



Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Mestrado em Psicologia Clínica

Linha de Pesquisa: Processos Saúde-Doenças em Contextos Institucionais

Mariana Reichelt Chemello

Ansiedade Materna e Relação Mãe-Bebê

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo/RS, julho de 2015

MARIANA REICHEL T CHEMELLO

Ansiedade Materna e Relação Mãe-Bebê

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo/RS, julho de 2015

C517a Chemello, Mariana Reichelt
Ansiedade materna e relação mãe-bebê / por Mariana Reichelt
Chemello. -- São Leopoldo, 2015.

146 f. : il. ; 30 cm.

Com: artigos “Ansiedade materna e maternidade: uma
revisão sistemática de literatura; Ansiedade materna e relação
mãe-bebê: um estudo qualitativo”.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São
Leopoldo, RS, 2015.

Área de concentração: Psicologia clínica.

Linha de pesquisa: Processos de saúde-doença em contextos
institucionais.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Tagma Marina Schneider Donelli,
Escola de Saúde.

1.Ansiedade. 2.Maternidade – Aspectos psicológicos.
3.Relações mãe-filho. 4.Mães – Psicologia. 5.Psicologia infantil.
I.Donelli, Tagma Marina Schneider. II.Título.

CDU 616.89-008.441
159.9-055.62
159.9-055.52-055.2
159.922.7

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

Mariana Reichelt Chemello

“Ansiedade Materna e Relação Mãe-Bebê”


Dissertação apresentada à Universidade
do Vale do Rio dos Sinos como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Aprovado em 07 de agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA




Profa. Dra. Tagma Marina Schneider Donelli – Universidade do Vale do Rio dos Sinos



Profa. Dra. Daniela Delias de Souza – Universidade Federal de Rio Grande



Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski – Universidade Federal de Ciências da
Saúde de Porto Alegre



Profa. Dra. Ilana Andretta – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Agradecimentos

Primeiramente agradeço aos meus pais, Clito e Maria Helena, pela vida e por todo amor e incentivo, para que eu pudesse realizar esta e tantas outras conquistas. Minha gratidão eterna. Agradeço ao meu irmão Bruno, meu melhor amigo, por todo apoio e força.

Ao meu grande amor, minha dupla evolutiva, Juliano, por todo amor, carinho e apoio em todos os momentos. Obrigada por me amar e caminhar ao meu lado nessa vida. Meu eterno amor e minha eterna gratidão.

Agradeço aos dindos, Vitor e Eliza, por toda força e amor, durante todos esses anos, me acompanhando em todos os momentos. Agradeço aos meus primos, Marcelo e Rochele, pessoas especiais em minha vida.

Agradeço aos meus sogros, Nelso e Lourdes e minha cunhada Luciana, por todo apoio e carinho.

À querida Patrícia Hony, pelo incentivo e força, nessa trajetória. Obrigada por tudo!

Às minhas queridas amigas, Keli Godoy, Juciane Teodoro, Dóris Schuck, Raquel Zancan, Merlin Matos e Fernanda Wildner pelo apoio e amizade.

Aos meus fiéis amigos Thomas e Bijou pelo companheirismo.

À minha querida orientadora, Tagma Donelli, pelo exemplo como docente e por ter me acompanhando nessa escrita, me apoiando e incentivando, com profissionalismo e dedicação. Obrigada por todos teus ensinamentos e tua disponibilidade em sempre me acolher.

Aos meus colegas da FADERS, especialmente do CADEP, pelo apoio e incentivo, para que eu pudesse conciliar meu trabalho com as exigências do Mestrado.

A todas as colegas do SINBEBÊ e do grupo CER Bebê da Unisinos pelo apoio e incentivo. Especialmente, à colega mestranda Liege Tolfo de Oliveira e às queridas e dedicadas bolsistas Luana Flores, Rafaela Peruchi e Viviane Salazar que me auxiliaram nas coletas de dados, transcrições dos materiais e análise dos vídeos.

Às duplas de mãe-bebê que se disponibilizaram a participar dessa pesquisa, permitindo a realização deste trabalho.

Sumário

Resumo.....	10
Abstract.....	12
Apresentação da dissertação.....	14
Seção I: Artigo Teórico.....	15
Ansiedade Materna e Maternidade: Uma Revisão Sistemática da Literatura ...	15
Resumo	15
Maternal Anxiety and Motherhood: a systematic review of the literature	16
Abstract	16
Introdução.....	17
Metodologia	19
Resultados e Discussão.....	20
Considerações finais.....	38
Referências.....	40
Seção II: Artigo Empírico	51
Ansiedade materna e relação mãe-bebê: um estudo qualitativo	51
Resumo	51
Maternal anxiety and mother-child relationship: a qualitative study	52
Abstract.....	52
Introdução.....	53
Método.....	59
Delineamento	59
Participantes	60
Procedimentos e Instrumentos.....	63
Resultados e Discussão.....	65

Caso 1: Rose e Alice.....	66
a) <i>História da gestação e parto</i>	66
b) <i>Vivências da maternidade</i>	67
c) <i>Relação mãe-bebê</i>	68
Caso 2: Ana e Taís.....	71
a) <i>História da gestação e parto</i>	71
b) <i>Vivências da maternidade</i>	73
c) <i>Relação mãe-bebê</i>	74
Caso 3: Flávia e Júlia.....	77
a) <i>História da gestação e parto</i>	77
b) <i>Vivências da maternidade</i>	78
c) <i>Relação mãe-bebê</i>	79
Caso 4: Gisele e Eduarda.....	81
a) <i>História da gestação e parto</i>	82
b) <i>Vivências da maternidade</i>	82
c) <i>Relação mãe-bebê</i>	82
Síntese dos Casos Cruzados	84
Considerações Finais	95
Referências	96
Considerações Finais da Dissertação	109
Referências	111
Apêndice	112
Apêndice A - Tabela dos artigos encontrados nas bases de dados	113
Apêndice B – Normas do PRISMA.....	126
Apêndice C – Parecer do Comitê de Ética	127

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo 1.....	129
Apêndice E – Questionário de Dados Sociodemográficos	130
Apêndice F – Ficha de Dados Clínicos	134
Apêndice G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo 2.....	137
Apêndice H – Entrevista sobre Gestação e Parto.....	138
Apêndice I – Entrevista sobre Experiência da Maternidade	139
Apêndice J – Entrevista sobre Ansiedade Materna.....	141
Apêndice K – Interaction Assessment Procedure (IAP).....	143
Apêndice L - Orientações para análise dos vídeos	145
Apêndice M - Procedimento de aplicação do IAP.....	146

Lista de Tabelas e Figuras

Figura 1. Fluxograma de busca nas bases de dados

Figura 2. Distribuição dos artigos por ano e por idioma de publicação

Figura 3. País de origem dos estudos

Figura 4. Distribuição dos artigos por idioma de publicação e por origem dos dados

Figura 5. Fluxograma dos casos clínicos selecionados

Tabela 1. Tabela dos artigos encontrados nas bases de dados

Tabela 2. Tabela dos participantes do estudo

Ansiidade materna e relação mãe-bebê

Resumo

Esta dissertação de mestrado trata sobre a ansiedade materna e relação mãe-bebê, sendo composta de dois artigos, um teórico e outro empírico. No artigo teórico, intitulado “Ansiidade Materna e Maternidade: Uma Revisão Sistemática da Literatura” foi realizada uma revisão sistemática da literatura especializada, a fim de identificar e analisar a produção científica sobre ansiedade materna e maternidade, publicada no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2014. Os achados demonstram a ausência de um instrumento específico para avaliar a ansiedade materna, e referem a importância de identificar a ansiedade no período pré-natal, como medida preventiva e protetiva para a saúde mental das mães, desenvolvimento do bebê e qualidade da relação dessa díade. No artigo empírico, intitulado “Ansiidade materna e relação mãe bebê: um estudo qualitativo”, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa com delineamento de Estudo de Casos Múltiplos. O objetivo foi investigar o fenômeno da ansiedade materna e sua manifestação em mães de bebês com idades entre seis e 12 meses, buscando identificar sua repercussão na relação mãe-bebê. Desse estudo participaram quatro díades mãe-bebê, em que as mães apresentaram ansiedade leve ou moderada. Em todos os casos analisados observou-se que a ocorrência de ansiedade materna no período da gravidez e nos primeiros cuidados com o recém-nascido, repercutiu de alguma forma na relação mãe-bebê. Os casos apresentados corroboram os achados da revisão de literatura que evidenciam que a ansiedade pode estar relacionada com complicações na gravidez e no pós-parto, com dificuldades nos primeiros cuidados com o recém-nascido, fatores estressantes durante a gravidez e no puerpério, como perdas e luto. Considerando a importância de detectar sinais ou sintomas de ansiedade já no período gestacional, salienta-se a necessidade de novos estudos com ênfase na identificação precoce desse

fenômeno, além da importância de desenvolver e avaliar programas de intervenção para o controle e o manejo da ansiedade das mães, visando à prevenção e promoção da saúde mental materno-infantil.

Palavras-chaves: ansiedade materna, maternidade, relação mãe-bebê.

Maternal anxiety and mother-child relationship

Abstract

This dissertation deals with maternal anxiety and mother-child relationship, and is composed by two articles, one theoretical and one empirical. In the theoretical article, entitled "Maternal Anxiety and Motherhood: A Systematic Literature Review", a systematic review of the literature was conducted in order to identify and analyze the scientific literature about maternal anxiety and motherhood, published from January 2009 to December 2014. The findings demonstrate the absence of a specific instrument for assessing maternal anxiety and state the importance of identifying anxiety in the prenatal period as a preventive and protective measure for the mental health of mothers, for the baby development and to improve the quality of the relationship of this dyad. In the empirical article, entitled "Maternal anxiety and mother-child relationship: a qualitative study," a qualitative research approach with delineation of Multiple Cases Studies was carried out. The objective was to investigate the phenomenon of maternal anxiety and its manifestation in mothers of babies aged between six and 12 months, trying to identify its impact on the mother-child relationship. In this study participated four mother-child dyads, whose mothers had mild or moderate anxiety. In all these cases it was found that the occurrence of maternal anxiety in the period of pregnancy and early care newborn, reflected somehow in the mother-child relationship. The presented cases corroborate the literature review that shows that anxiety may be related to complications in pregnancy and postpartum, with difficulties in the early care of the newborn, stressors during pregnancy and postpartum, as losses and mourning. Considering the importance that either signs or symptoms of anxiety have during pregnancy, it highlighted the need for further studies with emphasis on the early identification of this phenomenon and the importance of developing and evaluating

intervention programs for the control and management of anxiety in the mothers, aiming at prevention and promotion of maternal and child mental health.

Keywords: maternal anxiety, motherhood, mother-child relationship.

Apresentação da dissertação

As relações iniciais entre mãe e bebê são importantes para o desenvolvimento saudável da criança, e qualquer acontecimento que possa interferir nessas relações deve ser investigado e pesquisado. Nesse sentido, a presente dissertação teve como foco investigar a ansiedade materna e a relação mãe-bebê, tendo em vista que a ansiedade é um fenômeno que permeia as vivências da maternidade, nos mais diferentes contextos.

Esta dissertação está dividida em duas seções: a primeira apresenta um artigo teórico, de revisão sistemática de literatura, cujo objetivo foi identificar e analisar a produção científica nacional e internacional sobre ansiedade materna e maternidade, publicada no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2014. A segunda seção contém um artigo empírico que apresentou o resultado de um estudo qualitativo realizado sobre a ansiedade materna e sua manifestação em mães de bebês com idades entre seis e 12 meses, buscando identificar sua repercussão na relação mãe-bebê.

Espera-se com esta dissertação que os estudos realizados possam contribuir como fonte de pesquisa teórica e empírica para os profissionais das áreas da saúde que trabalhem com mães e bebês, para que possam refletir sobre as questões que envolvem esse fenômeno complexo e multifatorial. Acredita-se também que esse trabalho possa contribuir para a criação e desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde mental materna no âmbito das Políticas Públicas.

Seção I: Artigo Teórico

Ansiedade Materna e Maternidade: Uma Revisão Sistemática da Literatura

Resumo

O presente artigo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura especializada, a fim de identificar e analisar a produção científica sobre ansiedade materna e maternidade, publicada no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2014. Foram consultadas as bases de dados: *American Search Premier Complete*, Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE, *PsycINFO*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e *Web of Science*. Foram incluídos artigos científicos completos do tipo relato de pesquisa empírica ou de revisão de literatura, publicados em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, que tinham como participantes mães e crianças de até três anos, cujo foco de investigação era a ansiedade da mãe, e publicados por autores da Psicologia, Psiquiatria e outras áreas da saúde. Foram selecionados 43 artigos, sendo 30 publicações em espanhol ou inglês e 13 publicações em português. O material foi analisado a partir das seguintes categorias: 1) ano da publicação, 2) país de origem dos estudos, 3) área da publicação, 4) delineamento, 5) objetivos dos estudos, 6) participantes, 7) instrumentos, 8) resultados e conclusões. Os achados demonstram a ausência de um instrumento específico para avaliar a ansiedade materna, e referem a importância de identificar a ansiedade no período pré-natal, como medida preventiva e protetiva para a saúde mental das mães, desenvolvimento do bebê e qualidade de relação dessa díade.

Palavras-chaves: ansiedade, ansiedade materna, maternidade.

Maternal Anxiety and Motherhood: a systematic review of the literature

Abstract

This article aimed to conduct a systematic review of the literature in order to identify and analyze the scientific literature on maternal anxiety and motherhood, published from January 2009 to December 2014. The following databases were consulted: *American Search Premier Complete*, *Latin American Literature in Health Sciences (LILACS)*, MEDLINE, *PsycINFO*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, and *Web of Science*. Complete scientific articles were included about the type of account empirical research or literature review, published in Portuguese, Spanish or English, which had as participating mothers and children up to three years old, whose research focus was the mother's anxiety, and published by authors of psychology, psychiatry and other areas of health. We selected 43 articles, 30 publications in Spanish or English and 13 publications in Portuguese. The material was analyzed from the following categories: 1) year of publication, 2) country of origin, 3) area of publishing, 4) delineation, 5) objectives, 6) participants, 7) instruments, 8) results and conclusions. The results demonstrated the absence of a specific instrument for assessing maternal anxiety and refer the importance of identifying anxiety in the prenatal period as a preventive and protective measure for the mental health of mothers, baby development and quality of relationship of this dyad.

Keywords: anxiety, maternal anxiety, maternity.

Introdução

A ansiedade é definida como um grande mal-estar físico e psíquico e se manifesta através de um estado aflitivo penoso, em que há um desejo veemente e impaciente e falta de tranquilidade. Caracteriza-se pela expectativa de algo perigoso que se revela indeterminado e impreciso, diante do qual o indivíduo se julga indefeso (Houaiss & Villar, 2009). A ansiedade é natural, sendo necessária para sobrevivência, pois sem ela o ser humano não lutaria, não procuraria vencer obstáculos nem fugiria em situações perigosas. Todas as pessoas, em algum momento da vida sentem ansiedade. Assim, a ansiedade faz parte das experiências humanas (Barbirato & Dias, 2009; Gorenstein, Andrade, & Zuardi, 2000, Kaplan & Sadock, 2000; Rodrigues, 2011).

A ansiedade pode ser compreendida como um fenômeno que, dependendo de sua circunstância ou intensidade, pode ser útil ou tornar-se patológico, prejudicando o funcionamento psíquico e somático. Em níveis normais, trata-se de fenômeno fisiológico responsável pela adaptação do organismo em situações de perigo. No entanto, quando a ansiedade é excedente, ao invés de contribuir para a adaptação, desencadeia a falência da capacidade adaptativa do indivíduo (Benute, Nomura, Pereira, Lucia, & Zugaib, 2009).

No contexto da maternidade, a ansiedade pode ocorrer em diferentes situações e em contextos diversos. A maternidade é um período no qual se constitui uma nova etapa no ciclo familiar, podendo gerar estresse devido às adaptações necessárias à chegada do bebê, especialmente nos primeiros três meses (Maldonado, 2002). Estudos evidenciam que as mães experimentam uma ampla gama de sentimentos ambivalentes em torno da experiência da maternidade. Se por um lado sentem-se muito felizes e apaixonadas por seus bebês, também é comum que se sintam extenuadas e ansiosas (Rapoport & Piccinini, 2011).

Quando a ansiedade materna atinge elevados índices, as consequências desse estado podem influenciar o curso da gestação (Alder, Fink, Bitzer, Hosli, & Holzgreve, 2007), o desfecho do parto e, em especial, a ocorrência de parto prematuro (Dole, Savitz, Hertz-Picciotto, Siega-Riz, McMahon, & Buekens, 2003; Halbreich, 2005; Hosseini, Biglan, Larkby, Brooks, Gorin, & Day, 2009; Meijssen, Wolf, Koldewijn, Van Baar, & Kok, 2011), além de ser um forte preditivo de depressão pós-parto (Austin, Tully, Parker, 2007; Coelho et al., 2011). Nesses casos, autores justificam que seria necessária a adoção de medidas terapêuticas e preventivas (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

A ansiedade no período puerperal também pode influenciar as vivências da relação mãe-bebê, trazendo repercussões para o desenvolvimento do bebê. Autores afirmam que a ansiedade pode estar relacionada com a diminuição dos níveis de sensibilidade materna (Harvey, Nicol-Haerper, & Stein, 2007). Tal impacto pode ser explicado através de duas perspectivas: na primeira, a ansiedade teria como foco uma relação com ameaças negativas (Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 2007) que afetam negativamente o processo atencional (Moog, Mathews, Eysenck, & May, 1991). Assim, essas ameaças interferem na capacidade de resposta sensível materna. Outra explicação estaria relacionada aos transtornos de ansiedade que, quando associados a representações de apego inseguro, podem afetar os processos de atenção e memória e também, potencialmente, afetar a interação mãe-bebê (De Ruiter, Brosschot, Van Emmichhoven, & Van Ijzendoorn, 2003). Dennis e Chen (2007) também afirmam que a ansiedade materna afeta a capacidade de atender e processar informações, demonstrando que mães ansiosas podem ser menos sensíveis (Kaitz & Maytal, 2005) e mais intrusivas nas interações com os seus filhos (Feldman et al., 2009).

