complexa e adversa o desenvolvimento infantil, são condições ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis. Podem ser fatores de risco biológico e de risco ambiental e, ocorrer antes, durante e depois do nascimento (Papalia & Feldman, 2013). Entre os biológicos, estariam acontecimentos pré, peri e pós-natais, como a prematuridade, o baixo peso ao nascimento à termo e as complicações no parto e na gravidez (Rodrigues, 2012). Já entre os ambientais estão a falta de recursos básicos para a sobrevivência, os conflitos familiares, a doença crônica, os problemas de saúde mental do cuidador e a violência e maus-tratos, ou seja, um conjunto de variáveis de um meio caótico que influenciam o desenvolvimento humano desde o nascimento (Papalia & Feldman, 2013; Boyd & Bee, 2011).

A prematuridade, enquanto fator de risco biológico pode ser acompanhado de outras condições de vulnerabilidade ambientais que contribuem para acentuar as condições de risco (Rodrigues, 2012; Schiavo, et al., 2020). Por ocasião do nascimento prematuro, quando há risco à sobrevivência do bebê, há a necessidade de internação em Unidade Intensiva de Tratamento Neonatal (UTIN). A internação mostra-se como uma variável adversa que pode trazer complicações na adaptação entre a díade, pois, há uma interrupção não programada entre o nascimento e a interação diária e imediata entre mãe e bebê.

A mulher é exposta a uma situação em que pode interagir com seu bebê de maneira restrita em ambiente hospitalar, além de entrar em contato com aspectos relacionados a fragilidade da saúde da criança. Destaca-se, também, o luto experienciado pela mãe nesse momento de internação do bebê, uma vez que há uma idealização do bebê até então sendo gerado, que pode não corresponder com as características do bebê recém-nascido (Schaefer & Danelli, 2017). Segundo os autores, é necessário então que a mãe elabore seu luto para que possa investir nesse outro bebê. Outro fator importante decorrente do nascimento prematuro é a maturidade biológica dos bebês. Eles tendem a ser menos responsivos aos estímulos ambientais, quando comparados a bebês nascido a termo (Caldas, et al., 2016; Schiavo, et al., 2020), resultando em prejuízos em relação à interação com a mãe (Schiavo, 2016), principalmente se a condição da criança requerer internação em UTIN, dificultando a aproximação mãe-bebê e, conseqüentemente, a interação da díade (Wust & Vieira, 2011).

No Brasil, a sobrevivência de bebês nascidos prematuros aumentou consideravelmente nos últimos anos (Matijasevich, et al., 2013). Esse fato está intimamente relacionado ao aumento das tecnologias disponíveis para o atendimento e intervenção ao neonato possibilitando, assim, sua recuperação mesmo em situações de prematuridade acentuada. Em referência ao desenvolvimento do bebê prematuro esses são mais propensos a apresentarem atrasos, quando comparados aos bebês nascidos a termo, nas áreas motora, cognitiva, de linguagem e de aprendizagem (Martins, et al., 2005; Castro, et al., 2007; Lamônica & Picolini, 2009; Guimarães, et al., 2011; Rodrigues & Bolsoni-Silva, 2011; Santos, 2017; Schiavo, et al., 2020), apresentando, também, dificuldades na aquisição, normalização e/ou estabilização de diversos comportamentos (Righi, et al., 2017). Um dos fatores de proteção mais importantes, neste caso, é um ambiente familiar que promove estimulações adequadas como forma a potencializar o desenvolvimento (Rodrigues & Bolsoni-Silva, 2011; Correa, et al., 2018; Tella, et al., 2018).

As mães de bebês prematuros, por conta do processo de internação de seus filhos em uma UTIN, podem apresentar sentimentos negativos como incerteza, apreensão, tristeza, separação precoce e culpa (Padovani, et al., 2009). Tais sentimentos podem ser potencialmente estressores para as mães. Diante disso, a mãe pode se tornar menos adaptada aos cuidados para com o bebê, de forma a comprometer sua percepção sobre suas próprias necessidades e as do recém-nascido (Ensink, et al., 2015).

Diante disso, é possível que a mãe se torne menos responsiva (Kim & Kochanska, 2012). A mãe pode passar a se comportar de maneira intrusiva, hostil ou até mesmo com retraimento em relação ao bebê, proporcionando um ambiente mais restrito e, dessa forma, menos estimulador, prejudicando o seu desenvolvimento (Carvalho & Silva, 2014; Murray, et al., 2010).

Dessa maneira, pensar na saúde mental, a partir dos indicadores como sintomas de estresse, ansiedade e depressão e, no bem-estar das mães no momento pós-parto (Greinert, et al., 2018) é importante para o desenvolvimento do bebê e para a promoção da saúde emocional materna (Dantas, et al., 2012). Mesmo um nascimento ocorrido no momento esperado pode gerar situações de estresse, especialmente por conta de todas as mudanças que acompanham a chegada do bebê (Rodrigues & Schiavo, 2011; Maldonado, 2017).

Ribeiro, et al., (2014) apontaram que até os 12 meses a saúde emocional materna pode ter impacto sobre o desenvolvimento de crianças, uma vez que as bases do desenvolvimento infantil dependem intimamente da relação da díade mãe-bebê. Assim, comportamentos de intrusividade e apatia, presentes nos diagnósticos de depressão, ansiedade e

estresse, interferem na interação da mãe com os filhos e, portanto, em seu desenvolvimento (Schiavo & Perosa, 2020; Crestani, et al., 2012).

Estudos que investigaram as alterações de saúde emocional materna citam o estresse, ansiedade e depressão como as principais alterações nesse período (Schiavo, et al., 2018; Schiavo, 2016; Schiavo & Perosa, 2020; Rodrigues & Schiavo, 2011). Além disso, os resultados demonstraram a propensão de mulheres com sintomas de estresse a desenvolverem, também, ansiedade e depressão, como reflexo das situações adversas que podem estar presentes no pós-parto (Rodrigues & Schiavo, 2011; Schiavo, 2016; Perosa, et al., 2009; Schiavo & Perosa, 2020). O estresse materno pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento de bebês (Schiavo, 2016; Cousino & Hazen, 2013), pois pode prejudicar as interações entre a díade, o que pode gerar posteriormente problemas emocionais e comportamentais no bebê (Gerhardt, 2017).

Ainda que presente em qualquer fase da vida, estudos tem indicado alta prevalência de ansiedade no período perinatal (Schiavo, 2016; Schiavo et al., 2018; Pereira et al., 2014). Este pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento do bebê, pois as mães com comportamentos ansiosos tendem a agir de forma mais ativa e tendem a se comportar de forma hipervigilante (Nogueira & Rodrigues, 2016). Também, podem apresentar respostas intrusivas, utilizando-se de superestimação e interferindo nas atividades do bebê (Cantilino, et al., 2010; Esteves & Borges, 2007). Em relação ao desenvolvimento dos bebês, mães com humor deprimido podem não ofertar a estimulação ou interação adequada ou, pode ser que o desenvolvimento infantil não ocorra da forma esperada (Carlesso, et al., 2014; Schiavo, 2016; Schiavo & Perosa, 2020).

Letourneau, et al., (2013), em um estudo longitudinal, investigaram a relação entre sintomas depressivos maternos e desenvolvimento infantil, especificamente nas áreas cognitiva e comportamental, revelando que bebês cujas mães tinham depressão apresentaram menor vocabulário receptivo, desatenção e agressividade em idades posteriores. Estudos apontaram sobre o caráter multifatorial da depressão puerperal, o que inclui fatores socioeconômicos, emocionais, orgânicos, culturais (Gawron, et al., 2015). Diante dos múltiplos fatores associados, os sintomas podem ser deslegitimados tanto pela puérpera quanto pela sua rede de apoio, por acreditarem que os sintomas estão relacionados ao cansaço provocado pelas novas tarefas adquiridas com o nascimento do bebê, o que acarreta o não recebimento da atenção que necessitam.

Schaefer e Donelli (2017) em uma revisão sobre estudos sobre intervenções terapêuticas junto a famílias de bebês internados em UTIN destacaram a escassez de estudos nacionais, o que sugere uma população que pode se beneficiar de terapia familiar desde o início da chegada de um novo membro, muitas vezes em condições adversas. Também, intervenções com mães de bebês prematuros ou não, desde o nascimento, poderão instrumentalizá-las quanto ao oferecimento de condições que favoreçam o seu desenvolvimento (Nogueira & Rodrigues, 2016). Esse tipo de atendimento poderia resultar, posteriormente, em uma melhor organização do espaço domiciliar, boas práticas e variedade de estímulos que poderiam promover um melhor desenvolvimento do bebê (Schiavo & Perosa, 2020; Schiavo, et al., 2020). Ou seja, quando em contato com um cuidador mais responsivo, atento aos seus comportamentos e respondendo de forma adequada e contingente a eles, o bebê tem um ambiente potencializador do seu desenvolvimento (Alvarenga, et al., 2016; Soares, et al., 2017). Além disso, um fator de proteção importante a ser considerado nesse momento é a rede de apoio da mãe, pois, engloba as relações interpessoais do indivíduo, além de seus laços afetivos positivos. Os resultados obtidos por Airosa e

Silva (2013) apontam para a importância do suporte social e terapêutico nesse período para a mãe, auxiliando no enfrentamento dos novos desafios promovidos pela maternidade e na manutenção da sua saúde emocional.

Diante disso, compreende-se que as condições de saúde do bebê e a saúde emocional materna podem estar relacionadas à qualidade do desenvolvimento infantil. Dessa forma, identificar a associação entre estes fatores de risco e o desenvolvimento infantil pode auxiliar no estabelecimento de intervenções eficazes e eficientes que tenham como objetivo o cuidado com a mãe e, também com a família, que poderia ser via terapia familiar, por exemplo, assim como com o desenvolvimento do bebê, especialmente em situações de prematuridade (Chertok, et al., 2014; Schiavo, et al., 2020).