Considerando que as relações primeiras entre mãe e bebê são fundamentais para o desenvolvimento saudável da criança e dada a repercussão da ansiedade materna na gravidez, no período pós-natal, na relação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil, infere-se que qualquer acontecimento que possa interferir nessas relações deve ser investigado e pesquisado. Além disso, faz-se necessário conhecer como a ansiedade materna tem sido estudada, a fim de poder planejar e executar futuras investigações sobre esse tema. Assim, o objetivo desse estudo foi identificar e analisar a produção científica sobre ansiedade materna e maternidade buscando identificar sua repercussão na relação mãe-bebê.

Metodologia

Esse estudo buscou realizar uma revisão sistemática da literatura especializada, a fim de identificar e analisar a produção científica sobre ansiedade materna e maternidade, publicada no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2014. Foram utilizados os seguintes descritores e operadores booleanos: “*ansiedade materna*”, “*ansiedade materna*” and “*maternidade*”, os equivalentes em inglês: “*maternal anxiety*”, “*maternal anxiety*” and “*motherhood*” e equivalentes em espanhol: “*ansiedad materna*”, “*ansiedad materna*” and “*maternidad*”. Foram consultadas as seguintes bases de dados: *American Search Premier Complete*, Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE, *PsycINFO*, *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)*, e *Web of Science*.

Para esse estudo foram aplicados critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos itens de análise. Os critérios de inclusão foram: a) artigos científicos completos do tipo relato de pesquisa empírica ou de revisão de literatura, b) ter sido publicado entre os anos de 2009 a 2014, c) ter sido publicado em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, d) artigos que tinham como participantes mães e crianças de até três anos, e)

artigos que tinham como foco de investigação a ansiedade da mãe e/ou a relação entre maternidade e transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e/ou intervenções clínicas voltadas para essa problemática, e f) artigos publicados por autores da Psicologia, Psiquiatria e outras áreas da saúde.

Os critérios de exclusão foram: a) duplicatas, b) artigos fora do período de publicação selecionado, c) artigos em outras línguas que não português, espanhol ou inglês, d) artigos que tratassem da ansiedade da criança ou que tivessem como participantes crianças maiores de três anos de idade, e) outros formatos (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, anais, livros, capítulos de livros e resenhas), e f) artigos não disponibilizados on-line, na íntegra ou gratuitamente, e que não contemplassem o tema de interesse.

Para essa revisão foram utilizados os principais itens de verificação de qualidade do texto de uma revisão sistemática segundo o PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*) (Padula et al., 2012). A lista de verificação do PRISMA encontra-se no apêndice B.

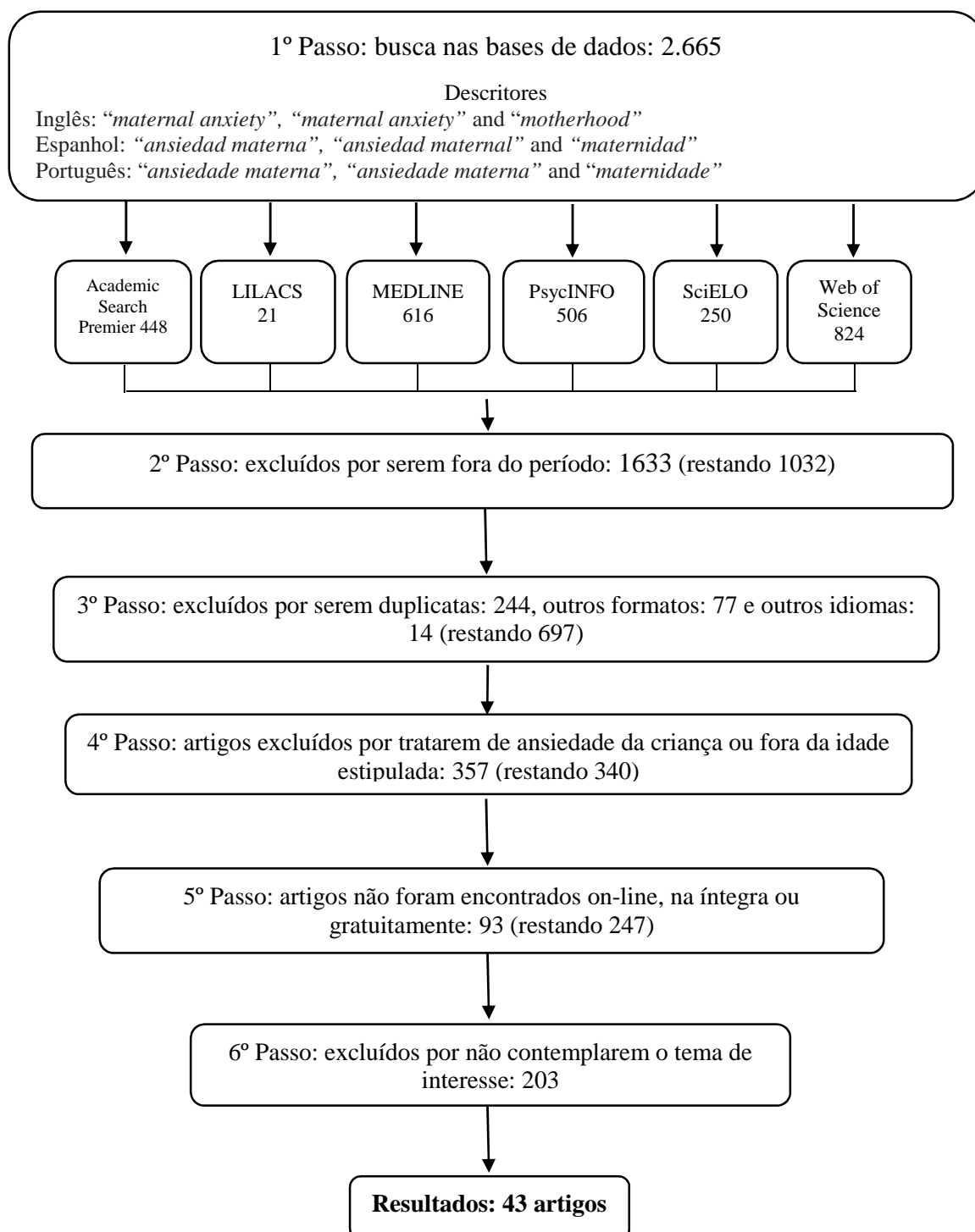
Resultados e Discussão

De início, a busca nas bases de dados encontrou 2.665 itens. Em seguida, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Do total de 2.665 itens encontrados foram excluídos 1.633 por estarem fora do período de publicação selecionado, 244 artigos por serem duplicatas, 14 artigos por estarem em outras línguas que não português, espanhol ou inglês, 357 artigos por tratarem da ansiedade da criança ou que tiveram como participantes crianças maiores de três anos de idade, 77 artigos por estarem em outros formatos (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, anais, livros, capítulos de livros e resenhas), 93 artigos por não estarem disponibilizados on-line, na íntegra ou gratuitamente e 204 por não contemplarem o tema de interesse. Entre os 204 itens que

não tratavam do tema, isto é, que não contemplavam a ansiedade da mãe e/ou a relação entre maternidade e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e/ou intervenções clínicas voltadas para essa problemática, foram excluídos artigos que investigaram outros sintomas e/ou quadros psicopatológicos relacionados à ansiedade tais como: transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno do pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, outro transtorno de ansiedade especificado, bem como que abordavam exclusivamente a depressão, o retardo mental e outros quadros severos de psicopatologia como: tais como esquizofrenia, transtorno de personalidade *borderline* ou antissocial, regressão psicótica, risco de suicídio e abuso de substâncias químicas (APA, 2014), artigos que tinham como participantes os pais, e itens que não abordavam a ansiedade da mãe. Após aplicação de todos os critérios e inclusão e exclusão, foram identificados 43 itens para análise.

A figura 1 sintetiza o fluxo de busca nas bases de dados.

Figura 1: Fluxograma de busca nas bases de dados.



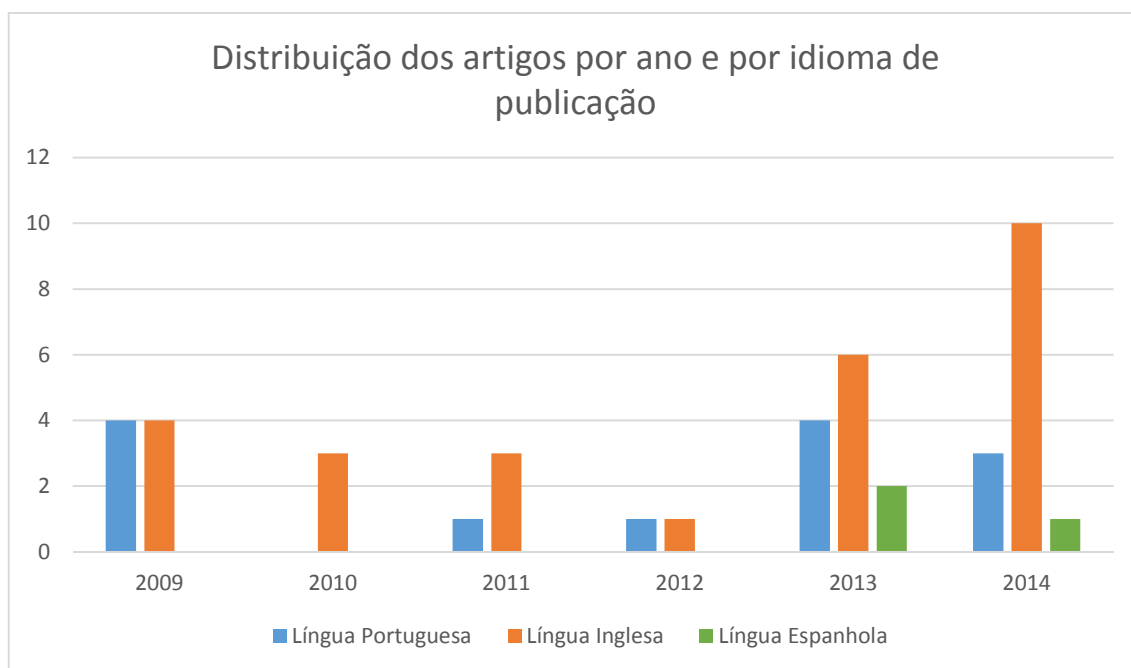
Os 43 itens obtidos foram analisados a partir das seguintes categorias: 1) ano da publicação, 2) país de origem dos estudos, 3) área da publicação, 4) delineamento, 5) objetivos dos estudos, 6) participantes, 7) instrumentos, 8) resultados e conclusões. As análises dessas categorias foram realizadas inicialmente de forma quantitativa, sendo posteriormente descritas qualitativamente.

O ano em que mais ocorreram publicações de artigos em língua inglesa e espanhola foi 2014 com onze. O ano em que menos ocorreram publicações foi 2012 com apenas um artigo. Os demais anos seguem: 2013 com oito, 2011 com três, 2010 com três, e 2009 com quatro.

Nos artigos publicados em português, o ano com maior número de publicações foi 2013, com quatro artigos. Em 2014 foram encontrados três. Em 2012 e 2011 foram encontrados apenas um artigo publicado em cada ano. Em 2010 não houve publicações. Em 2009 foram publicados quatro artigos.

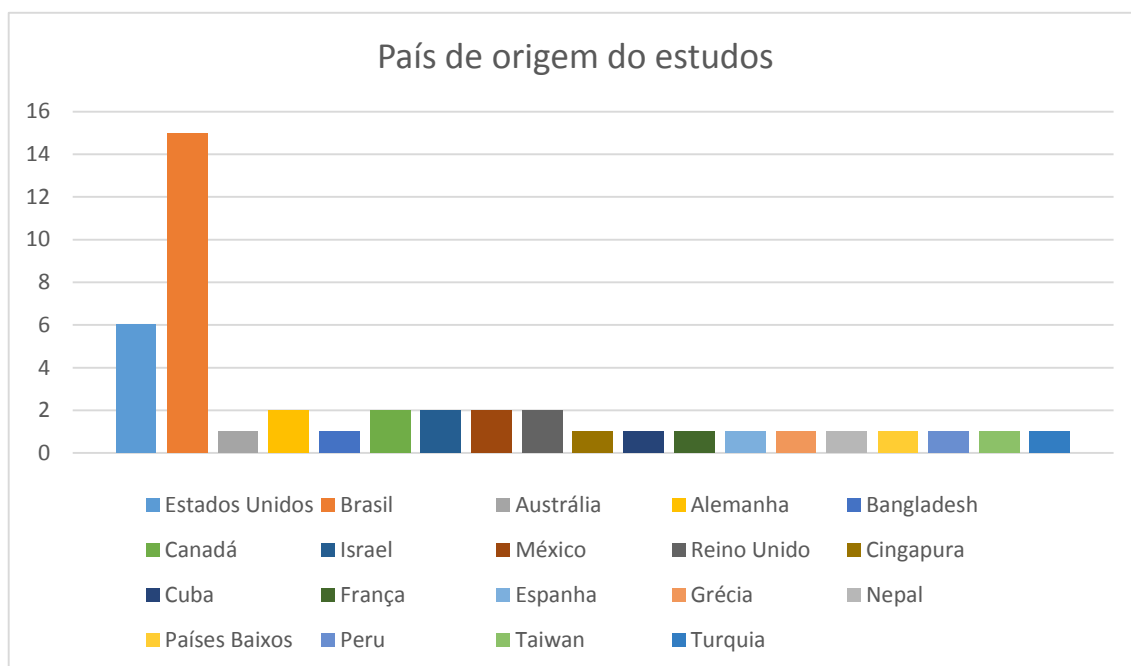
Observa-se que ocorreram mais publicações nos idiomas inglês e espanhol, com 30 artigos, em comparação com os artigos publicados em português com 13. Isso evidencia uma menor produção de artigos sobre a temática da ansiedade materna, publicados em português e indexados nas bases de dados. Cabe salientar que, entre os artigos publicados em idiomas estrangeiros, foram encontrados três artigos nacionais, o que pode apontar para uma tendência de internacionalização da produção brasileira, visando a uma maior visibilidade na comunidade científica. O ano de 2014 foi o que mais ocorreram publicações, com total de 13. A figura 2 ilustra a distribuição dos artigos por ano e por idioma de publicação.

Figura 2: Distribuição dos artigos por ano e por idioma de publicação.



Os países de origem dos estudos foram Estados Unidos com seis artigos, Brasil com 15, Alemanha com dois, Canadá com dois, Israel com dois, México com dois, Reino Unido com dois, Austrália, Bangladesh, Cingapura, Cuba, Espanha, França, Grécia, Nepal, Países Baixos, Peru, Taiwan e Turquia com um artigo cada. A figura 3 ilustra a origem dos artigos.

Figura 3: País de origem dos estudos.



Entre as publicações em língua estrangeira, na área estritamente da Psicologia foram encontrados cinco artigos em língua estrangeira (Eutrope et al., 2014; Henrichs et al., 2009; Linhares et al., 2009; Martini et al., 2013; Perosa et al., 2014) e onze artigos em língua portuguesa (Airosa & Silva, 2013, Benute et al., 2009, Chiodeli et al., 2014, Favaro et al., 2012, Felipe et al., 2014, Moraes et al., 2013; Padovani et al., 2009; Perrone & Oliveira, 2011; Ribeiro et al., 2014, Schmidt & Argimon, 2009; Silveira et al., 2009). O maior número de publicações em língua portuguesa evidencia o interesse da comunidade científica brasileira sobre o tema.

Entre as publicações envolvendo Psicologia e Psiquiatria foram encontrados seis artigos (Arteche et al., 2011; Beebe et al., 2011, Dennis et al., 2013, O'Connor et al., 2014; Reck et al., 2012; Richter & Reck 2013). Também foram encontrados dois artigos publicados pela Psicologia em conjunto com a Fonoaudiologia (Beltrami et al., 2013; Dias et al., 2013); um artigo envolvendo a área da Psicologia e Pediatria (Newham et al., 2014), um englobando as áreas de Psicologia, Psiquiatria e Ginecologia e

Obstetrícia (Sockol et al., 2014) e um publicado por autores da Psicologia, Psiquiatria e Neurologia (Consonni et al., 2010).