Tendo isso em vista, o objetivo do estudo foi avaliar a influência da prematuridade e de aspectos da saúde emocional materna no desenvolvimento de bebês aos três meses. Foram objetivos específicos: A) descrever e comparar a saúde emocional materna (indicadores de estresse, ansiedade e depressão) no grupo de mães com bebês nascidos prematuros e a termo, aos três meses de idade; B) descrever e comparar o desempenho de bebês nas respectivas áreas de desenvolvimento avaliadas pela Escala Bayley no grupo de mães com bebês nascidos prematuros e a termo aos três meses de idade e, C) associar os indicadores de saúde mental materna com o desenvolvimento dos bebês prematuros e nascidos a termo no terceiro mês de vida.

Método

Este projeto de pesquisa faz parte do projeto “Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil” (Processo FAPESP nº 2016/11.557-4) e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências, da UNESP, campus de Bauru (Processo CAAE: 64920817.9.0000.5398).

Participantes

No presente estudo foram avaliadas 191 mães e seus bebês. Da amostra, 69 díades avaliadas aos três meses pós-parto, correspondem a bebês nascidos a termo e 122 correspondem a bebês nascidos prematuros.

Instrumentos

Para avaliar o estresse, foi utilizada a Escala de Estresse Percebido (PSS) desenvolvida por Cohen, et al., (1983). É uma escala tipo Likert de cinco pontos. Os itens do PSS permitem identificar sentimentos negativos e incapacidade de lidar com situações de estresse, além de incluir perguntas que expressam emoções positivas e capacidade de agir diante aos eventos estressores. Apresenta 14 itens, sendo sete positivos e sete negativos, com respostas variando de zero à quatro pontos (0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = quase sempre; 4 = sempre). As questões (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) recebem pontuação invertida (0 = 4; 1 = 3; 2 = 2; 3 = 1 e 4 = 0), as demais questões são somadas diretamente. O escore total pode variar de 0 à 56 pontos. Quanto maior o escore, maior o estresse percebido. Neste estudo foi utilizada a versão traduzida e adaptada para o Brasil (Luft, et al., 2007).

Para avaliar a ansiedade materna foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger, et al., (1970) e validado para população brasileira por Biaggio e Natalício (1979). É um instrumento que avalia as variáveis traço e estado de ansiedade. O instrumento é de auto aplicação composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, que

possibilitam a avaliação dos dois conceitos, de traço e estado. A pontuação mínima em cada escala é de 20 pontos e a máxima de 80 pontos. A pontuação acima de 48 foi caracterizada como alta ansiedade.

Para a avaliação de depressão pós-parto foi utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Cox, et al., 1987), validada para a população brasileira por Santos (1995). É um instrumento de auto-registro, composto por dez questões relativas aos sintomas comuns de depressão. Contém dez itens de auto registro pontuados em escala Likert (zero a três) que mudam de acordo com a presença ou intensidade do sintoma de acordo com a última semana vivenciada pela mãe, a pontuação pode chegar a 30, a presença de 10 ou mais pontos caracterizam uma sintomatologia depressiva.

Para avaliação do desenvolvimento infantil

Para avaliação do desenvolvimento infantil foi utilizada a BSID-III - *Bayley Scales of Infant Development-III* (Bayley, 2006). Esta escala avalia o desenvolvimento funcional progressivo de crianças de um a 42 meses de idade. É dividida em cinco domínios: comportamento adaptativo, motor (amplo e fino), cognitivo, de linguagem e sócio emocional. Os três domínios são avaliados por meio da interação com a criança (comportamento cognitivo, motor e de linguagem) e dois domínios avaliados com questionários para os pais (comportamento-adaptativo e sócio emocional). A BSID-III avalia o desempenho da criança de acordo com sua idade em meses e, para cada mês, há um grupo específico de itens a serem administrados. O escore bruto é dado pela soma de todos os itens para os quais a criança recebeu crédito, dentro do conjunto de itens específicos para sua idade, acrescido da soma dos itens dos meses anteriores. O escore bruto é transformado em contagem ponderada, considerando a idade cronológica da criança. Neste estudo considerou-se os domínios: cognição, linguagem receptiva, linguagem expressiva, motor fino e motor amplo.

Local: Os dados de desenvolvimento infantil foram coletados em salas de atendimento para bebês, disponíveis em dois centros de atendimento em intervenção precoce em uma cidade do interior paulista. Nelas estão disponíveis: mesa, cadeiras, cama alta e armário para acondicionamento de materiais. Os dados sobre saúde emocional materna foram coletados em salas de atendimento individual das duas instituições, de forma a garantir o sigilo e a privacidade das participantes.

Procedimento de coleta dos dados

Os bebês e suas mães foram identificados em dois projetos de intervenção precoce de uma cidade do interior paulista. Mães de bebês com e sem condições de risco para o desenvolvimento são convidados para o projeto de intervenção precoce. Uma das instituições parceiras do projeto, só recebe bebês com alguma condição de risco para o desenvolvimento, devido a sua natureza, cujo objetivo principal é a reabilitação de pessoas com alguma deficiência. A segunda instituição parceira é uma clínica escola que recebe diversas demandas e, para o projeto convidou mães de bebês com e sem risco para o desenvolvimento. Em aceitando participar do projeto em uma das duas instituições, a mãe assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da pesquisa díades mãe/bebê cujo bebê chegava ao projeto com mais de três meses de nascimento e aqueles cujas mães não aceitaram responder aos instrumentos de saúde emocional.

Para cada avaliação prevista de desenvolvimento, aos três meses, era agendado um horário para a coleta dos dados.