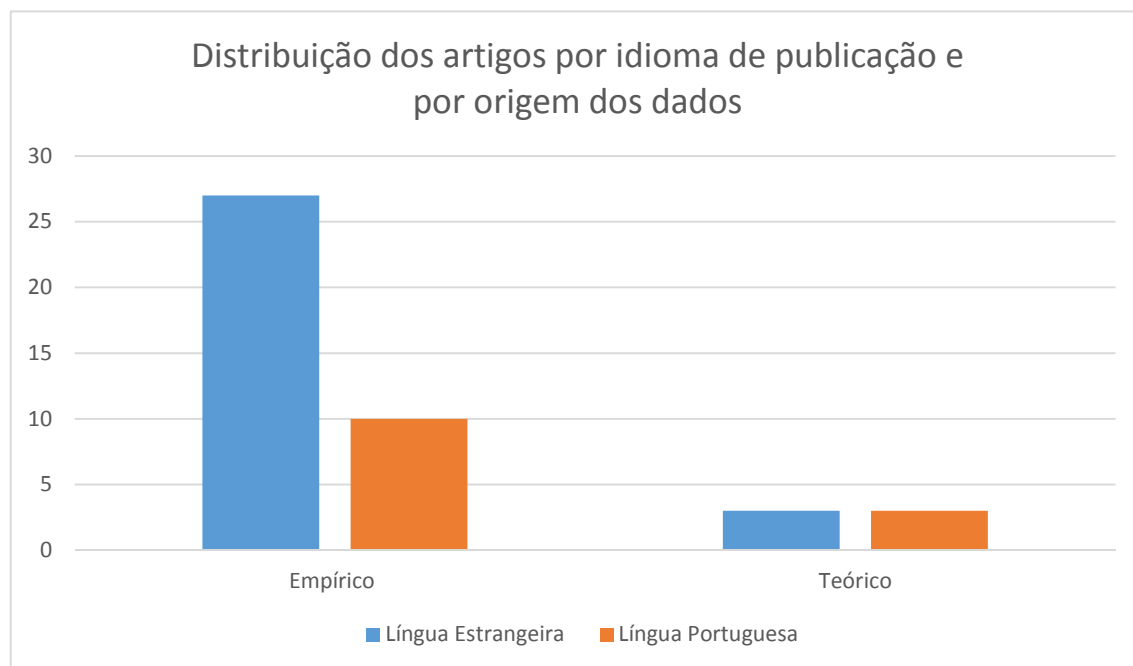
Nas demais áreas da saúde foram encontrados quatro artigos na área de Ginecologia e Obstetrícia (Giakoumaki et al., 2009; Glover, 2014; Liou et al., 2014; Romero-Gutiérrez al., 2013); três na área de Enfermagem (Elizarraraz et al., 2014; Erdem, 2009; Sherestha et al., 2014), três na área da Pediatria (Arnon et al., 2014; Pérez et al., 2013; Zelkowitz et al., 2011) e um na área de Saúde Pública (Nasreen et al, 2010).

Entre as publicações conjuntas na área da saúde, foi encontrado um artigo nas áreas de Psiquiatria, Neurologia e Ginecologia e Obstetrícia (Qiu et al., 2013); um nas áreas de Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia (Paul et al., 2013); um artigo nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia e Saúde Pública (Sanchez et al, 2013); e um nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Epidemiologia (Catov et al., 2010).

Quanto à análise dos delineamentos dos artigos, foram encontrados vinte e sete artigos empíricos em língua estrangeira (Arnon et al., 2014; Arteche et al., 2011; Beebe et al., 2011; Catov et al., 2010; Consonni et al., 2010, Dennis et al., 2013; Elizarraraz et al., 2014; Erdem, 2009; Eutrope et al., 2014; Giakoumaki et al., 2009; Henrichs et al., 2009; Linhares et al., 2009; Liou et al., 2014; Martini et al., 2013; Nasreen et al., 2010; Newham, et al., 2014; Paul et al., 2013; Pérez et al., 2013; Perosa et al., 2014; Qiu et al., 2013; Reck et al., 2012; Richter & Reck, 2013; Romero-Gutiérrez al., 2013; Sanchez et al., 2013; Sherestha et al., 2014; Sockol et al., 2014; Zelkowitz et al., 2011), sendo os três últimos de caráter longitudinal. Também foram encontrados três artigos teóricos (O'Connor et al., 2014; Glover, 2014; Rallis et al., 2014) que fizeram revisão de literatura. Em língua portuguesa foram encontrados dez estudos empíricos (Airosa & Silva, 2013; Beltrami et al., 2013; Benute et al., 2009; Chiodelli et al., 2014;; Favaro

et al., 2012; Moraes et al., 2013; Padovani et al., 2009; Ribeiro et al., 2014; Schmidt & Argimon, 2009; Silveira et al., 2009) sendo três estudos de caso (Dias et al., 2013; Felipe et al., 2014; Perrone & Oliveira 2011). A Figura 4 ilustra a distribuição dos artigos por idioma de publicação e por origem dos dados utilizados.

Figura 4: Distribuição dos artigos por idioma de publicação e por origem dos dados.



Com relação aos participantes dos estudos empíricos publicados em língua espanhola e inglesa, foram identificados quatro grupos de estudos: 1) estudos com puérperas, totalizando sete artigos (Henrichs et al., 2009; Liou et al., 2014; Nasreen et al., 2010; Qiu et al., 2013; Romero-Gutiérrez al., 2013; Sanchez et al., 2013; Sockol et al., 2014), 2) oito estudos com gestantes (Catov et al., 2010; Consonni et al., 2010; Elizarraraz et al., 2014; Linhares et al., 2009; Martini et al., 2013; Newham et al., 2014; Reck et al., 2012; Sherestha et al., 2014), 3) cinco estudos com mães (Arteche et al., 2011; Dennis et al., 2013; Erdem, 2009; Giakoumaki et al., 2009; Sherestha et al., 2014) e 4) oito estudos com díades mãe-bebê (Arnon et al., 2014; Beebe et al., 2011; Eutrope et al., 2014; Paul et al., 2013; Pérez et al., 2013; Perosa et al., 2014; Richter & Reck,

2013; Zerkowitz et al., 2011). O número de participantes por estudo teve grande variação, tendo sido encontrados desde 40 até mais de dois mil participantes.

Nas publicações em língua portuguesa, foram identificados os mesmos grupos de participantes, sendo um estudo (Schmidt & Argimon, 2009) realizado com gestantes e outro estudo (Airosa & Silva, 2013) com gestantes e puérperas. Também foram identificados seis estudos com mães (Benute et al., 2009; Favaro et al., 2012; Felipe et al., 2014; Padovani et al., 2009; Perrone & Oliveira, 2011; Silveira et al., 2009). No outro grupo de estudos, cujos participantes foram díades ou duplas mãe-bebê foram identificados cinco estudos (Beltrami et al., 2013; Chiodelli et al., 2014; Dias et al., 2013; Moraes et al., 2013; Ribeiro et al., 2014). Os resultados apontam uma prevalência de seis estudos com mães publicados em língua estrangeira, o que também ocorreu em português, cuja prevalência foram seis estudos, totalizando doze estudos com mães, entre os 43 analisados.

Com relação aos instrumentos empregados nos estudos de língua inglesa e espanhola, a maioria utilizou o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) para avaliar a ansiedade materna, com dezesseis artigos (Arnon et al., 2014; Beebe et al., 2011; Catov et al., 2010; Consonni et al., 2010; Dennis et al., 2013; Elizarraraz et al., 2014; Erdem, 2009; Giakoumaki et al., 2009; Linhares et al., 2009; Nasreen et al., 2010; Newham et al., 2014; Paul et al., 2013; Pérez et al., 2013; Qiu et al., 2013; Richter & Reck, 2013; e Zerkowitz et al., 2011). Esse último artigo também utilizou o *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire* (WDEQ) que é um instrumento utilizado para medir o medo do parto como um indicador de ansiedade específica da gravidez.

Dos estudos em português, três também utilizaram o equivalente ao STAI (Inventário de Ansiedade Traço-estado – IDATE) (Chiodelli et al., 2014; Padovani et al., 2009, Silveira et al., 2009). No contexto nacional também foram encontrados quatro

artigos (Beltrami et al., 2013; Dias et al., 2013; Moraes et al., 2013, Schmidt & Argimon, 2009) que mencionaram e utilizaram o BAI como instrumento de avaliação da ansiedade.

Apesar de ambos instrumentos avaliarem a ansiedade, o STAI possui algumas diferenças com relação ao BAI. O STAI é um instrumento que busca avaliar dois tipos de ansiedade: estado de ansiedade e traço de ansiedade. A ansiedade-estado pode ser definida como medo, nervosismo e desconforto diante de determinadas situações que podem ser percebidas como perigosas. Este tipo de ansiedade se refere mais a como uma pessoa está se sentindo no momento em que uma ameaça é percebida, sendo considerada um estado temporário. A ansiedade-traço pode ser definida como sentimentos de estresse, preocupação e desconforto que podem ser experimentados no cotidiano, ou seja como a pessoa se sente usualmente (Marteau & Bekker, 1992; Spielberger & Sydeman, 1994). Já o BAI é um instrumento auto-aplicável, de auto-relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade e refere consequências fisiológicas, como tremor, sudorese, dor abdominal, e psíquicas, como medo e insegurança, em uma escala que vai desde a ausência até a impossibilidade de suportar determinado estado. É um instrumento de fácil aplicação criado por Beck, Epstein, Brown e Steer em 1988. Foi adaptado e validado para o Brasil por Cunha (2001), sendo um questionário constituído por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, em uma escala de quatro pontos, que reflete o nível crescente de cada sintoma desde a não presença de sintomas até a presença de sintomas graves.

Também para avaliar especificamente a ansiedade, foi identificado um estudo que utilizou a *Self-reported Anxiety Scale* (SAS) (Zung, 1971) (Liou et al., 2014). Os demais estudos utilizaram instrumentos variados, inclusive para avaliar diferentes

estados de humor além da ansiedade. A Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) esteve presente em dois estudos (Rallis et al., 2014; Sanchez et al., 2013). É um instrumento de 21 itens projetado para medir os três estados afetivos negativos da depressão, ansiedade e stress. A escala de depressão avalia disforia, desesperança, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou envolvimento, anedonia e inércia. A escala de ansiedade avalia excitação, ansiedade situacional, e experiência subjetiva da ansiedade, e a escala de estresse avalia a dificuldade de relaxamento, excitação nervosa, agitação, irritação e impaciência. Um estudo publicado em inglês (Henrichs et al., 2009) utilizou o *Brief Symptom Inventory* (BSI). O BSI avalia sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de psicopatologia, somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo, e três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS); Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Sintomas Positivos (ISP). Outro estudo (Martini et al., 2013) utilizou CIDI-V que é uma versão modificada da Organização Mundial da Saúde CIDI (WHO-CIDI: Kessler & Üstün, 2004) e permite uma avaliação totalmente normalizado de sintomas, e síndromes de diagnósticos DSM-IV-TR/CID 10. Outro artigo (Arteche et al., 2011) mencionou o *Generalised Anxiety Disorder Questionnaire* (GAD-Q) e um artigo (Reck, et al., 2012) utilizou o *Anxiety Screening Questionnaire* (ASQ-15) para avaliarem o transtorno de ansiedade generalizada. Outros três estudos (Benute et al., 2009; Eutrope et al., 2014; Favaro et al., 2012) mencionaram a HADS (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*) (Zigmond & Snaith, 1983), que tem como objetivo determinar a ansiedade e depressão em pacientes internados. Outro estudo (Airosa & Silva, 2013) utilizou a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). Esta é uma adaptação da *Depression Anxiety Stress Scales* (Lovibond & Lovibond, 1995) para a população

portuguesa, cujo objetivo é avaliar três dimensões distintas, através das subescalas ansiedade, depressão e estresse (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Outros dois estudos (Perosa et al., 2014; Ribeiro et al., 2014) utilizaram o *Self Report Questionnaire-20/SRQ*, versão brasileira (Mari & Williams, 1986). Trata-se de um questionário de rastreamento de distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária em saúde, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Perrone e Oliveira (2011) utilizaram a Escala de Ansiedade, Depressão e Irritabilidade (IDA) (Snaith, Constantopoulos, Jardine & McGuffin, 1978), que combina medidas de ansiedade, depressão e irritabilidade. E Romero-Gutiérrez et al. (2013) utilizaram uma versão modificada da *Hamilton Anxiety Scale* (1959). Essa escala é utilizada para medir a ansiedade e tem 14 questões. São classificados três grupos de acordo com a pontuação: sem ansiedade (0-5 pontos), ansiedade leve (6-14 pontos) e ansiedade severa (15 ou mais pontos). É uma escala que não deve ser utilizada quando existem outros transtornos mentais especialmente em situações de agitação, depressão, obsessão, demência, histeria e esquizofrenia.

Outros artigos utilizaram instrumentos diversos para avaliar, além da ansiedade, também aspectos relacionados à maternidade. Sockol et al. (2014) utilizaram os instrumentos: *Attitudes Toward Motherhood Scale* (AToM), que foi desenvolvido para validar uma amostra de mães de primíparas, o *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS; Weissman & Beck, 1978), e *The Maternal Attitudes Questionnaire* (MAQ; Warner et al. 1997), ambas para avaliar atitudes maternas.

Outros estudos utilizaram instrumentos para avaliar o bebê. Glover (2014) referiu a *Neonatal Behavioural Assessment Scale* (NBAS) (Brazelton & Nugent 1995), uma escala de avaliação do comportamental neonatal, que avalia a integridade neurológica, a função comportamental, e presença de sinais de estresse e abstinência em

recém-nascidos. Perrone e Oliveira (2011) utilizaram o Inventário de Percepção Neonatal (IPN-I) (Broussard & Hartner, 1971) que avalia o grau de percepção da evolução psicofuncional que a mãe tem de seu bebê em comparação com outros bebês.

Observa-se que os instrumentos mais utilizados para avaliação da ansiedade foram o STAI e BAI. Apenas um artigo (Newham et al., 2014) mencionou o *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire* (WDEQ) como instrumento indicador de ansiedade específica da gravidez, buscando medir o medo do parto. Para avaliar a depressão materna existem instrumentos, porém para avaliar a ansiedade materna percebe-se a carência de um instrumento específico que considere as questões típicas da maternidade.

Quanto aos objetivos dos estudos, foi possível agrupá-los em três grupos: 1) artigos que avaliaram a ansiedade em gestantes, puérperas e mães, 2) artigos que abordaram, além da ansiedade das mulheres participantes, outros sintomas e/ou quadros psicopatológicos, tais como depressão e estresse, e 3) estudos sobre intervenções voltadas para o manejo da ansiedade.

Os artigos que tiveram como objetivo avaliar a ansiedade das mães no período puerperal ou posterior, ou da futura mãe/gestante, relacionaram essa variável com o desenvolvimento infantil (Padovani et al., 2009; Perosa et al., 2014; Richter & Reck, 2013; Ribeiro et al., 2014), com internação em UTI neonatal e complicações fetais (Erdem, 2009; Romero-Gutiérrez et al., 2013; Qiu et al., 2013), com a comunicação e interação mãe-bebê (Beebe et al., 2011; Dias et al., 2013; Henrichs et al., 2009), e com variáveis sociodemográficas no período do pós-parto (Chiodelli et al., 2014; Sherestha et al., 2014).

Já os artigos que relacionaram a ansiedade das mulheres participantes com variáveis como depressão e estresse pesquisaram a relação entre ansiedade e depressão e

o desenvolvimento infantil (Beltrami et al., 2013; Glover, 2014; Giakoumaki et al., 2009; Moraes et al., 2013; Nasreen et al., 2010; O'Connor et al., 2014; Paul et al., 2013; Silveira et al., 2009; Sockol et al., 2014), entre ansiedade e depressão em mães de bebês prematuros e de bebês a termo (Favaro et al., 2012; Felipe et al., 2014), entre ansiedade, estresse e amamentação (Pérez et al., 2013), entre ansiedade e estresse (Rallis et al., 2014), entre ansiedade, depressão, estresse e risco de parto prematuro (Eutrope et al., 2014; Sanchez et al., 2013), entre ansiedade, depressão e aborto (Benute et al., 2009), entre ansiedade, depressão, estresse, suporte social, apego e vínculo (Airosa & Silva, 2013; Schmidt & Argimon, 2009). Outro artigo (Reck et al., 2012) buscou investigar relação dos transtornos de ansiedade e depressão com a autoconfiança materna. Outro artigo (Catov et al., 2010) buscou investigar a relação entre ansiedade materna, otimismo, idade gestacional e peso ao nascer. Outro artigo (Martini et al., 2013) investigou durante a gravidez e no pós-parto mulheres com e sem transtornos de ansiedade e comorbidade com transtornos depressivos. Outro artigo (Arteche et al., 2011) buscou investigar os efeitos da ansiedade e depressão pós-parto no processamento de expressões faciais dos bebês.

Entre os estudos sobre intervenções voltadas para o manejo da ansiedade, três estudos avaliaram a ansiedade e propuseram uma intervenção ou programas de intervenção (Consonni et al., 2010; Perrone & Oliveira, 2011; Zerkowitz et al., 2011). Outro estudo buscou avaliar e comparar sintomas de ansiedade e depressão antes e depois de intervenção psicológica com mães de bebês pré-termo com muito baixo peso internados em UTI Neonatal (Linhares et al., 2009). Outro estudo (Arnon et al., 2014) buscou observar os benefícios do canto materno no método canguru para o bebê prematuro e suas mães. Outro estudo (Newham et al., 2014) buscou testar a eficácia da ioga como uma intervenção para reduzir ansiedade durante a gravidez.

Observa-se que a maioria dos artigos pesquisados tiveram diferentes objetivos quanto ao estudo, investigação e avaliação da ansiedade materna. Destacam-se poucos estudos relacionados a intervenções voltadas para prevenção e promoção da saúde mental materna, bem como o manejo da ansiedade. Nesse sentido, percebe-se a carência de pesquisas que realizem um acompanhamento sistemático da mãe desde o pré-natal até o pós-parto.

Quanto aos resultados dos estudos, observou-se que eles foram variados. Os principais resultados dos itens avaliados foram agrupados em seis grupos: estudos que encontraram relação entre 1) ansiedade materna, internação em UTI neonatal, complicações fetais e risco de parto prematuro, que relacionaram 2) ansiedade materna com variáveis sociodemográficas e desenvolvimento infantil, que evidenciaram ligação entre 3) ansiedade materna, comunicação e relação mãe-bebê, que encontraram relação entre 4) ansiedade materna, relação conjugal e apoio social, que identificaram associação entre 5) ansiedade materna e outros sintomas e/ou quadros psicopatológicos, tais como depressão e estresse, e 6) estudos que revelaram resultados de intervenções voltadas para o manejo da ansiedade.

Estudos que evidenciaram relação entre a ansiedade materna, internação em UTI neonatal (Benute et al., 2009; Linhares et al., 2009; Erdem, 2009; Zelkowitz et al., 2011) e complicações fetais (Romero-Gutiérrez al., 2013) apontaram a maior incidência de ameaça de aborto e parto prematuro (Benute et al., 2009) em gestações de mulheres com índices elevados de ansiedade, além de sepse neonatal e taquipnéia transitória do recém-nascido e desenvolvimento mais lento do hipocampo em filhos de mães ansiosas (Qiu et al., 2013).

Variáveis sociodemográficas também influenciam a ansiedade materna e o desenvolvimento do bebê (Catov et al., 2010; Chiodelli et al., 2014; Moraes et al., 2013; Padovani et al., 2009; Perosa et al., 2014; Ribeiro et al., 2014; Richter & Reck, 2013; Sherestha et al., 2014). Entre essas variáveis podem ser citadas: a escolaridade materna menor, nível socioeconômico baixo, menor idade da mãe, falta de conhecimentos de cuidados com o recém-nascido, dificuldades conjugais e apoio social insuficiente, atrasos no desenvolvimento da criança e fator de risco ao desenvolvimento motor amplo.

A ansiedade materna também afeta a comunicação e o diálogo mãe-bebê, influenciando negativamente na capacidade de resposta materna (Arteche et al., 2011, Beebe et al., 2011; Dias et al., 2013; Henrichs et al., 2009).

Artigos que identificaram associação entre ansiedade materna e outros sintomas e/ou quadros psicopatológicos, tais como depressão e estresse demonstraram que existe relação entre ansiedade, depressão e desenvolvimento infantil (Beltrami et al., 2013; Glover, 2014; Moraes et al., 2013; Nasreen et al., 2010; O'Connor et al., 2014), bem como ansiedade e depressão no pós-parto (Giakoumaki et al., 2009; Liou et al., 2014; Paul et al., 2013; Sockol et al., 2014). Outro estudo constatou que entre mães de bebês prematuros, 75% apresentavam sintomas clinicamente significativos de ansiedade e 50% apresentavam sintomas significativos de depressão. Com mães de bebês a termo, 65% não apresentavam sintomas clinicamente significativos de ansiedade e depressão. O nascimento prematuro pode ser traumático para as mães, interferindo na saúde mental materna (Favaro et al., 2012; Felipe et al., 2014). Outro artigo concluiu que existe relação entre ansiedade e estresse e que esses dois fatores influenciam e podem dificultar a amamentação (Pérez et al., 2013). Outro artigo ainda sugeriu que a ansiedade e a depressão estão relacionadas ao estresse, sendo que esse deve ser

investigado em separado, a fim de avaliar melhor como ele difere dos outros dois estados (Rallis et al., 2014). Outro artigo concluiu que existe relação entre ansiedade, depressão e estresse, e risco de parto prematuro (Eutrope et al., 2014; Sanchez et al., 2013). Outro artigo concluiu que existe uma associação negativa entre ansiedade, depressão, estresse, suporte social e vínculo. Gestantes que apresentaram uma vinculação segura evidenciaram alto apego materno fetal e sintomas ansiosos mínimos (Airosa & Silva, 2013). Reck et al. (2012) demonstraram que existe uma ligação significativa com transtornos de ansiedade e depressão e autoconfiança materna. Mulheres com transtornos de ansiedade tiveram menor pontuações em autoconfiança. Já Martini et al. (2013) concluíram que transtornos de ansiedade são fatores de risco para sintomas depressivos e transtornos depressivos, em comorbidade, podem agravar os transtornos de ansiedade. Ainda neste grupo, outro artigo (Arteche et al., 2011) concluíram que mães com transtornos de ansiedade tendiam a identificar expressões faciais positivas em menor intensidade, sugerindo dificuldades no processamento das expressões faciais, podendo levar a uma menor capacidade de resposta materna e comprometendo a qualidade de interação mãe-bebê.

Estudos sobre intervenções voltadas para o manejo da ansiedade demonstraram que intervenções e programas de intervenção pré-natal com gestantes apresentaram resultados positivos, favorecendo às mães assumir sua maternidade com menos ansiedade (Consonni et al., 2010; Perrone & Oliveira, 2011; Zerkowitz et al., 2011). Outro estudo (Linhares et al., 2009) observou redução dos níveis de ansiedade e depressão após a intervenção psicológica com mães de bebês pré-termo com muito baixo peso internados em UTI, confirmando a necessidade de apoio psicológico a essas mães. Outro estudo também sobre intervenção (Arnon et al., 2014) mostrou que o cantar materno durante a aplicação do Método Canguru reduz a ansiedade materna e

proporciona estabilidade aos prematuros. Outro estudo (Newham et al., 2014) concluiu que a ioga pré-natal pode reduzir a ansiedade das gestantes no período próximo ao parto e prevenir aumentos na sintomatologia depressiva.

Considerações finais

A partir desta pesquisa teórica foi possível encontrar diferentes artigos publicados em língua estrangeira e nacional que abordaram a ansiedade materna. Percebe-se que esse tema tem sido estudado por pesquisadores de diferentes países. Assim, destaca-se que a ansiedade é um fenômeno frequente e recorrente no contexto da maternidade. Nos achados foi observado elevado número de artigos, encontrados em 43 publicações nesse assunto, o que evidencia o interesse da comunidade científica pelo tema. Também foi interessante constatar o elevado número de artigos publicados sobre ansiedade materna nos últimos anos, especialmente, pela maioria ter sido publicada em 2014, com 14 artigos. Esperava-se encontrar menos artigos sobre ansiedade devido às publicações enfatizarem a depressão como umas das complicações principais no contexto da maternidade. Entretanto, percebe-se o interesse crescente em aprofundar os estudos sobre ansiedade nesse contexto.

Também foi verificado que a ansiedade materna é tema de interesse comum a outras áreas da saúde, além da Psicologia. Observa-se nos estudos que muitos autores referem ser importante constatar a ansiedade no período pré-natal, como medida preventiva e protetiva para a saúde mental das mães, desenvolvimento do bebê e qualidade de relação dessa díade. Especialmente na área de ginecologia e obstetrícia há um interesse particular em diagnosticar precocemente a ansiedade no pré-natal, com intuito de atenção à saúde mental materna e do bebê.

Tendo em vista a necessidade de detecção precoce da ansiedade, percebe-se a ausência de um instrumento específico para avaliar a ansiedade materna. Foram mencionados o STAI e BAI como instrumentos para avaliação da ansiedade, no entanto seria importante que fosse criado um instrumento que considere as questões típicas da maternidade.

Também foram encontrados artigos que abordaram o estresse como tópico importante no contexto da maternidade. Autores referem a necessidade de aprofundar estudos relacionados à ansiedade e ao estresse maternos devido a características e fatores que são peculiares no período pré e pós-natal, e que podem desencadear esses estados emocionais. Contudo, percebe-se uma relação direta entre ansiedade, estresse e depressão como foi verificado nas análises dos resultados dos artigos.

Percebe-se, portanto, que os estudos sobre ansiedade e maternidade reforçam a necessidade de estudar a ansiedade, dada sua repercussão na gravidez, no período pós-natal, na relação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil. Também observa-se, a partir dos resultados dos estudos incluídos nesta revisão de literatura, que a ansiedade no contexto da maternidade é um fenômeno multifatorial, pois relaciona-se com diferentes variáveis que podem influenciar o estado emocional das mães nesse período ímpar tais como: escolaridade, nível socioeconômico, cuidados com o recém-nascido, idade da mãe, amamentação, prematuridade, apego, internação do bebê, desenvolvimento infantil, tipo de parto, dificuldades conjugais, suporte social. Pode-se inferir que essas diferentes variáveis podem desencadear um estado ansioso materno, no entanto, elas também podem ser influenciadas pela ansiedade daquelas mães que já a possuem como uma característica de sua personalidade. Assim, não é possível concluir se as variáveis influenciam ou desencadeiam um estado ansioso ou são influenciadas pela própria ansiedade materna quando esta é uma característica da própria mãe. Cada caso precisa ser analisado de forma separada, buscando um entendimento maior sobre a origem da ansiedade materna, e a compreensão de aspectos que são típicos da maternidade. Dessa forma, compreende-se que a ansiedade no contexto da maternidade é um fenômeno que se torna mais complexo, sendo importante a continuidade de pesquisas que venham a esclarecer mais sobre esse tema.

Poucos estudos enfocaram a prevenção e promoção da saúde mental materna. Em razão disso, destaca-se a necessidade de pesquisas sobre programas multidisciplinares de saúde para gestantes, intervenções e tratamentos psicológicos ou psiquiátricos, afim de acompanhar mães e bebês, prevenindo e promovendo a qualidade de vida mãe-bebê e a interação dessas díades.

Referências

- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hosli, I., Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *Journal of Maternal-fetal Medicine Neonatal*, 20(3), 189-209.
- Airosa, S. & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 64-77.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Arnon, S., Diamant, C., Bauer, S., Regev, R., Sirota, G., Litmanovitz, I. (2014). Maternal singing during kangaroo care led to autonomic stability in preterm infants and reduced maternal anxiety. *Acta Paediatrica*, 103, 1039-1044.
doi:10.1111/apa.12744.
- Arteche, A., Joormann, J., Harvey, A., Craske, M. C., Gotlib, I. H., Lehtonen, A., Counsell, N., Stein, A. (2011). The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces. *Journal of Affective Disorders*, 172, 324-330.
- Austin, M. P., Tully, L., Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 169-174.

- Baum, K., Wittchen, H-U. (2013). Maternal anxiety disorders prior to conception, psychopathology during pregnancy and early infants' development: a prospective-longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 16, 549-560.
doi:10.1007/s00737-013-0376-5.
- Barbirato, F. & Dias, G. (2009). *A mente do seu filho: como estimular crianças e identificar distúrbios psicológicos na infância*. Rio de Janeiro: Agir.
- Brazelton, T. B. & Nugent, J. K. (Eds.). (1995). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. London: Cambridge: Mac Keith Press.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 893-897.
- Beebe, B., Steele, M., Jaffe, J., Stehle, E. (2011). Maternal Anxiety Symptoms and mother-infant self -and Interactive Contingency. *Infant Mental Health Journal*, 32(2), 174-206. doi: 10.1002/imhj.20274
- Beltrami, L., Flores, M. R., Souza, A. P. R. S. & Moraes A. B. (2013). Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento e estado emocional materno. *Revista CEFAC*, 15(2), 348-360.
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Pereira, P. P., Lucia, M. C. S, & Zugaib, M. (2009). Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 5(3), 322-327. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000300027>.
- Broussard, E. R., & Hartner, M. (1971). Further considerations regarding maternal perceptions of the firstborn. In J. Heellmuth (Org.). *The exceptional infant: studies in abnormalities* (pp.81-104). New York: Brunner/Mazel.

- Catov, J. M., Abatemarco, D. J., Markovic, N., & Roberts, J. M. (2010). Anxiety and optimism associated with gestational age at birth and fetal growth. *Maternal and Child Health Journal, 14*, 758-764. doi:10.1007/s10995-009-0513-y.
- Chiodelli, T., Pereira, V. A., Rodrigues, O. M. P. R., Oliveira, C. S. & Silva, V. F. M. (2014). Desenvolvimento do Bebê nos Dois Primeiros Meses de Vida: Variáveis Maternas e Sociodemográficas. *Pensando Famílias, 18*(1), 64-77.
- Coelho, H. F.; Murray, L., Royal-Lawson, M., Cooper, P. J (2011). Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 129*(1-3), 348-353.
- Consonni, E. B., Calderon, I. M. P., Consonni, M., Conti, M. H. S., Prevedel, T. T. S., & Rudge, M. V. C. R. (2010). A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health, 7* (28), 1-6.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dennis, T. A. & Chen, C. C. (2007). Emotional face processing and attention performance in three domains: neurophysiological mechanisms and moderating effects of trait anxiety. *International Journal of Psychophysiology, 65*(1), 10-19.
- Dennis, C-L., Coghlan, M., & Vigod, S. (2013). Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the State-Trait Anxiety Inventory? *Journal Affective Disorders, 150*(3), 1217-1220. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.049.
- De Ruiter C., Van Emmichoven I. A. Z., Van Ijzendoorn M. H., & Brosschot, J. (2003). Selective processing of threatening information: Effects of attachment representation

and anxiety disorder on attention and memory. *Development Psychopathology*, 15(1), 219-237.

Dias, L. O., Beltrami, L., & Souza, A. P. R. (2013). Ansiedade e depressão em mães de crianças com distúrbios de linguagem: a importância do trabalho interdisciplinar. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(3), 515-530.

Dole, N., Savitz, D. A., Hertz-Picciotto I., Siega-Riz, A. M., McMahon M. J., & Buekens, P. (2003). Maternal stress and preterm birth. *American Journal of Epidemiology*, 157(1), 14-24.

Elizarraraz, N. L. A., Argote, G. V., Frausto, M. A. M. & Toscano, L. M. (2014). Riesgo de Trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación com estrés y ansiedad. *Index de Enfermaría*, 23 (1-2), 21-25.

Erdem, Y. (2009). Anxiety levels of mothers whose infants have been cared for in unit level-I of a neonatal intensive care unit in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1738-1747. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03115.x.

Eutrope, J., Aurore, T., Lempp, F., Aupetit, L., Saad, S., Dodane, C., Bednarek, N., De Mare, L., Sibertin-Blanc, D., Nezelof, S., & Rolland, A-C. (2014). Emotional Reactions of Mothers Facing Premature Births: Study of 100 Mother-Infant Dyads 32 Gestational Weeks. *PLoS ONE*, 9(8), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0104093.

Favaro, M. S. F., Peres, R. S. & Santos, M. A. (2012). Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. *Psico-USF*, 17(3), 457-465.

Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of American Academic of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 919-927.

- Felipe, A. O. B., Souza, J. J. & Carvalho, A. M. P. (2014). Impactos do nascer prematuro na saúde mental das mães. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 21(3) 16-27.
- Giakoumaki, O., Vasilaki, K., Lili, L., Skouroliakou, M. & Liosis, G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 21-28. doi: 10.1080/01674820802604839
- Gorenstein, C., Andrade, L., & Zuardi, A.W. (Orgs.) (2000). *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28 (1), 25-35.
- Halbreich, U. (2005). The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions: the need for interdisciplinary integration. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 193(4), 1312-1322.
- Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *British Journal Psychiatric Special Publication*, 3, 76-79.
- Harvey, A. G., Nicol-Haerper, R. & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior Development*, 30(1), 161-167.
- Henrichs, J., Schenk, J. J., Schmidt, H. G., Velders, F. P., Hofman, A., Jaddoe, V. W. V., Verhulst, F. C. & Tiemeier, H. (2009). Maternal Pre- and Postnatal anxiety and infant temperament the generation R study. *Infant and Child Development*, 18(6), 556-572 doi: 10.1002/Icd.639.
- Hosseini, S. M, Biglan, M. W., Larkby, C., Brooks, M. M., Gorin, M. B., Day, N. L. (2009). Trait anxiety in pregnant women predicts offspring birth outcomes. *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 23(6), 557-566.

- Houaiss, A. & Villar, M. S. (2009). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Kaitz, M. & Maytal, H. (2005). Interactions between anxious mothers and their infants: an integration of theory and research findings. *Infant Mental Health Journal*, 26, 570-597.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (7.ed.) Baltimore M D: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kessler, R.C. & Üstün, T. B (2004). The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121.
- Linhares, M. B. M., Padovani, F. H. P, Pinto, Carvalho, A. E. V. C. & Martinez, F. E. (2009). Anxiety and Depression in Mothers of Preterm Infants and Psychological Intervention During Hospitalization in Neonatal ICU. *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (1), 161-170.
- Liou, Shwu-Ru, Wang, P. & Cheng, Ching-Yu. (2014). Longitudinal study of perinatal maternal stress, depressive symptoms and anxiety. *Midwifery*, 30, 95-801.
- Lovinbond & Lovinbond (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. In Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 229-239.
- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (16ª ed). São Paulo: Saraiva.