Inicialmente era realizada a avaliação de desenvolvimento dos bebês e, posteriormente, era feita a entrevista com as mães e eram aplicados os instrumentos para a coleta de dados sobre sua saúde emocional. Em um primeiro momento, a mãe respondia a EPDS, depois o IDATE e, por fim, o PSS. Quando os resultados dos instrumentos indicavam a necessidade de acompanhamento psicológico, as mães eram encaminhadas para terapia individual ou em grupo, nos serviços terapêuticos das duas instituições.

Os avaliadores do desenvolvimento infantil e da saúde mental materna eram psicólogos ou estudantes de Psicologia dos últimos anos, treinados para a utilização dos instrumentos. O desenvolvimento dos bebês era avaliado por profissional especificamente habilitado para a aplicação das Escalas Bayley, sendo uma fisioterapeuta, na instituição de reabilitação e, por psicólogos na clínica escola. Caso o bebê apresentasse atraso no desenvolvimento, os avaliadores instruíam os cuidadores do bebê sobre a importância de permanecer nos dois programas de intervenção junto aos bebês das duas instituições parceiras. Este acompanhamento era semanal, quinzenal ou mensal a depender dos resultados do bebê na escala, recebendo orientações pontuais de como estimular o bebê em casa, considerando as defasagens apresentadas.

Procedimento de análise dos dados

No PSS, a pontuação pode ser convertida em percentual, sendo que quanto maior o percentual, maior é o estresse percebido. No presente estudo foi utilizado o critério de corte de escore igual ou acima ao percentil 85 (ou escore 30) para definir Elevado Estresse Percebido (Faro, 2015).

Em relação aos indicadores de Ansiedade/Traço-Estado, avaliados pelo IDATE, foi utilizado o critério de corte de escore igual ou acima ao percentil 75 (ou escore 48) para definir sintomas de Alta Ansiedade que, na tabela do manual, se refere à população brasileira, com base no estudo de Schiavo et al. (2018) que utilizou esse mesmo critério para definir Alta Ansiedade.

Para os dados da EPDS utilizou-se o critério utilizado por Santos (1995), que sugeriu que mães que somarem 10 pontos ou mais indicariam ter um distúrbio depressivo de intensidade variável. Para os dados de desenvolvimento, na BSID-III o resultado utilizado foi a pontuação ponderada obtida nos itens referentes à idade mês do bebê à termo e prematuros. No caso dos prematuros utilizou-se a idade cronológica para as análises, a mesma utilizada para definir o encaminhamento precoce do bebê prematuro para serviços especializados, em caso de defasagens identificadas. Ainda que seja parte de protocolos médicos a utilização da idade corrigida de bebês prematuros, ela se mostra importante para acompanhar o seu crescimento (Rugolo, 2005). Todavia, é uma recomendação. Para avaliação de bebês para a tomada de decisão, com relação ao encaminhamento para serviços de intervenção precoce ou à identificação de áreas de desenvolvimento em defasagem que necessitam de acompanhamento específico, a idade cronológica tem se mostrado mais eficiente. No projeto de onde este estudo tem origem, os bebês iniciam o atendimento aos três meses de idade e, considerando a real identificação das suas defasagens desenvolvimentais para um atendimento precoce, de caráter preventivo, optou-se por considerar sua idade cronológica.

Os dados foram analisados a partir do SPSS *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 21.0; Chicago INc II, USA). Antes de proceder à análise estatística inferencial, foi aplicado o teste de Shapiro Wilk, para testar a normalidade das variáveis. Para comparar a saúde mental de mães de prematuros e a termos utilizou-se o teste de qui-

quadrado e o teste de Regressão Logística foi utilizado para identificar os fatores de saúde mental materna associados ao desenvolvimento aos três meses, para isso foi necessário binarizar todas as variáveis numéricas e categóricas. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Resultados

As mães de bebês prematuros em sua maioria eram mães adultas (89%), com escolaridade acima do ensino fundamental (75%), tinham pelo menos outro filho já nascido (53%) e não planejaram a gestação (66%). Entre as mães de bebês a termo, a maioria era adulta (87%), com escolaridade acima do ensino fundamental (97%), porém eram mães primíparas (62%) e planejaram a gestação (55%).

Dentre os bebês que nasceram prematuros a maioria era do sexo masculino (53%) e com peso abaixo de 2500g (83%) a grande maioria nasceu via cirurgia cesariana (74%). Já os bebês que nasceram a termo, em sua maioria eram do sexo feminino (52%), com peso acima de 2500g (98%) e, também, por meio da cirurgia cesariana (74%).

Dos bebês prematuros 67% nasceram entre 34 a 36 semanas, 25% de 31 à 33 semanas e 8% com menos de 30 semanas de gestação.

Sobre a saúde emocional de todas as mães que participaram desse estudo 22% tinham característica mais ansiosa no dia-a-dia, 20% estavam ansiosas no momento da entrevista, 19% apresentavam estresse percebido e 21% apresentaram sintomas de depressão aos três meses pós-parto. Em relação ao desenvolvimento infantil os bebês que participaram desse estudo (71%) apresentavam atraso na área de cognição, seguida da área de motor amplo (61%), linguagem receptiva (56%), linguagem expressiva (51%) e motor fino (30%).