- Mari J. J. & Williams, P. A. (1986). Validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry, 148*, 23- 26.
- Marteau, T. M. & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 301-306.
- Martini, J., Wittich, J., Petzoldt, J., Winkel, S., Einsle, F., Siegert, J., Höfler, M., Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H-U. (2013). Maternal anxiety disorders prior to conception, psychopathology during pregnancy and early infants' development: a prospective-longitudinal study. *Archives Women's Mental Health, 16*, 549-560. doi:10.1007/s00737-013-0376-5.
- Meijssen D., Wolf M. J., Koldewijn K., Van Baar A. L., Kok J. (2011). Maternal psychological distress in the first two years after very preterm birth and early interventions. *Early Child Development Care, 181*, 1-11.
- Mogg, K., Mathews, A., Eysenck, M., & May, J. (1991). Biased cognitive operations in anxiety: Artefact, processing priorities or attentional search? *Behavior Research and Therapy, 29*(5), 459-467.
- Moraes, A. B, Beltrami, L. & Souza, A. P. R. (2013). Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação, 25*(2), 229-239.
- Nasreen, H. E., Kabir, Z. N., Forsell, Y. & Edhborg, M. (2010). Low birth weight in offspring of women with depressive and anxiety symptoms during pregnancy: results from a population based study in Bangladesh. *BMC Public Health, 10* (515), 1-8. doi: 10.1186/1471-2458-10-515.

- Newham, J. J., Wittkowski, A., Hurley, J., Aplin, J. D., Westwood, M. (2014). Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Depression and Anxiety, 31*, 631-640. doi: 10.1002/da.22268.
- O'Connor, T. G., Monk, C. & Fitelson, E. M. (2014). Practitioner Review: Maternal mood in pregnancy and child development – implications for child psychology and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(2), 99-111.
doi:10.1111/jcpp.12153
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E.V., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2009). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*, 251-254.
- Padula, R. S., Pires, R. S., Alouche, R. S. Chiavegato, L. D., Lopes, A. D., & Costa, L. O. P. (2012). Análise da apresentação textual de revisões sistemáticas em fisioterapia publicadas no idioma português. *Revista Brasileira de Fisioterapia, 16*(4), 281-288.
- Paul, I. M., Downs, D. S., Schaefer, E. W., Beiler, J. S. & Weisman, C. S. (2013). Postpartum Anxiety and Maternal-Infant Health Outcomes. *Pediatrics, 131*(4), 1218-1224. doi:10.1542/peds.2012-2147.
- Pérez, R. R. G., Y. B., Pérez, Y. G., & Herrera, B. B. (2013). Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría, 86*(2), 179-188.
- Perosa, G. B., Ribeiro, D. G. & Padovani, F. H. P. (2014). Mental Health, Mother-Child Interaction and Development at the End of the First Year of Life. *Paidéia, 24*(59), 331-339. doi: 10.1590/1982-43272459201407.

- Perrone; R. A. P. & Oliveira, V. B. (2011). Controle da ansiedade materna de bebê pré-termo via contato lúdico-gráfico. *Estudos de Psicologia. (Campinas)*, 28(2), 269-270.
- Qiu, A., Rifkin-Graboi, A., Chen, H., Chong, Y-S, Kwek, K, Gluckman, P. D, Fortie M. V., & Meaney, M. J. (2013). Maternal anxiety and infants' hippocampal development: timing matters. *Translational Psychiatry*, 3, 1-7.
doi:10.1038/tp.2013.79
- Rapoport, A. & Piccinini, C. A (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 16(2), 215-225.
- Rallis, R., Skouteris, H., McCabe, M., & Milgrom, J. (2014). The transition to motherhood: Towards a broader understanding of perinatal distress. *Women and Birth*, 27(1), 68-71. doi:10.1016/j.wombi.2013.12.004.
- Reck, C., Noe, D., & Gerstenlauer, J. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior Development*, 35(2).
doi: 10.1016/j.infbeh.2011.12.005
- Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 229-239.
- 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 & Saúde Coletiva*, 19(1), 215-226.
- Richter, N. & Reck, C. (2013). Positive maternal interaction behavior moderates the relation between maternal anxiety and infant regulatory problems. *Infant Behavior & Development*, 36 (4), 498-506. doi: 10.1016/j.infbeh.2013.04.007.

- Rodrigues, C. L. (2011). *Aspectos neuropsicológicos dos transtornos de ansiedade na infância e adolescência: um estudo comparativo entre as fases de pré e pós-tratamento medicamentoso*. Dissertação de Mestrado, Universidade São Paulo, SP, Brasil.
- Romero-Gutiérrez, G., Rocha-Morales, D. & Ruiz-Treviño, A. S. (2013). Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *Ginecología y Obstetricia Mexico*, 81, 180-185.
- Sanchez, S. E., Puente, G. C, Atencio, G., Qiu, C., Yanez, D., Gelaye, B. & Williams, M. A. (2013). Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Depressive, Anxiety, and Stress Symptoms. *Journal of Reproductive Medicine*, 58, 25-33.
- Schmidt, E. B. & Argimon, I. I. L. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia*, 19(43), 211-220.
- Silveira, F. C. P, Padovani, F. H. P, Perosa, G. B., Canavez, I. C. & Peraçoli, J. C. (2009). Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia*, 31(9), 433-439.
- Snaith, R., Constantopoulos, A., Jardine, M., & McGuffin, P. (1978). A clinical scale for the self-assessment of irritability (IDA). *British Journal of Psychiatry*, 132 (2), 164-171.
- Sherestha, S., Adachi, K., Petrini, M. A & Sherestha S. (2014). Factors associated with post-natal anxiety among primiparous mothers in Nepal. *International Nursing Review*, 61, 427-434. doi: 10.1007/s00737-013-0376-5
- Sockol, L. E., Epperson, C. N. & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and

postpartum first-time mothers. *Archives Women's Mental Health*, 17(3), 199-212.

doi: 10.1007/s00737-014-0424-9.

Spielberger, C. D. & Sydeman, S. J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. In M.E. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. (pp. 292-321). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Warner, R., Appleby, L., Whitton, A., Faragher, B. (1997). Attitudes toward motherhood in postnatal depression: development of the maternal attitudes questionnaire. *Journal. Psychosomatic Research*, 43, 351-358.

Weissman, A. & Beck, A. (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitude scale: a preliminary investigation*. Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada.

Williams, J. M., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (2007). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2ed.). Chichester, U. K.: John Wiley & Sons.

World Health Organization (1993). *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.

Zelkowitz, P., Na, S., Wang, T., Bardin, C., & Papageorgiou, A. (2011). Early maternal anxiety predicts cognitive and behavioural outcomes of VLBW children at 24 months corrected age. *Acta Paediatrica*, 100, 700-704. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.02128.x

Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Zung, W.W. (1971) A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 12, 371-379.

Seção II: Artigo Empírico

Ansiedade materna e relação mãe-bebê: um estudo qualitativo

Resumo

A ansiedade materna é um tema relevante de pesquisa a ser investigado no âmbito das primeiras relações mãe-bebê, pois se acredita que esse sentimento materno pode repercutir de diferentes maneiras nas relações dessa díade e, especialmente, no bebê e seu desenvolvimento. Assim, o presente estudo investigou o fenômeno da ansiedade materna e sua manifestação em mães de bebês com idades entre seis e 12 meses, buscando identificar sua repercussão na relação mãe-bebê. Esta pesquisa, de abordagem qualitativa, utilizou delineamento de Estudo de Casos Múltiplos. Participaram do estudo quatro díades mãe-bebê, cujas mães apresentaram indicadores de ansiedade no BAI (*Beck Anxiety Inventory*). As mães também responderam uma Ficha de Dados Sociodemográficos, uma Ficha de Dados Clínicos, uma Entrevista sobre a Gestação e Parto, uma entrevista sobre a Experiência da Maternidade e uma Entrevista sobre Ansiedade Materna. A interação da dupla mãe-bebê foi avaliada a partir do *Interaction Assessment Procedure* (IAP). Em todos os casos analisados observou-se que a ocorrência de ansiedade materna no período da gravidez e nos primeiros cuidados com o recém-nascido, repercutiu de alguma forma na relação mãe-bebê. Os casos apresentados corroboram a literatura, evidenciando que a ansiedade pode estar relacionada com complicações na gravidez e no pós-parto, nos primeiros cuidados com o recém-nascido e com fatores estressantes durante a gravidez e no puerpério, como perdas e luto. Considerando a importância de detectar precocemente sinais ou sintomas de ansiedade, salienta-se a necessidade de novos estudos com enfoque em programas de intervenção para o controle e o manejo da ansiedade das mães, visando à prevenção e promoção da saúde mental materno-infantil.

Palavras-chaves: ansiedade, ansiedade materna, relação mãe-bebê.

Maternal anxiety and mother-child relationship: a qualitative study

Abstract

Maternal anxiety is an important research topic to be investigated as part of the first mother-child relationships, because it is believed that maternal feeling can have different impacts in this dyad, especially in the baby and in his development. The present study investigated the phenomenon of maternal anxiety and its manifestation in mothers of infants aged between six and 12 months, trying to identify its impact on mother-child relationship. This research, from a qualitative approach, used delineation of Multiple Case Studies. The participants were four mother-child dyads whose mothers had anxiety indicators on BAI (Beck Anxiety Inventory). Mothers also filled a Socio-Demographic Data Form, one Clinical Data Sheet, an Interview on Pregnancy and Childbirth, an interview on the Maternity Experience and an Interview on Maternal Anxiety. The interaction of the mother-child was evaluated using the Interaction Assessment Procedure (IAP). In all cases that were analyzed it was found that the presence of maternal anxiety in the period of pregnancy and early care newborn reflected somehow in the mother-child relationship. The cases presented corroborate the literature, showing that anxiety may be related to complications in pregnancy and postpartum, to the first care of the newborn and also to stressors during pregnancy and postpartum, as losses and mourning. Considering the importance of detecting early signs or symptoms of anxiety, it points out the need for further studies focusing on intervention programs for the control and the management of anxiety in mothers, aiming at prevention and promotion of maternal and child mental health.

Keywords: anxiety, maternal anxiety, mother-child relationship.

Introdução

A importância do papel materno nas primeiras interações mãe-bebê tem sido objeto de vários estudos sobre o desenvolvimento infantil (Arruda & Andrieto, 2009; Azevedo et al., 2008; Brazelton & Cramer, 1992; Moura et al., 2004; Silva et al., 2006; Wendland, 2001), remetendo ao fato de que as primeiras relações entre mãe e bebê são fundamentais para o desenvolvimento psíquico da criança (Brazelton & Cramer, 1992). A relação mãe-bebê é um processo que vai se constituindo desde o período pré-natal, sendo influenciado pelas expectativas que a mãe possui sobre o bebê e pela interação que ela estabelece com ele ainda no útero (Piccinini et al., 2004). A capacidade de interação e a formação de vínculos entre mãe e bebê é um processo que ocorre gradativamente, e acredita-se que a disponibilidade emocional da mãe é essencial neste momento (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Mahler, 1982; Stern, 1997; Winnicott, 2000).

Neste sentido, Donelli (2011) coloca que o papel do cuidado materno vai muito além de prover as necessidades fisiológicas do bebê. Quando uma mãe é capaz de oferecer um ambiente adequado ao seu filho, considerando as demandas do bebê, ela o protege e leva em conta a sensibilidade sensorial do bebê, respeita seu estado de total dependência e sua incapacidade de reconhecer qualquer coisa que não seja ele próprio. Ela estabelece uma comunicação empática, a qual não se restringe apenas a cuidados mecânicos de rotina. Assim, a mãe garante um ambiente suficientemente bom que proporciona ao bebê um espaço para desenvolver-se a partir de suas próprias experiências.

A vivência da maternidade pode repercutir no psiquismo materno, pois além do corpo da gestante encarregar-se do crescimento físico do feto, ocorre no seu psiquismo, a formação da ideia de ser mãe e a construção de uma imagem mental do bebê (Stern,

1997). É como se ocorressem três gestações ao mesmo tempo: o desenvolvimento físico do feto no útero, uma atitude de mãe no psiquismo materno e a formação do bebê imaginado na sua mente (Stern, Stern-Bruschweiler, & Freeland, 1999).

Assim, é possível que ocorram momentos de ansiedade durante a gestação, no parto, e no período puerperal, em diferentes contextos da maternidade como gestações de risco, prematuridade, problemas da saúde da mãe ou do bebê, entre outros. Entretanto, a ansiedade também pode se produzir na ausência desses contextos, em condições de maternidade típica, pois é natural que a ansiedade faça parte desta experiência e das vivências que a acompanham. Estudos demonstram que quadros de ansiedade são muito frequentes durante o ciclo gravídico-puerperal. Estima-se que 20% das mulheres apresentam sintomas de ansiedade durante a gravidez (Araújo, Pereira, & Kac, 2007). No primeiro trimestre, a gestante descobre a sua gravidez e maior labilidade emocional é esperada (Baptista & Furquim, 2003). O segundo trimestre é considerado como o mais estável da gestação (Melo & Lima, 2000), mas no terceiro e último a ansiedade tende a elevar-se (Baptista & Furquim, 2003). Na fase de transição do final da gestação para o parto, é esperado o aumento do nível de ansiedade da parturiente, em decorrência do maior padrão das contrações uterinas e por constituir um momento de maior expectativa da resolução do processo de parturição (Almeida, Sousa, Bachion, & Silveira, 2005).

Durante o puerpério, também é esperado que ocorram momentos de ansiedade diante das novas experiências e vivências suscitadas pela relação mãe-bebê. A mãe está voltada para os cuidados com o bebê, e ao mesmo tempo, está conhecendo esse bebê que carregou consigo durante toda gestação. A chegada de um bebê implica transformações desde a gestação, do ponto de vista fisiológico, psíquico e sócio-familiar, pois representa uma transição que faz parte da definição de um novo papel

para a mulher (Beltrami, et al., 2013). Portanto, o nascimento do bebê é um momento particularmente vulnerável para a mulher devido às profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto. Maldonado (2002) refere que o puerpério caracteriza-se como um período de transição onde a mulher torna-se especialmente sensível e confusa, facilitando o aparecimento de sintomas ansiosos e depressivos.

Portanto, no contexto da maternidade, a ansiedade materna pode ser entendida como um sentimento natural que faz parte das experiências maternas, assim como de outras experiências humanas. Entretanto, esta ansiedade esperada pode manifestar-se de forma exacerbada, através de preocupações excessivas, de um estado de tensão, insatisfação, insegurança, incerteza e medo diante de uma experiência desconhecida, associados à condição materna da mulher, e que podem trazer dificuldades para o exercício do papel materno. Nesta perspectiva, a ansiedade materna é um fenômeno complexo e multifatorial que pode trazer repercussões para a saúde mental da mulher (Papageorgiou & Zelkowitz, 2012).

A saúde mental materna tornou-se objeto de intensa investigação e preocupação para pesquisadores e políticas públicas, pois não se limitam apenas ao sofrimento das mulheres, mas estendem-se à qualidade conjugal, relação mãe-bebê e desenvolvimento da criança. Existem evidências de sequelas adversas da ansiedade materna no desenvolvimento fetal, nas complicações obstétricas, nos resultados da gravidez, tais como baixo peso ao nascer, e no posterior desenvolvimento da criança. As mulheres com níveis mais altos de ansiedade durante a gravidez são propensas a relatar mais sintomas físicos, fazer visitas obstétricas mais frequentes e perder mais dias de trabalho. Além disso, a ansiedade pré-natal é um forte preditor de depressão pós-parto (Papageorgiou & Zelkowitz, 2012).

No contexto internacional, o tema da ansiedade materna tem sido amplamente investigado. Alguns estudos têm relacionado o estado ansioso materno durante a gestação com complicações fetais, tais como sepse neonatal, traqueipnéia transitória do recém-nascido e desenvolvimento mais lento do hipocampo (Qiu et al., 2013; Romero-Gutiérrez et al., 2013).

A ansiedade materna também tem sido apontada como capaz de afetar negativamente o desenvolvimento infantil (Glover, 2014; O'Connor et al., 2014; Richter & Reck, 2013), afetando a comunicação entre mãe e filho e a capacidade materna de responder às demandas do bebê (Beebe et al., 2011; Henrichs et al., 2009), além de constatar que a ansiedade materna aumentaria o risco para a criança, pois poderia interferir na capacidade materna de responder sensivelmente às demandas do bebê (Zelkowitz, Bardin, & Papageorgiou, 2007; Zelkowitz, et al., 2008). Outro estudo (Schmücker et al., 2005) utilizando o STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*), equivalente ao Inventário de Ansiedade Traço-estado – IDATE, revelou altos índices de ansiedade em mães de prematuros, comprovando que o nascimento de um bebê pré-termo pode gerar ansiedade materna. Esses bebês se mostravam menos responsivos facialmente na interação com suas mães aos três meses de vida, atestando o prejuízo da ansiedade materna às primeiras relações entre mãe e bebê.

Outros trabalhos identificaram relação entre variáveis sociodemográficas maternas (como a escolaridade materna menor, nível socioeconômico baixo, menor idade da mãe), falta de conhecimentos de cuidados com o recém-nascido, dificuldades conjugais e apoio social insuficientes, com o aumento do estado ansioso da mãe (Catov et al., 2009; Chiodelli et al., 2014, Richter & Reck, 2013; Sherestha et al., 2014). A internação do bebê em UTI neonatal também foi apontada por Erdem (2009) e

Zelkowitz et al. (2011) como capaz de influenciar os sentimentos maternos e provocar aumento da ansiedade.

No âmbito internacional, ainda são encontrados estudos que associam a ansiedade materna com sintomas e/ou outros quadros psicopatológicos, tais como depressão (Liou et al., 2014; Paul et al., 2013; Giakoumaki et al., 2009) e estresse (Pérez et al., 2013; Rallis et al., 2014), além de pesquisas sobre intervenções voltadas para o manejo da ansiedade (Arnon et al., 2014; Newhan et al., 2014; Zelkowitz et al., 2011).

No Brasil, observa-se também um crescente interesse sobre o tema. Corroborando uma tendência internacional, os estudos realizados no país vêm encontrando associações entre ansiedade materna, risco para o desenvolvimento infantil (Padovani et al., 2009; Ribeiro et al., 2014), e para a comunicação mãe-bebê (Dias et al., 2013). Também destacam-se estudos sobre intervenções e programas multidisciplinares voltados para o manejo da ansiedade materna (Consonni et al., 2010; Linhares et al., 2009; Perrone & Oliveira, 2011). Estudos brasileiros também encontraram associação entre ansiedade materna elevada e variáveis sociodemográficas, tais como baixa escolaridade, baixa renda familiar, profissão, idade da mãe, número de filhos e estado civil (Chiodelli et al., 2014; Moraes et al., 2013), e entre ansiedade materna aumentada e variáveis obstétricas, tais como aborto, partos prematuros, tipo de parto, número de consultas pré-natais, planejamento da gestação, baixo peso do bebê ao nascer, intercorrências com o recém-nascido, e tipo de aleitamento (Chiodelli et al., 2014). Variáveis psicossociais, tais como suporte social, histórico de doença mental na família e dificuldade na constituição da experiência materna também foram associadas a níveis mais altos de ansiedade em puérperas (Chiodelli et al., 2014).

Outros estudos nacionais têm relacionado a ansiedade da mãe com sintomas e/ou quadros psicopatológicos como a depressão (Beltrami et al., 2013; Benute et al., 2009, Favaro et al., 2012; Linhares et al., 2009; Silveira et al., 2009). O estudo de Felipe et al. (2014) verificou que a ansiedade durante a gestação aumentou o risco de ocorrência de parto prematuro. Outros autores identificaram associações entre ansiedade materna e estresse e prejuízos no apego materno fetal (Schmidt & Argimon, 2009) e na vinculação mãe-bebê (Airosa & Silva, 2013).

Pesquisa realizada por Beltrami et al. (2013) analisou comparativamente as possíveis correlações entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e o estado materno ansioso através de uma amostra de 182 díades mãe-bebê em bebês nascidos a termo e pré-termo em um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul. Os resultados demonstram que há uma correlação positiva entre o estado materno ansioso e a presença de risco ao desenvolvimento infantil. Seus resultados sugerem que a ansiedade e outras problemáticas pessoais que afetam a constituição da experiência da maternidade em algumas mulheres, pode trazer risco ao desenvolvimento do bebê. Além disso, esse estudo também demonstrou que a ansiedade materna tende a dificultar as trocas da mãe com o bebê de um modo geral, tanto na oralidade (uso da linguagem particular dirigida ao bebê) e na modalidade corporal (troca de olhares entre mãe e bebê), quanto no estabelecimento de demanda (reações da mãe ao choro e demais demandas), que pode ser manifestada pela mãe de modo oral ou não (Beltrami et al., 2013).

Pelo exposto até então, é possível destacar que a ansiedade está presente em muitas situações de vivência da maternidade nos mais diferentes contextos. A maternidade é um momento ímpar na vida da mulher e sentimentos de ansiedade podem repercutir na relação mãe-bebê gerando sofrimento, outros sintomas e/ou quadros

psicopatológicos como estresse, depressão ou mesmo outros transtornos psiquiátricos. A importância dessa pesquisa sobre ansiedade materna está no fato desse sentimento materno repercutir de diferentes formas na relação mãe-bebê, podendo afetar de forma significativa a vida da mãe e do bebê, trazendo prejuízos à essa interação. Por essas razões, faz-se relevante investigar esse tema, pois a identificação precoce dessa sintomatologia permitirá refletir sobre estratégias de prevenção e promoção ligadas à saúde mental materno-infantil e desenvolvimento de Políticas Públicas voltadas para a saúde materno-infantil.

Assim, essa pesquisa investigou a ansiedade materna e sua manifestação em mães de bebês com idades entre seis e 12 meses, buscando identificar sua repercussão na relação mãe-bebê. Pretendeu-se, com esta pesquisa, responder às seguintes questões norteadoras: 1) Como a ansiedade experimentada pela mãe é influenciada pelas experiências vividas na maternidade?, e 2) Como a interação mãe-bebê é afetada pela ansiedade materna?

Método

Delineamento

Este estudo fez parte de uma pesquisa maior, em andamento, denominada de “Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Mapeamento e Avaliação”, coordenada pela Prof.^a Dr.^a Daniela Centenaro Levandowski da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), com a colaboração das pesquisadoras Prof.^a Dra. Tagma Marina Schneider Donelli e Prof.^a Dr.^a Angela Helena, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), e Prof.^a Dr.^a Giana Bitencourt Frizzo e Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Sobreira Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Esta pesquisa maior teve como objetivo identificar sintomas psicofuncionais em bebês de seis a 12 meses e avaliar aspectos emocionais, desenvolvimentais e comportamentais de

díades mães-bebês, cujos bebês apresentem algum tipo de sintoma psicofuncional. Para isso, utilizou-se um estudo de caráter metodológico misto, com estratégia exploratória sequencial, composto de dois estudos interligados. Esse projeto foi apreciado e aprovado pelo comitê de Ética da UFCSPA, conforme parecer nº 279.446 em anexo no apêndice C.

A presente pesquisa derivou desse projeto maior, utilizando uma abordagem qualitativa, através do delineamento de Estudo de Casos Múltiplos. Esse tipo de estudo busca investigar empiricamente um fenômeno com profundidade, contextualmente, especialmente quando não há clareza evidente entre os limites entre fenômeno-contexto. Assim, é possível obter conclusões por meio do cruzamento entre os casos pesquisados (Yin, 2010).

Participantes

Participaram deste estudo quatro díades mãe-bebê que foram identificadas a partir da primeira etapa do estudo maior referido anteriormente, no qual previu-se o mapeamento de sintomas psicofuncionais em bebês. Os participantes preencheram os seguintes critérios de inclusão: (a) *para os bebês*: idades entre seis e 12 meses; (b) *para as mães*: idade acima de 18 anos, nível socioeconômico e configuração familiar variáveis, e presença de indicadores de ansiedade leve ou moderada (conforme o *Beck Anxiety Inventory*). Os critérios de exclusão adotados foram: (a) *para bebês*: apresentar malformações, problemas neurológicos e/ou outros quadros clínicos; (b) *para as mães*: presença de retardo mental (observado a partir do contato com elas) e outros quadros psicopatológicos severos (esquizofrenia, transtorno de personalidade *borderline* ou antissocial, regressão psicótica, risco de suicídio e abuso de substâncias químicas) identificados a partir da aplicação do *M.I.N.I. Plus* (Sheehan et al., 1998, traduzido por Amorin, 2000).

As mães foram convidadas por conveniência, tinham idades entre 19 e 29 anos, escolaridade e nível socioeconômico distintos e indicadores de ansiedade com pontuação leve, entre 12 e 13 pontos ou ansiedade moderada, entre 21 e 23 pontos. A tabela 2 apresenta as participantes do estudo.

Tabela 2

Participantes do estudo

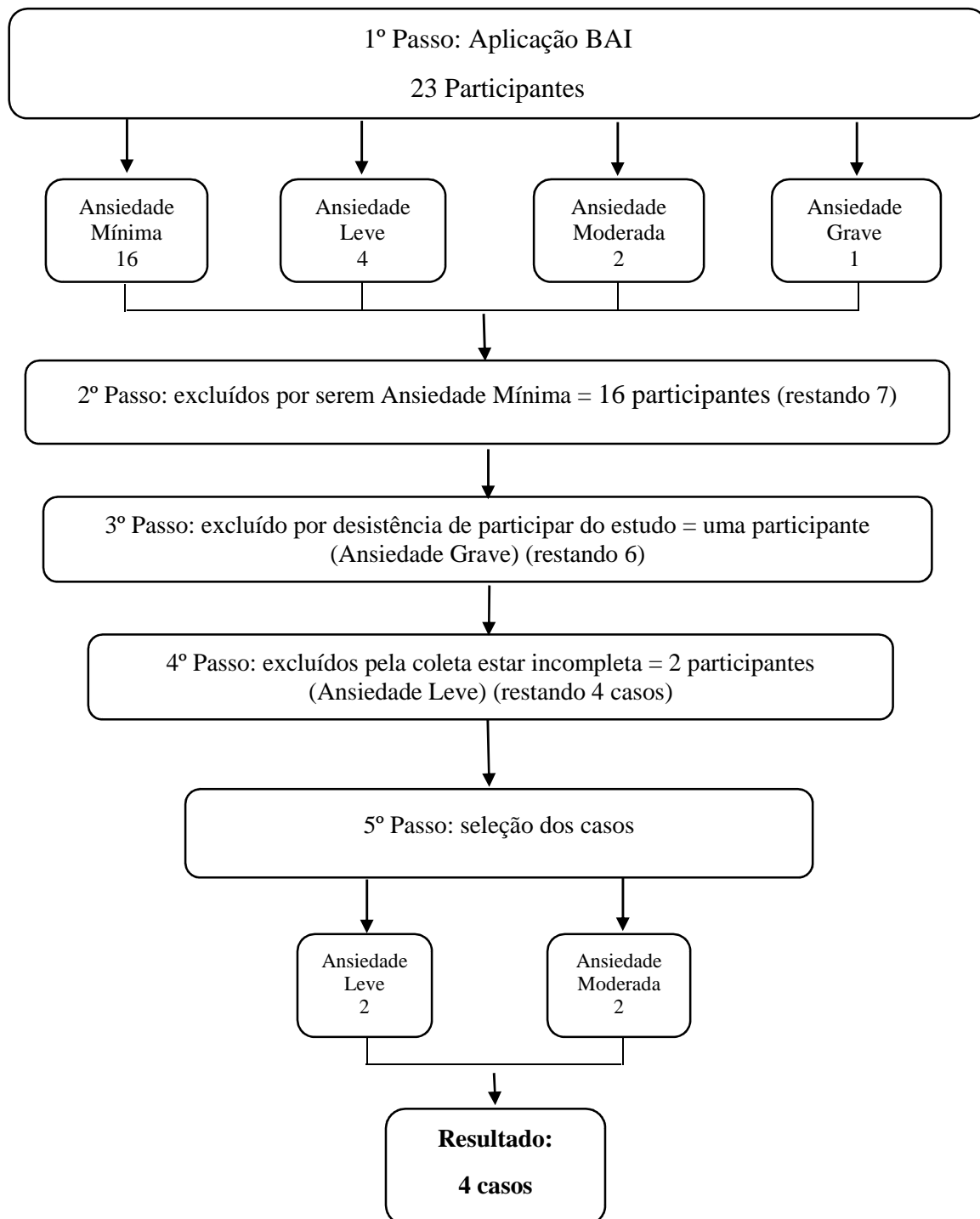
	Nome da mãe ¹ Nome do bebê	Idades	Estado civil	Escolaridade	Exercício de atividade profissional	Classe ² econômica familiar	Número de filhos, incluindo o bebê alvo da pesquisa	Resultado BAI
Caso 1	Rose Alice	20 anos 6 meses	União estável	Ensino médio completo	Não	C1	1 Filho 1 Enteado	Leve 12 pontos
Caso 2	Taís Ana	19 anos 9 meses	União estável	Ensino médio completo	Não	D	1 Filho	Leve 13 pontos
Caso 3	Flávia Júlia	29 anos 10 meses	Casada	Ensino médio completo	Não	C1	2 Filhos	Moderada 21 pontos
Caso 4	Gisele Eduarda	26 anos 12 meses	Viúva	Ensino médio completo	Sim	C2	3 Filhos	Moderada 23 pontos

Para essa pesquisa foi aplicado o BAI em 23 mães. Destas, 16 apresentaram ansiedade mínima no BAI, o que pode ser interpretado como ausência de ansiedade. Quatro destes casos apresentaram ansiedade leve, e dois casos apresentaram ansiedade moderada. Apenas um caso apresentou ansiedade grave, no entanto, essa participante desistiu de continuar na pesquisa. Entre os casos em que foi identificada ansiedade leve, foram selecionados os dois casos, cuja coleta de dados já estava completa no momento da seleção dos participantes. Assim, planejou-se realizar quatro estudos de casos: dois casos cujo BAI resultou em ansiedade leve e dois casos cujo BAI resultou em ansiedade moderada. A figura 5 apresenta o fluxograma dos casos selecionados.

¹ Os nomes dos participantes utilizados neste trabalho são fictícios.

² Conforme classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013), numa escala de oito níveis que vão de E (baixa) a A1 (alta).

Figura 5: Fluxograma do procedimento de seleção dos casos.



Procedimentos e Instrumentos

A coleta de dados ocorreu em duas etapas. Na primeira, buscou-se identificar duplas elegíveis para a pesquisa. Assim, após explanação dos objetivos da pesquisa e a concordância em participar, as mães assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE 1 (Apêndice C), ficando uma cópia para a participante e outra com a pesquisadora. Os encontros foram gravados em áudio e transcritos literalmente com a autorização das participantes. Nesta primeira etapa, foram utilizados os seguintes instrumentos: (a)³ *Questionário de Dados Sociodemográficos* (Apêndice E): conjunto de questões gerais sobre o bebê, seus pais e sua família; (b)⁴ *Ficha de Dados Clínicos* (Apêndice F): conjunto de questões que tem como objetivo conhecer o histórico clínico e as condições atuais da saúde do bebê, de seus pais e de sua família; (c) *Beck Anxiety Inventory (BAI)*⁵ (Apêndice G): trata-se de uma escala de auto-relato, que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade (Beck et al., 1988). O inventário é constituído por 21 itens que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos, que refletem os níveis de gravidade crescente de cada sintoma: 1) “Absolutamente não”; 2) Levemente: “Não me incomodou muito”; 3) Moderadamente: “Foi muito desagradável, mas pude suportar”; 4) Gravemente: “Difícilmente pude suportar” (Cunha, 2001). Nos escores do BAI, considera-se 0-10 pontos, ansiedade mínima, 11-19 pontos ansiedade leve, de 20-30 pontos, ansiedade moderada, e de 31-63 pontos, ansiedade grave); d) *M.I.N.I. Plus* (Sheehan et al., 1998, traduzido por Amorin, 2000). Trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada que investiga 17 transtornos

³ O instrumento refere-se a versão adaptada do NUDIF

⁴ O instrumento refere-se a versão adaptada do NUDIF

⁵ Por se tratar de um instrumento de uso restrito do psicólogo, ele não pode ser anexado na íntegra

psiquiátricos do eixo I do DSM-IV (APA, 1994) e os principais transtornos da CID-10 (OMS, 1993).

A aplicação desses instrumentos foi realizada na casa das participantes (em três casos) e em uma Unidade de Saúde (em um caso), em um ou dois encontros, com duração variável. As duplas em que não foram identificados sintomas de ansiedade na mãe, seguiram no fluxo do projeto maior, assim como as duas participantes que apresentaram ansiedade leve e que não fizeram parte deste estudo derivado.

As mães que apresentaram sintomas de ansiedade de categoria leve ou superior foram convidadas para a segunda etapa da pesquisa. Foram explicados os objetivos da pesquisa e as mães assinaram em duas vias uma nova versão do TCLE 2 (Apêndice H), ficando uma cópia com a participante e outra com a pesquisadora.

A segunda fase da pesquisa objetivou a exploração de aspectos relacionados à gestação, ao parto, à maternidade, à história de vida da díade, ao conhecimento dos sintomas de ansiedade e à avaliação da interação mãe-bebê. Foram utilizados os seguintes instrumentos: (a)⁶ *Entrevista sobre a Gestação e Parto* (Apêndice I): Trata-se de uma entrevista semiestruturada para investigar diversos aspectos da gestação e parto; (b)⁷ *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade* (Apêndice J): Trata-se de uma entrevista semiestruturada para investigar diversos aspectos da experiência da maternidade; (c) *Entrevista sobre Ansiedade Materna* (Apêndice K): Trata-se de uma entrevista semiestruturada que pretende compreender o fenômeno da ansiedade materna. As respostas às entrevistas foram gravadas em áudio para posterior transcrição, para possibilitar a melhor compreensão dos dados. Também foi utilizado nesta segunda etapa o (d) *Interaction Assessment Procedure* (IAP) (Wiese & Leenders, 2006) (Apêndice L): Trata-se de um protocolo de avaliação que propõe a filmagem de uma situação

⁶ O instrumento refere-se a versão adaptada do NUDIF

⁷ O instrumento refere-se a versão adaptada do NUDIF

estruturada com duração de aproximadamente 25 minutos. Objetiva avaliar a interação de crianças de até quatro anos e seus pais ou cuidadores, sugerindo uma análise global qualitativa das trocas de interação. Neste estudo, o bebê foi filmado em interação com a mãe, de acordo com os seis momentos consecutivos propostos pelo IAP (Apêndice M).