Ao comparar as alterações emocionais entre mães de prematuros e a termo nota-se que há diferenças significativas quanto aos sintomas de alta ansiedade/estado e de depressão pós-parto, sendo que as mães de prematuros encontram-se mais ansiosas e depressivas do que as mães de bebês a termo (Tabela 1).

Tabela 1.

Comparação da saúde emocional materna entre mães de prematuros e a termo

	<i>Prematuro</i>		<i>A termo</i>		<i>p-valor</i>
	Freq	%	Freq	%	
Com Estresse Percebido	24	20	12	17	0,699
Com Ansiedade traço	28	23	15	22	0,847
Com Ansiedade Estado	32	26	6	9	0,004
Com Depressão pós-parto	31	25	9	13	0,044

Teste Qui-quadrado

Quando comparado às áreas de atraso entre bebês prematuros e a termo, nota-se que a única área que não é observável diferença significativa é a de linguagem expressiva (Tabela 2).

Tabela 2.

Comparação do desenvolvimento entre bebês de três meses prematuros e a termo

	<i>Prematuro</i>		<i>A termo</i>		<i>p-valor</i>
	Freq	%	Freq	%	
Atraso na Cognição	97	79	38	55	0,000
Atraso na Linguagem Receptiva	76	62	31	45	0,020
Atraso na Linguagem Expressiva	58	47	39	56	0,233
Atraso no Motor Fino	48	39	10	15	0,000
Atraso no Motor Amplo	95	78	24	35	0,000

Teste Qui-quadrado

A saúde emocional materna e o desenvolvimento nas áreas avaliadas foram relacionados para cada um dos grupos. Os resultados apontaram que nenhum fator de desenvolvimento infantil foi associado à saúde mental materna para as mães de prematuros, ou seja, os atrasos nas áreas de desenvolvimento infantil não se relacionaram ao estado emocional materno (estresse, ansiedade e depressão).

Entretanto, para as mães de bebês a termo o estresse materno foi o grande fator de risco para atrasos no desenvolvimento infantil em todas as áreas avaliadas, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3.

Resultados para o estresse associados ao desenvolvimento de bebês a termo

	<i>p-valor</i>	<i>OR</i>	<i>IC-95%</i>
<i>A termo</i>			
Área Cognitiva	0,039	7,368	1,106 – 49,077
Área Linguagem expressiva	0,043	7,147	1,063 – 48,046
Área de Linguagem Receptiva	0,018	14,554	1,595 – 132,814
Área Motor Fino	0,031	9,028	1,217 – 66,983

Teste de Regressão logística

Discussão

Os dados obtidos apontaram para uma frequência importante de sintomas de depressão no pós-parto, principalmente para mães de bebês prematuros aos três meses de idade. O mesmo observou-se em Ansiedade/estado. Eles reforçam que a maternidade é um período de vulnerabilidade e, que pode ser um fator de risco para depressão e ansiedade, principalmente se o bebê nascer prematuramente. Tais dados são confirmados pelos estudos de Rapoport e Piccinini (2011) e Perosa et al. (2009). A prematuridade pode ser associada à presença maior de ansiedade e depressão, uma vez que a prematuridade pode ser considerada um fator adverso que necessita de maior adaptação da mãe, o que pode gerar maior ansiedade nesse momento.

Intercorrências com o recém-nascido e o fato dele precisar permanecer na incubadora, geram preocupações quanto à sua evolução e prognóstico e podem estar associados à alta ansiedade no puerpério (Figueira, et al., 2011; Schiavo, 2016). Na medida em que a criança permanece internada, a separação precoce pode influenciar negativamente a relação mãe-bebê, criando ansiedade materna por não conhecer as reais necessidades do filho e não poder testar sua capacidade de satisfazê-las.

Considerando o desempenho dos bebês na Escala Bayley observou-se que somente a linguagem expressiva não apresentou diferenças entre bebês prematuros e a termo. Nas áreas de cognição, linguagem receptiva, motor fino e motor grosso, os bebês prematuros se mostraram em maior desvantagem aos três meses em relação aos bebês que nasceram a termo, resultados semelhantes aos encontrados por Schiavo, et al., 2020; Guimarães, et al., (2011), Rodrigues e Bolsoni-Silva, (2011) e Santos (2017). Um importante dado foi observado nesta pesquisa indicou que os atrasos no desenvolvimento do bebê prematuro aos três meses independem da saúde emocional materna. Esta constatação mostra uma visão de desenvolvimento multifatorial, produto de complexa combinação de influências, e remete à necessidade de abordar múltiplos fatores que atuam simultaneamente, assim como da necessidade de formas mais complexas de análises, para poder entender o processo (Morais, et al., 2013; Paschall & Mastergeorge, 2016).

Segundo Moraes, et al., (2013) o Comitê Canadense de Pediatria Psicossocial postula que a associação entre comportamento materno e suas repercussões na criança são complexas e muitos estudos não encontraram uma relação direta entre essas variáveis. Acredita-se que se trata de um processo em que variáveis mediadoras ou moderadoras da família, da criança e da relação entre elas podem exercer um papel importante e precisam ser levadas em conta para poder compreender a real dimensão da saúde mental materna no desenvolvimento infantil (Feldman, et al., 2009; Moraes, et al., 2013; Murray, et al., 2010).