O protocolo do IAP considera a interação diádica e analisa seis dimensões, das quais quatro dimensões são referentes ao comportamento da mãe considerando a sensibilidade (comportamento emocional positivo da mãe, apropriado e criativo, externalizado na expressão facial e na voz durante a interação e leitura acurada dos sinais da criança), estrutura (habilidade de estruturar a brincadeira e o comportamento da criança, objetivando uma interação bem sucedida), não intrusividade (comportamento parental adequado e habilidade de interagir com o bebê no seu espaço, tempo, ritmo, e nível de envolvimento), e não hostilidade (habilidade de interagir com a criança demonstrando emoções positivas na interação).

No comportamento do bebê avalia-se a responsividade (nível de satisfação na interação com a mãe) e o envolvimento (nível de participação na interação com a mãe). Cada item proposto possui uma escala que vai de um (inexistente) até o ponto mais alto (excelente). Esses itens encontram-se no apêndice M.

Resultados e Discussão

Os instrumentos *Beck Anxiety Inventory (BAI)* e *M.I.N.I. Plus* foram corrigidos segundo protocolos próprios. O questionário de dados sociodemográficos e a ficha de dados clínicos foram utilizados para caracterizar cada um dos casos e obter informações complementares para a descrição de cada um.

As entrevistas sobre gestação e parto, a experiência da maternidade e ansiedade materna foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Foram lidas e relidas, a fim de identificar temas recorrentes e informações relacionadas ao objetivo deste trabalho.

Já a filmagem da interação da dupla mãe-bebê foi analisada de acordo com seu protocolo (Apêndice L) por dois juízes que classificaram os vídeos individualmente. Após essa análise foi adotado o procedimento de consenso entre juízes: nos casos em que houve divergência na interpretação, foi convidado um terceiro juiz para obter a classificação final.

Depois do levantamento de dados, foram criados três eixos temáticos para construção individual de cada caso: (a) história da gestação e parto, (b) vivências da maternidade e (c) relação mãe-bebê. Cada caso foi analisado individualmente, conforme suas singularidades. Em seguida, foi realizada uma síntese dos casos através do cruzamento entre eles, comparando-os entre si, a fim de identificar seus aspectos comuns e divergentes (Yin, 2010). Além disso, o tópico da ansiedade materna foi analisado de forma transversal, sendo visto em cada caso, buscando uma melhor compreensão da ansiedade em cada um dos eixos.

Caso 1: Rose e Alice

Rose tem 20 anos, possui união estável com Márcio que tem 25 anos. Reside com um enteado. É mãe de Alice de seis meses (C1⁸). Nunca se separou, coabita com Márcio há três anos. Rose tem ensino médio completo. Atualmente não trabalha, ficando em casa para cuidar de Alice. O BAI identificou ansiedade leve (12 pontos).

a) História da gestação e parto

A gravidez de Rose foi planejada. Ela e o companheiro estavam juntos há dois anos, quando decidiram ser pais. Ela decidiu interromper o uso do anticoncepcional e, depois de dois meses, estava grávida. Ficou surpresa de ter engravidado logo. “*Na minha cabeça num mês... e dois meses eu engravidei. Eu queria mais tarde, minha*

⁸ A sigla (Cn) refere-se ao número do caso.

intenção era mais tarde, né.” (C1EGP⁹). Quando recebeu a notícia sobre a gravidez ficou feliz, porém um pouco confusa. “Ah, sei lá, foi meio confuso eu acho, porque eu era nova, eu tinha parado com a faculdade” (C1EGP).

Durante a primeira parte da gestação não houve complicações, porém na metade da gravidez, Rose teve descolamento de placenta e perda de líquido amniótico.

Sua preocupação maior era com o bebê. “Ah, preocupação comigo eu não tinha, era mais com o bebê, se o bebê estava bem, essas coisas, se não tinha nenhum problema.” (C1EGP). Durante esse período menciona que teve apoio do companheiro. “Ele sempre foi carinhoso comigo e o bebê, e agora ele com o bebê também. Ele apoiou bastante” (C1EGP).

Alice nasceu de 41 semanas de parto normal, induzido. Não teve complicações, nem precisou ser internada. Teve contato com a mãe logo ao nascer e foi amamentada no peito.

b) Vivências da maternidade

Seu primeiro encontro com Alice após o parto foi bom. Rose relata “Foi bom, foi bem, ainda meio assustada, mas não caiu a ficha na hora, mas depois...” (C1EGP). Comenta que sentia bastante dor da cesárea: “Nos primeiros dias fiquei meio confusa né, não sabia o que fazer, meio atrapalhada” (C1EGP).

No dia a dia com Alice, Rose relata que sua filha é um bebê “*bom de lidar*” (C1EEM). Ela esperava que seria mais difícil dos primeiros cuidados. A experiência da maternidade não foi como ela esperava. “*Não, por causa que eu imaginava que eu ia ter um bebê e ia chorar para tudo, porque geralmente, tinha um gurizinho que eu ficava junto com ele, ele chorava para tudo, vai dar banho ele chorava, tudo ele chorava sabe,*

⁹ A sigla refere-se ao caso (Cn^o) e à entrevista de onde a vinheta foi retirada, sendo EGP a Entrevista de Gestação e Parto, EEM a Entrevista sobre a Experiência da Maternidade, EAM a Entrevista sobre Ansiedade Materna e o IAP refere-se à interação

ele é meu afilhadinho, ele chorava para tudo, tudo e até hoje, ele chora e eu pensava que ia ser assim, então eu já tava me preparando mentalmente, emocional que ia ser assim, que ela ia chorar toda a hora, mas não, bem tranquilo” (C1EEM).

Nos primeiros meses, Rose tinha algumas preocupações com relação aos cuidados como dar banho e dar de mamar. *“Medo de dar banho, de trocar, machucar, tipo qualquer mãe de primeira viagem, nova, tem esse medo, essa coisa, sei lá, uma angústia, não sabe se vai dar certo. Mas, com o tempo vai pegando” (C1EAM).*

Rose também se preocupou com o peso da filha, por Alice ter emagrecido muito, apesar da médica ter afirmado que era normal o bebê perder um pouco de peso após o nascimento: *“Ela emagreceu muito, ela perdeu muito peso, o médico disse que era normal perder umas gramas, mas ela perdeu quase um quilo. Então, eu tinha bastante preocupação, e aí como me deu aqueles sintomas de depressão e eu não sabia que eu não tinha leite. Então, eu amamentava e não sabia que não tinha leite, ela tava sempre com fome, e daí quando eu levei ela no médico, a médica disse que eu não tinha leite, ela deu um remédio e eu continuei amamentando. Mas, aí depois foi, ela engordou” (C1EAM).* Rose relata que teve depressão pós-parto, mas teve acompanhamento médico.

Outro fato que trouxe preocupação a Rose foi o medo de Alice ser sequestrada, devido a um fato ocorrido na sua própria infância: *“Eu tinha muito medo de uma coisa acontecer com ela, eu tava sempre ali, eu tava tipo, sei lá, medo de mãe. Porque, quando eu nasci tentaram me roubar da minha mãe, quando eu era pequena... sei lá, aquilo me apertou e eu tinha medo, e me trancava dentro de casa, eu tinha muito medo” (C1EAM).*

c) *Relação mãe-bebê*

Sobre sua comunicação com a filha, Rose refere bom relacionamento com Alice. *“Ah, a gente se dá bem assim, ela é bem grudada comigo, às vezes o pai dela chega em casa e vai conversar com ela e ela fica me procurando, fica me olhando assim e me chamando, ela faz assim com a mãozinha”* (C1EEM). Comenta que consegue compreender o que a filha expressa, mas acha difícil entender quando Alice está com dor: *“Difícil de entender é quando ela tá com alguma dorzinha assim, sabe, mais fácil de entender é quando ela tá com sono e quando ela quer mamar, porque são reclamações diferentes, a gente conhece pela convivência”* (C1EEM).

Rose comenta que gosta de brincar com Alice e costuma levar a filha para passear. Quando ficava nervosa com alguma situação, fica com Alice, ou sai com ela para caminhar um pouco. Teve o apoio da sogra que veio do interior e passou um período na casa dela ajudando com os cuidados com Alice, especialmente, nesse período em que Rose tinha medo de que sequestrassem sua filha.

Atualmente, Rose relata que ainda possui receios: *“Medo que aconteça alguma coisa com o bebê, tipo de medo, de que alguma coisa de ruim aconteça. Mas normal, tem sido tranquilo”* (C1EAM). Também manifesta preocupação ao separa-se de Alice: *“Daí dá aquelas coisas assim de ansiedade, se ela vai ficar bem, se não vai dá problema, o que vai acontecer. Eu fico com medo, tipo eu saio, eu ligo bastante pra casa. Em uma hora, eu ligo três vezes pra ver se tá tudo bem com ela. Então, não é fácil”* (C1EAM). Relata que somente com seus cuidados a filha fica bem: *“Acho que como eu sou mãe, comigo ela fica bem, eu sei cuida dela, eu sei quando é hora de dá mama, quando é hora de troca. É que tipo outra mãe que vai ficar com ela também vai sabe também, mas, eu não confio eu prefiro eu cuidar dela, a comida, acompanhar ela, as primeiras palavras, os primeiros passinhos, primeira vez que cai”* (C1EAM).

Relata que também fica preocupada quando a filha fica doente: “*Ah, dá uma ansiedade, porque tu não consegues tirar a dor dela, tem que ver ela passar e, dá uma ansiedade, alguma coisa.... Agora ela tá meio gripadinha ainda, mas ela não conseguia respirar direito. Dá um dozinho*” (C1EAM).

No IAP, a mãe demonstrou boa sensibilidade. Rose interagiu de forma afetiva com Alice, conversando com ela durante toda sessão. No início da sessão de avaliação do IAP, a mãe demonstrou certa ansiedade e agitação. No brincar sem brinquedos, Rose teve dificuldades, pois não sabia muito como brincar com Alice: “*Vamos brincar, vamos brincar com a bebê, vamos brincar de morder, vamos brincar de Mimi....?*” (C1IAP). Buscou tocá-la, apertá-la, beijá-la, fazer cócegas, e só depois convidou a filha para brincar de bate palminha. Percebe-se que essa atitude da mãe parece que sobrecarregou um pouco a criança, não deixando ela muito à vontade. Houve também, nesse sentido, uma hiper-estimulação da criança. A estrutura foi inconsistente, pois houve certa dificuldade de estruturar a atividade. Rose apresentava um brinquedo e em seguida outro, não estabelecendo um foco. Percebeu-se um pouco de dificuldade de Alice se engajar na brincadeira, pois a mãe ofereceu diversas opções em curto espaço de tempo. Observou-se intrusividade na interação mãe-bebê, pois Rose não permitiu um espaço para Alice explorar os brinquedos, especialmente, quando ela foi ensinar como funcionava o brinquedo móvel. A mãe ensinava a puxar a corda para tocar a música, mas ao mesmo tempo não deixava Alice tocar na abelhinha. Alice fez algumas tentativas de alcançar o brinquedo com as mãos, chegando até a chorar por um momento, mas a mãe não deixava ela pegar o brinquedo. Não houve hostilidade na sessão, a mãe foi afetuosa com a filha.

A responsividade e envolvimento da criança foram moderados. Houve interesse nas brincadeiras. Alice demonstrou satisfação para interagir, mas não existiu um espaço

para explorar os brinquedos. Quando a mãe foi solicitada a ignorar o bebê, Alice ficou mais à vontade, buscou a caixa e foi mexendo nos brinquedos. Com relação ao envolvimento, ocorreu a mesma situação: a criança demonstrou interesse nas atividades, mas não conseguia ir muito além para brincar, pois a mãe não permitia. Quando a mãe saiu da sala, a criança ficou tranquila e explorou os brinquedos. Nesse caso, destaca-se a ansiedade da mãe no brincar com a criança que não permitiu um espaço para que essa pudesse interagir de forma mais livre e exploratória.

Caso 2: Ana e Taís

Ana tem 19 anos, tem união estável com José de 20 anos. Residem juntos desde o nascimento da filha. Taís é filha única do casal e tem nove meses (C2). Ana tem ensino médio completo e cursa faculdade. Atualmente, não trabalha. Taís não frequenta a escola de educação infantil, sendo cuidada por Ana. O BAI identificou ansiedade leve (13 pontos).

a) História da gestação e parto

A gravidez de Taís não foi planejada. Taís relata que ficou um pouco assustada quando descobriu a gravidez, pois tomava anticoncepcional há 4 anos. Não sabe como engravidou, pois se cuidava neste aspecto. Acha que a medicação pode ter falhado. Relata que *“não sei como fui engravidar... eu sei que eu era muito correta, e eu sempre tinha medo de engravidar, muito medo, foi aquela coisa que Deus queria”* (C2EGP). Ana e José namoraram por 4 anos, tendo terminado por um breve período, e quando eles voltaram ela acabou engravidando, com 18 anos: *“Depois de uma briga nossa, eu engravidei. Até nem sei como eu engravidei, porque eu tomava remédio, eu me cuidava muito, ainda mais depois que a gente voltou eu me cuidava o dobro”* (C2EGP).

Durante a gravidez, Ana relata que ficou muito sensível. Relata que *“Na primeira semana eu só chorava, porque sabia e chorava, na primeira semana chegava a dar dor de cabeça de tanto que eu chorava, mas não que eu não queria. Eu chorava, porque eu sabia que a minha vida ia mudar, e mudou muito, mudou muito. Depois foi só melhorando, a minha gravidez foi ótima, eu me estressava no meu trabalho, mas tinha a minha família, sempre me apoiavam, e ficavam do meu lado”* (C2EGP).

Em termos físicos, Ana teve mudanças corporais que a fizeram engordar 30 kg. *“Teve um mês ali que foi o último ou oitavo mês que eu não me gostava, que eu não queria isso, só que sempre que eu falava isso eu já chorava arrependida, porque eu não devia tá falando isso, porque eu tava grávida”* (C2EGP).

No início da gravidez Ana teve descolamento de placenta e sangramento, precisou fazer repouso por três semanas e, segundo ela, por isso não pode fazer parto normal. Relata que tinha medo de perder a bebê: *“Tinha medo de acontecer alguma coisa, eu cair, que desse algum aborto espontâneo. Eu tinha muito medo de perder ela”* (C2EGP). Com relação ao parto, Ana também manifestou receio. *“Eu tinha medo que desse alguma coisa errada, não sabia o que, mas tinha medo que desse alguma coisa errada. Mas, não deu”* (C2EGP).

Taís nasceu de cesárea com 39 semanas. Não teve complicações no parto. No pós-parto Ana teve infecção por causa da cesárea, precisando consultas à ginecologista para fazer drenagem. Tinha medo que no hospital eles trocassem o bebê: *“Eu lembro que ela (Taís) chorava muito, aí eles colocaram ela no meu peito e ela acalmava, eu nunca achei que fosse conseguir ter esse poder, que toda mãe tem de acalmar”* (C2EGP).

b) Vivências da maternidade

Ana amamentou Taís no peito, porém depois de um certo período, como a bebê não estava ganhando peso, Ana foi orientada a dar complemento. Sentiu desconforto na amamentação: *“O que mais me desagradou foi que ninguém me falou que ia doer muito pra dá mamá”* (C2EGP). Ana achava que os primeiros dias seriam bem mais tumultuados: *“Eu achei que ela fosse chorar muito. Nos primeiros dias, na primeira semana, nem parecia que tinha nenê em casa, porque ela não precisava de muito leite, então o pouco que ela mamava era o suficiente, ela ficava no carrinho, ela dormia o tempo todo”* (C2EGP).

Ana tinha medo de dar banho em Taís: *“A minha preocupação era dar banho, eu tinha medo, tremia toda e eu tava com dor na cesárea”* (C2EGP). Também tinha preocupação com relação aos testes que são realizados com os recém-nascidos: *“Eu tinha medo dos testes que ela fazia não dar tudo certinho, teste da orelhinha, teste do olhinho. Eu tinha medo que ela tivesse uma coisa no olhinho, porque quando eu chamava ela, ela não olhava prá mim. Ela virava o olho, o tempo todo o bebê faz de virar o olhinho, eu tinha muito medo disso. Eu achava meu Deus, o que essa criança tem que virava o olhinho. Daí eu ligava pro pediatra dela e falava. Mas era isso, a preocupação dela não corresponder, não alcançar o normal dela. Mas, no fim deu tudo certo”* (C2EGP). Mencionou que o apoio do companheiro e da família foram importantes para ela.

Nos primeiros meses, Ana também relata que estava preocupada com relação ao seu trabalho. Tinha medo de não conseguir fazer um acordo com sua chefe para receber o seguro desemprego: *“Eu tomava remédio, calmante, né. Tinha que tomar calmante pra ficar calma, pra conseguir me dedicar a ela, porque eu tava muito nervosa. Eu*

tinha que lá receber o meu salário do auxílio maternidade e eu ficava nervosa dela falar "Ana, vou precisar de ti depois, isso e aquilo. Eu ficava muito ansiosa" (C2EAM).

c) Relação mãe-bebê

Ana sente-se bem como mãe. Com a experiência da maternidade, tudo o que pensa ou deseja fazer agora é em função de Taís. Manifesta desejo de voltar a estudar e trabalhar, mas acha que isso será inviável no momento por questões financeiras.