Já para os bebês a termo o estresse materno foi um fator de risco para atraso em todas as áreas com exceção do desenvolvimento motor grosso. A mãe que apresenta estresse no pós-parto oferece menor estimulação ao bebê, os três primeiros meses pós-parto são conhecidos como um período de muito estresse, cerca de 63% das mulheres no pós-parto apresentam sintomas de estresse (Rodrigues & Schiavo, 2011) e quando essa mulher passa pela situação de ter o bebê internado após o nascimento, tal fato aumenta ainda mais o estresse materno. Mães estressadas são mais irritadiças e com menor disponibilidade para atender e estimular o bebê (Schiavo, 2016).

Considerações Finais

Em síntese, a presente pesquisa permitiu observar que indicadores de saúde emocional materna estão presentes nesse momento da maternidade, tanto para mães de bebês prematuros quanto para mães de bebês a termo. Entretanto, mães de bebês prematuros apresentaram maior risco para alterações emocionais maternas significativas, em especial a alta ansiedade estado e os sintomas depressivos.

Mães com saúde emocional em nível clínico tendem a oferecer menos estimulação ao bebê de forma que aumenta os riscos para atraso ao desenvolvimento aos três meses quando o bebê nasce a termo. Assim, a saúde emocional materna pode interferir no tipo de interação que se estabelece entre a mãe e a criança e, indiretamente, ter consequências no desenvolvimento infantil. Identificar precocemente tais indicadores e oferecer serviços terapêuticos à essa população pode

prevenir o agravamento da saúde emocional materna e seus desdobramentos no desenvolvimento dos filhos. Associado a isso, práticas terapêuticas voltadas para a família podem resultar em ganhos para a rede de apoio possibilitando a reflexão de crenças sobre a maternidade, sobre papéis de pais e mães e a importância de todos os atores presentes no ambiente da criança influenciando o seu desenvolvimento. É preciso considerar, também, outros elementos que fazem parte do ambiente da criança, como avós e mesmo atendentes de creche, que podem neutralizar ou diminuir os prejuízos que os sintomas depressivos e ansiosos da mãe podem acarretar para o desenvolvimento infantil.

O fato de não haver associação entre saúde emocional materna e atrasos no desenvolvimento do bebê aos três meses que nasceu prematuro, reforça a ideia de que o desenvolvimento não é uma relação linear que se limita às características da mãe e da criança, mas, é um processo complexo que sofre os efeitos da interação entre os parceiros da díade e de outras variáveis do contexto.

A limitação deste estudo se deve ao fato de não ter estudado a saúde emocional materna e o desenvolvimento infantil longitudinalmente, não permitindo observar se os resultados se assemelhariam a medida que a criança vai interagindo mais com o ambiente e a mãe vai se adaptando mais ao bebê. O número pequeno de bebês a termo também pode ser considerado uma limitação deste estudo, fato que pode ter interferido nos resultados. Aconselha-se que novas pesquisas possam completar este estudo, investigando a associação entre saúde emocional materna e desenvolvimento infantil de forma longitudinal aos seis, nove e doze meses do bebê e com uma população maior de bebês a termos.

Espera-se que os profissionais da saúde que trabalham com mulheres no puerpério, detectem as mães portadoras de sintomas de ansiedade, estresse e depressão e transformem cada consulta em oportunidade para prevenir, encaminhar ou tratar a saúde mental dessas mulheres, de forma que é necessário se pensar em práticas e políticas que visem o acompanhamento dessas mães e bebês, visando a melhor adaptação dessas ao novo papel que desempenham e um melhor desenvolvimento do bebê.

Referências

- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stress e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*(1), 64-77. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n1/v14n1a05.pdf>
- Alvarenga, P., Weber, L. N. D., & Bolsoni-Silva, A. T. (2016). Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: Uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 18*(1), 4-21, <https://www.doi.org.: 10.31505/rbtcc.v18i1.827>
- Bayley, N. (2006). *Bayley scales of infant and toddler development* (3ª ed). Administration manual. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Biaggio, A. M. B., & Natalício, L. (1979). *Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)*. CEPA.
- Boyd, D., & Bee, H. (2011). *A criança em desenvolvimento*. Artmed.
- Caldas, I. F. R., Garotti, M. F., Chermont, A. G., & Santos, A. C. (2016). Fatores de risco e desenvolvimento sociocomunicativo em prematuros. *Revista Psicologia: Teoria e Prática, 18*(2), 129-141. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v18n2p129-141>

- Cantilino, A., Albuquerque, C. F., Paes, T. L. C., Montenegro, J. A., Peres, A. C. & Sougey, E. B. (2010). Postpartum depression in Recife – Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100001>
- 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. *Rev. CEFAC*, 16(2), 500-510. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201418812>.
- Carvalho, M. S. D. P., & Silva, B. M. B. (2014). Estilos parentais: Um estudo de revisão bibliográfica. *Revista Psicologia em Foco*, 6(8), 22-42. Corpus ID: 170620023.
- Castro, A. G., Lima, M. C., Aquino, R. R., & Eickmann, A.H. (2007). Desenvolvimento do sistema sensorio motor oral e motor global em lactentes pré-termo. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 19(1), 29-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872007000100004>
- Chertok, I. R., McCrone, S., Parker., D., & Leslie, N. (2014). Review of interventions to reduce stress among mothers of infants in the NICU. *Adv. Neonatal Care*, 14(1), 30-37. doi: 10.1097/ANC.0000000000000044
- Cohen, S., Karmack, T., Mermelstein, R. (1983) A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 24(4), 385-96.
- Correa, W., Minetto, M. F., & Crepaldi, M. A. (2018). Família como promotora do desenvolvimento de crianças que apresentam atrasos. *Pensando Famílias*, 22(1), 44-58. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v22n1/v22n1a05.pdf>
- Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(7), 1-20. doi: 10.1093/jpepsy/jst049.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782- 786.
- Crestani, A. H., Rosa, F. F. M., Souza, A.P. R., Pretto, J. P., Moro, M. P. & Dias, L. (2012). A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. *Revista CEFAC*, 2(14), 350-360.
- Dantas, M. M. C. D., Araújo, P. C. B., Paulino, D. S., & Maia, E. M. C. (2012). Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. *Psicologia em Revista*, 18(1), 90-106. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p90>
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., Berthelot, N. (2015). Mentalization of children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33, 203–217. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/bjdp.12074>.
- Esteves, C. M., & Borges, E. S. (2007). O resgate do vínculo mãe-bebê: Estudo de caso de maus tratos. *Psicol. Ciência e Profissão*, 27(4), 760-775. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n4/v27n4a15.pdf>
- Faro, A. (2015) Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [online]. 28(1), 21-30. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528103>.
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanet., H., Kuint., J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *J. Am. Academy of Child & Adolesc. Psychiatric.*, 48(9), 919-927. 10.1097/CHI.0b013e3181b21651

- Figueira, P. G., Diniz, L. M., & Silva Filho, H. C. (2011). Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 71-75. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000009>.
- Gawron, M. F. G., Swiechcz, L. G. S., Godoi, A. T. M., & Oselame, G. B. (2015). Fatores desencadeantes da depressão pós-parto. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 8(4), 52-9.
- Gerhardt, S. (2017). *Porque o amor é importante: Como o afeto molda o cérebro do bebê*. Artmed.
- Greinert, B. R. M., Carvalho, E. R., Capel, H., Marques, A. G., & Milani, R. G. (2018). A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: Estudo qualitativo. *Saúde e Pesquisa*, 11(1), 81-88. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2018v11n1p81-88>
- Guimarães, C.L.N., Reinaux, C.M., Botelho, A.C.G., Lima, G.M.S., & Cabral Filho, J.E. (2011). Desenvolvimento motor avaliado pelo Test of Infant Motor Performance: Comparação entre lactentes pré-termo e a termo. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(5), 357-363. http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n5/pt_AOP020_11.pdf
- Kim, S., & Kochanska, G. (2012). Child temperament moderates effects of parent-child mutuality on self-regulation: A relationship based path for emotionally negative infants. *Child Development*, 83(4), 1275-1289. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01778.x>
- Lamônica, D. A. C., & Picolini, M. M. (2009). Habilidades do desenvolvimento de prematuro. *Rev. CEFAC*, 11(2), 145-153. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462009005000019>
- Letourneau, N. L., Tramonte, L., Willms, D. J. (2013). Maternal depression, family functioning and children's longitudinal development. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(3), 223-234. doi: 10.1016/j.pedn.2012.07.014.
- Luft, C. B., Sanches, S. O. Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e validação para idosos. *Rev. Saúde Pública*, 41(4), 606-615. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>.
- Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor*. Ideias & Letras.
- Martins, I. M. B., Linhares, M. B. M., & Martinez, F. E. (2005). Indicadores de desenvolvimento na fase pré-escolar de crianças nascidas pré-termo. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 235-243. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200010>
- Matijasevich, A., Silveira, M. F., Matos, A. C. G., Rabello Neto, D., Fernandes, R. M., Maranhão, A.G., Cortez-Escalante, J. J., Barros, F.C., & Victoria, C.G. (2013). Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 22(4), 557-564. doi: 10.5123/S1679-49742013000400002
- Morais, M.L.S., Lucci, T.K., & Otta, E. (2013). Postpartum depression and child development in first year of life. *Estudos de Psicologia*, 30(1), 7-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2013000100002>
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Croudace, T., & Cooper, P. (2010). The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age16 years: A developmental approach. *J. Child Psychol. and Psychiatry*, 51(10), 1150–1159. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02259.x>
- Nogueira, S.C., & Rodrigues, O.M.P.R. (2016). Práticas Educativas e Indicadores de Ansiedade, Depressão e Estresse Maternos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722016012293035044>
- Padovani, F. H. P., Carvalho, A. E., Duarte, G., Martinez, F. E., Linhares, M. B. (2009). Anxiety, dysphoria, and depression symptoms in mothers of preterm infants. *Psychological Reports*, 104(2), 667-679. <https://doi.org/10.2466/pr0.104.2.667-679>

- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. 12ª ed. AMGH.
- Paschall, K. & Mastergeorge, A. M. (2015) A review of 25 years of research in bidirectionality in parent-child relationships: An examination of methodological approaches. *International Journal of Behavioral Development*, 40(5), 1-10.
DOI: 10.1177/0165025415607379
- Passini, R., Cecatti, J. G., Lajos, G., Tedesco, R. P., Nomura, M., Dias, T. Z., Haddad, S. M., Rehder, P. M., Pacagnella, R. C., Costa, M.L., & Sousa, M.H. (2014). Brazilian multicentre study on preterm birth (EMIP): Prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. *PLoS One*, 9(10), e109069. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116843>
- Paschall, K. W., & Mastergeorge, A. M. (2016). A review of 25 years of research in bidirectionality in parent-child relationships: An examination of methodological approaches. *Intern. J. of Behav. Develop.*, 40(5), 442-451. <https://doi.org/10.1177/0165025415607379>
- 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. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n1/v18n1a07.pdf>
- Perosa, G. B., Canavez, I. C., Silveira, F. C. P., Padovani, F. H. P., & Peraçoli, J. C. (2009). Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(9), 433-439. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000900003>
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico USF*, 16(2), 215-225. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712011000200010>
- Ribeiro, D. G., Perosa, G. B., Padovani, F. 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 e Saúde Coletiva*, 19(1), 215-226. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1904>
- Righi, N. C., Martins, F. K., Hermes, L., Rosa, K. M., Böck, T. H. L., & Trevisan, C.M. (2017). Influência da correção da idade na detecção de risco no desenvolvimento motor de prematuros. *Revista Saúde e Pesquisa*, 10(3), 417-421. <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2017v10n3p417-421>
- 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. <https://doi.org/10.7322/jhgd.20000>
- Rodrigues, O. M. P. R., & Schiavo, R. A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: Uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252-257. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000900006>
- Rodrigues, O. M. P. R. (2012). Escalas de desenvolvimento infantil e o uso com bebês. *Educar em Revista*, 43, 81-100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602012000100007>
- Rugolo, L. M. S. S. (2005) Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J Pediatr (Rio J)*, 1(1 Supl), 101-110.
- Santos, M. F. S. (1995). *Depressão pós-parto: Validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras*. [Dissertação de Mestrado não publicado]. Universidade de Brasília, Brasília.
- Santos, M. M. (2017). *Impacto de fatores intrínsecos e extrínsecos sobre o desenvolvimento de lactentes prematuros e a termo*. [Tese de doutorado não publicado]. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

- Schaefer, M. P., & Danelli, T. M. S. (2017) Psicoterapia mãe-bebê: Uma intervenção no contexto da prematuridade. *Contextos Clínicos*, 10(1), 33-47. doi: 10.4013/ctc.2017.101.03
- Schiavo, R. A. (2016). *Desenvolvimento infantil: Associação com estresse, ansiedade e depressão materna, da gestação ao primeiro ano de vida*. [Tese de doutorado. Universidade Estadual Paulista], Botucatu. https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/136252/schiavo_ra_dr_bot_int.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Schiavo, R. A., Rodrigues, O. M. P. R., & Perosa, G. B. (2018). Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Temas em Psicologia*, 26(4), 2091-2104. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.4-14pt>
- Schiavo, R. A., & Perosa, G. B. (2020). Child Development, maternal depression and associated factors: A longitudinal study. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 30(3), e3012. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3012>
- Schiavo, R. A., Rodrigues, O. M. P. R., Santos, J. S., Antonucci, J. M., Mormanno, C., & Pereira, V. A. (2020). Fatores Materno Infantis associados ao desenvolvimento de bebês prematuros e a termo. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4), 141-157. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.1031>
- Silva, A. M. R., Almeida, M. F., Matsuo, T., & Soares, D. A. (2009). Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 25(10), 2125-2138. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000004>
- Soares, I. K. C., Gonçalves, N. P. C., & Carvalho, C. M. S. (2015). Avaliação da depressão pós-parto: Prevalência e fatores associados. *Revista Interdisciplinar – UNINOVAFAP*, 8(4), 40-6. https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/520/pdf_260
- Soares, A. R. S., Gondim, E. J. L., Arruda, G. M. M. S., & Vasconcelos, T. B. (2017). Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 0-18 meses acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde da Família. *Revista Saúde e Pesquisa*, 10(3), 531-538. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2017v10n3p531-538>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene R. E. (1970). *State trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Tella, P., Piccolo L. R., Rangel, M. L; Rohde, L. A., Polanczyk, G. V., Miguel, E. C., Grisi, S. J. F. E., Fleitlich-Bilyk, B., & Ferraro, A. A. (2018). Socioeconomic diversities and infant development at 6 to 9 months in a poverty area of São Paulo, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother.*, 40(3), 232-240. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0008>
- WHO – World Health Organization. *Preterm Birth*, 19 feb. 2018. <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/pretermbirth>
- Wust, G. G., & Vieira, C. S. (2011). O relacionamento mãe-bebê pré-termo após a alta hospitalar. *Cogitare Enferm.*, 16(2), 311-8. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i2.19874>

Endereço para correspondência

rafaela.schiavo@gmail.com

Enviado em 01/07/2020

1ª revisão em 04/03/2021

Aceito em 30/04/2021