Ana acredita que consegue compreender as necessidades da filha através do jeito que Taís se expressa, e busca atendê-las: *"O jeito dela se expressar, ela não sabe falar, ela faz mãe, ela dá um chorinho, e assim que eu atendo ela, e era realmente aquilo ali que ela precisava, era o mamá, ou era a fralda que tava incomodando... Daí ali eu consigo satisfazer o que ela precisava, que eu consegui entender o que ela tava querendo" (C2EEM).*

Costuma brincar com a filha toda a noite com brinquedos. Separa uma cesta de brinquedos, com três diferentes para Taís não enjoar. Relata que *"eu vejo que ela não precisa de brinquedo muito. É pouca coisa satisfaz ela. Quando a gente tá ali entre nós (ela e a filha) a gente brinca com ela, ela dá risada, que nem na brincadeira da formiguinha, ela se mata de rir, dá risada" (C2EEM).* Durante o dia gosta de levar Taís para passear. *"A gente vai ali prá rua, aí eu pego o carrinho dela, mostro os passarinhos, a árvore..." (C2EEM).*

Nos momentos em que precisa se separar de Taís, Ana relata certa dificuldade. *"Bah, é difícil, mas às vezes eu sei que é preciso. Que nem, quando eu e meu marido quer sair pra, que a gente vê que a nossa relação tá meio... pouco afastada, a gente precisa, quer sair. Daí eu e ele pra ter um momento pra nós, daí eu deixo a Taís com meu pai e com a minha mãe. Eu fico bem triste, bem preocupada, mas eu sei que ao*

mesmo tempo que eu to vendo pra mim e pra ele, e pra ela futuramente, então não... nunca precisei deixar ela pra alguma coisa de emergência sabe..." (C2EAM).

Mas, Ana fica tranquila quando a filha está com os seus pais. Taís só não pode ver ela saindo, que ela chora. Procura não deixar a filha com a sogra, pois ela tem outra nenê dela de dois anos e tem medo que essa possa machucar Taís: *"Ela (tia) está naquela fase de descobrir a Taís, ela quer pegar a Taís, tenho medo de que judie da Taís. Se ela fosse maior eu ia deixar sempre, sem problemas" (C2EAM).*

Quando está longe de Taís, Ana relata certa preocupação: *"Eu fico com angústia porque eu não tô com ela, mas eu fico tranquila né. Eu tenho medo que ela caia, se machuque, porque a minha mãe deixa a Taís muito solta, assim. Então a Taís anda, caminha e tal, e tenho medo que ela caia e se machuque. Mas é coisa de mãe, assim. Mas assim, medo, que nem eu sei que ela vai começar eu sei que vai vir bons tombos. Tenho medo que ela se machuque, fazer pontos, alguma coisa assim" (C2EAM).*

Ana manifesta ansiedade nessa fase em que Taís está começando a caminhar. Relata: *"Eu fico ansiosa agora pra ela caminhar, que nem agora eu to ansiosa, porque eu quero que ela caminhe. Eu preciso ver ela caminhando. Mas, são coisas assim, são fases, são etapas da vida do nenê, né" (C2EAM).*

Também relata que fica bastante preocupada quando Taís fica doente, sentindo-se culpada: *"Eu fico arrasada... eu fico bem mal, porque a gente tá sempre cuidando bem dela. Eu fico assim, o que a gente fez que ela pegou essa gripe, por exemplo. Eu fico bem triste, assim" (C2EAM).*

Ana preocupa-se também com relação ao futuro, quando tiver que retornar ao trabalho e ficar longe de Taís: *"Acho que o mais difícil pra mim vai ser ainda. Agora não tem nada que é difícil pra mim, porque tudo eu consigo fazer quando eu to com a Taís. Mas, vai difícil quando eu voltar a trabalhar. Porque eu já to quase, to um ano em*

casa, parada, e o José não quer que eu volte a trabalhar agora, ele quer que eu volte a trabalhar quando ela tiver dois anos, então acho que o momento que eu voltar a trabalhar vai ser doído pra mim. Daí eu acho que vai ser difícil, daí eu vou sofrer. Eu sei que vai...que eu fico com ela o dia todo, a gente se entende, a gente faz as nossas coisas” (C2EEM).

No IAP, a mãe mostrou sensibilidade excelente. Ana interagiu de forma afetuosa com Taís, se comunicando com ela durante toda sessão. Convidou Taís para brincar de parabéns e ela não quis. *“Não? Não, quer brincar de parabéns?” (C2IAP).* Trocou de brincadeira. Começou a cantar uma música. Taís reagiu sorrindo à demanda da mãe. *“Vamos brincar de formiguinha? Formiguinha na floresta, se escondia....” (C2IAP).* Taís reagiu sorrindo à demanda da mãe que fazia cócegas na sua barriga. A estrutura também foi excelente. A mãe foi apresentando os brinquedos de forma gradual para a filha e mostrando como brincar com eles. Não houve comportamento intrusivo por parte da mãe. Também não houve hostilidade. Antes de ensinar como funcionava o brinquedo de encaixe, Ana percebeu que Taís queria pegar o urso. Respondeu: *“Ah tu quer olhar? Então tá, primeiro pode olhar então” (C2IAP),* respeitando o momento da filha. Depois disso, mostrou como a pecinha encaixava e incentivou Taís. Com relação à criança, essa demonstrou responsividade excelente. Observava a mãe e interagia respondendo as suas demandas. Seu envolvimento também foi excelente. Percebe-se que a criança teve interesse, participação e satisfação nas brincadeiras. Essa sessão de interação permite inferir que existe uma relação satisfatória entre mãe-bebê. A mãe consegue organizar a brincadeira e convoca a filha a participar sem ser intrusiva com ela e buscando respeitar as respostas da criança.

Caso 3: Flávia e Júlia

Flávia tem 29 anos, é casada com Marcos há 12 anos, possui ensino médio completo e atualmente não trabalha. É mãe de Júlia, 10 meses, e de Vitor 11 anos. Júlia ainda não frequenta escola de educação infantil, sendo cuidada por Flávia (C3). O BAI identificou ansiedade moderada (21 pontos).

a) História da gestação e parto.

Flávia planejou sua segunda gravidez. Refere que foi bem diferente da primeira, quando ela engravidou por descuido com 17 anos e apenas três meses de namoro. Na primeira gravidez, a família paterna não aceitava o relacionamento dela com o marido e também não aceitava o neto. Segundo ela, eles só reconheceram o neto aos sete anos de idade.

Na gestação de Júlia, conta que se preparou para ela: *“Não avisei ele (marido), eu me preparei sozinha, dei de presente para ele que nem eu digo, foi bem diferente. Foi totalmente o contrário”* (C3EGP).

Descobriu a gestação logo nos primeiros 18 dias. Nessa gestação teve mudanças corporais e engordou 15 kilos, mas refere que estava tranquila, e feliz por estar grávida. No início da gravidez teve alguns sangramentos com ameaça de aborto e precisou ficar internada. Júlia nasceu dentro do esperado com 41 semanas de cesariana.

Relata que uma de suas principais preocupações durante a gestação foi essa ameaça de aborto. Por isso, ela precisou se cuidar mais. Outra situação que ocorreu na mesma época da ameaça de aborto foi a perda do seu pai. Comenta que *“tinha aquela preocupação de perder ela (Júlia), então fiquei me preocupando, muito focada no cuidado, nos cuidados que eu tive que ter, para não correr o risco de perder ela, foi mais por causa do aborto”* (C3EAM).

Outra preocupação referida por Flávia foi em relação ao seu filho mais velho. Sua preocupação era conseguir dar atenção para os dois filhos, pois a diferença de idade entre eles é de dez anos: “*São duas fases bem diferentes, né, e não causar o ciúme, dele (filho mais velho) ver que eu tenho o mesmo amor pelos dois, e funciona bem direitinho assim*” (C3EGP).

Na gestação Flávia teve apoio do marido e da mãe. A mãe a acompanhou em todas as consultas obstétricas.

No parto, Flávia relata que se sentiu segura, pois teve Júlia com o mesmo médico do primeiro parto. Ficou um pouco apreensiva, pois Júlia quase não chorou. Júlia teve problemas respiratórios assim que nasceu: “*No pós-parto isso atrapalhou um pouco a respiração dela, causando também refluxo, então, ela tinha o barulhinho dela da respiração era que nem uma corneta, então eu tinha muita preocupação que ia acontecer alguma coisa*” (C3EGP). Por essas razões, a mãe relata que ficava 24 horas acordada zelando pela filha.

b) Vivências da maternidade

Nos primeiros dias após o nascimento de Júlia, Flávia relata ter se sentido: “*super protetora, mega protetora. Eu queria só eu, tinha ciúmes de todo mundo que chegava perto, eu não queria que ninguém fosse ver ela, foi bem estranho esse sentimento, eu fiquei mega protetora. Até para limpar, até para chegar perto dela tinha que passar álcool gel, pra ti ter noção*” (C3EGP).

Sobre sua experiência de maternidade, Flávia relata que pela primeira vez está se sentindo “*super mãe*” (C3EEM). Relata que vencer o cansaço é uma das questões mais difíceis, mas acha que mudou muito a partir dessa segunda gravidez: “*Eu acho que amadureci muito, eu mudei totalmente, eu vejo minha vida de outro modo hoje, eu me*

dedico a minha família, 100% assim... não saio de casa por qualquer coisa, eu prefiro ficar com eles de que sair” (C3EEM).

Com relação aos primeiros cuidados, Flávia teve sua mãe presente auxiliando após a cesárea da filha. Considera o apoio de sua mãe muito importante em tudo. Não houve preocupação com relação aos primeiros cuidados, pois já tinha tido a experiência de seu primeiro filho. O suporte familiar foi muito importante para ela logo após o parto.

Nesse período, Flávia relata que sua preocupação maior foi em relação a ser uma mãe melhor do que na primeira gravidez: *“Ah, eu queria ser mais, eu queria ser melhor do que eu fui no início da minha gravidez, quando eu ganhei ele (Vitor) (...), eu queria ser uma supermãe para os dois, foi minha única preocupação assim, não era nada assim grave” (C3EGP).*

c) Relação mãe-bebê

Com relação a sua rotina com Júlia, Flávia relata que seu dia-a-dia é tranquilo, mas um pouco cansativo, pois a bebê fica direto com ela. Diz que não tem um período tranquilo de sono, pois seu dia é todo em função da filha. Sente-se bem, porém cansada *“precisando de uma folguinha” (C3EEM).* Mas, essa rotina de cuidados era como ela imaginava, pois já tinha decidido parar de trabalhar e se dedicar à filha.

Flávia acredita ter uma comunicação *“perfeita” (C3EEM)* com Júlia, pois consegue entender como a bebê se expressa através dos gestos e do *“modinho” (C3EEM)* dela de se expressar: *“Quando ela (Júlia) está com sono, ela coça os olhinhos, ou quando ela quer mamar, ela puxa minha blusa para tirar o mama”. Relata também que esse momento de amamentação é agradável: “É um momento nosso, tipo ela vai mamar, ela fica me olhando com um olhar apaixonado assim eu não sei, eu não sei explicar, é um momento nosso” (C3EEM).*

Tem tido dificuldades para deixar de amamentar e começar a introduzir alimentação sólida para Júlia, especialmente quando a bebê chora: *“Eu atendo, já sei né, o mama eu sempre dou, até que estou passando trabalho agora né, porque a médica falou que não é para dar mama para ela, trocar por comida e eu não consigo, eu amo amamentar”* (C3EEM).

Flávia relata dificuldades quando necessita se separar do bebê. Sente dores no estômago e não consegue relaxar quando precisa sair e deixar Júlia com o marido ou com a mãe. Mas, consegue sair e cumprir seus compromissos de forma breve. Relata que a filha fica choramingando: *“Ela chega até a chorar. Daí ela fica me chamando, ela faz “mama” quando eu telefono para ver se está tudo bem... é mais aquela coisa de mãe mesmo, que parece que tem que tá ali assistindo tudo que tá acontecendo”* (C3EAM).

Também comenta que se sente nervosa quando o marido cuida de Júlia. Fica nervosa por achar que o marido está ficando nervoso, impaciente: *“A única coisa que me preocupo é se ele tá impaciente. Fica imaginando se Júlia está chorando, se ela está no colo... eu tenho medo de chegar aqui e tá a casa toda transformada em tudo”* (C3EAM).

Com relação aos cuidados do marido com Júlia, Flávia relata que ele não ajuda muito nessa parte: *“Na verdade, por ser menina, porque na minha primeira gravidez ele ajudou. Ele morre de medo de mexer nela, então agora que ele começou a jogar uma aguinha em cima dela, mas nas partes genitais ele tem horror, medo de tocar. Então, assim ele não ajuda com ela, porque o menino ele trocava, dava banho e tudo”*.

No IAP, a mãe demonstrou excelente sensibilidade, falando de forma afetuosa, em tom baixo e calmo com Júlia. Convidou a filha para participar das brincadeiras, apresentando os brinquedos para ela e narrando os acontecimentos: *“Vamos brincar de*

bater palminhas?” (C3IAP). Júlia achou engraçado e riu, bateu palminhas junto com a mãe. Depois dançou e sorriu quando a mãe cantou a música da Galinha Pintadinha. A estrutura também foi excelente, Flávia criou brincadeiras que despertaram o interesse da filha e foi ensinando com funcionavam os brinquedos: *“Olha só: um telefone... sacode, olha faz barulho, sacode, vamos ligar para o papai?”* (C3IAP). Flávia não demonstrou intrusividade, permitiu que Júlia brincasse no seu tempo, deixou ela livre para explorar e continuou interagindo com ela o tempo todo. Flávia não demonstrou hostilidade. Conversou com Júlia, ensinou como funcionava o brinquedo de encaixar, incentivou a filha e elogiou-a quando essa conseguiu encaixar a peça. Flávia não chegou a anunciar que iria sair da sala. Mas, Júlia ficou tranquila e continuando a brincando até que Flávia retornasse à sala.

O envolvimento e responsividade de Júlia foram excelentes. Ela atendeu à mãe de forma alegre e sorridente, reagindo às demandas da mãe e se comunicando, batendo palmas e dançando quando a mãe a convidava. Essa interação permite inferir que há uma relação entre mãe-bebê apropriada. Existe toda uma organização da brincadeira que gira em torno do interesse da criança, em que é respeitado seu tempo de descoberta dos brinquedos e ao mesmo tempo há uma convocação materna afetuosa para participar desse momento.

Caso 4: Gisele e Eduarda

Gisele tem 26 anos, possui ensino médio completo e trabalha como auxiliar de serviços gerais. Ficou viúva do pai de Eduarda quando estava com 3 meses de gestação (C4). Mora com a sogra. É mãe de outras duas meninas de 6 anos e 4 anos do mesmo companheiro. Nunca se separou. Sua primeira gestação foi com 19 anos. O BAI identificou ansiedade moderada (23 pontos).

a) História da gestação e parto

Gisele refere que teve algumas complicações durante a gravidez. Teve placenta prévia, anemia severa, ameaça de aborto e risco de parto prematuro. É fumante. No terceiro mês teve a perda do companheiro. Ele era dependente químico e foi assassinado. Conta que a gravidez não foi planejada: “Foi um “baque”, porque a nenê tava com 4 anos (irmã de Eduarda) e eu ia começar a ter um pouco mais de liberdade, daí eu vi que tinha engravidado de novo” (C4EGP). Conta que seu companheiro ficou feliz com a notícia da gravidez, e teve muita preocupação se conseguiria superar a perda dele. Teve mais o apoio da sogra, com quem mora. Não tem contato com sua família de origem, convive mais com os familiares do companheiro.

Desde o terceiro mês precisou tomar medicação para poder “segurar ela” (Eduarda) (C4EGP). Eduarda nasceu de cesariana e foi amamentada com leite materno. Gisele relata que as orientações médicas durante a gravidez a deixavam mais ansiosa, pois tinha medo de perder a bebê.

b) Vivências da maternidade

Com relação ao seu papel de mãe, ela relata que tinha um pouco de medo “no pegar, prá não derrubar” (C4EAM), apesar de Eduarda ser sua terceira filha. Diz que tinha alguns medos e inseguranças quando Eduarda nasceu, mas que guardava isso para si. Teve auxílio da sogra nos primeiros cuidados e se sentia bem com isso. Nos cuidados com Eduarda relata que “fui pegando o jeito aos pouquinhos” (C4EAM).

Logo após o nascimento de Eduarda, Gisele teve contato com ela. Sobre seu primeiro contato relata que ter gostado e que a filha era “bonitinha” (C4EGP).

c) Relação mãe-bebê

Gisele define como boa sua comunicação com Eduarda. Acha que consegue compreender as demandas da filha. Depois que Eduarda começou a caminhar, Gisele

relata que costuma estar mais irritada: *“Ela não para um segundo. E tudo ela quer”* (C4EEM). Relata que não era como ela imaginava, acha que a filha poderia *“ser mais quietinha”* (C4EEM).

Costuma brincar com a Eduarda e perceber que a filha gosta. Gosta de ser mãe, porém se descreve como uma mãe *“muito chata”* (qual entrevista), pois não deixa as filhas fazerem o que querem, por exemplo: irem brincar na vizinha: *“Se eu não deixo, elas vão ficar bem bravas e irritadas que eu não deixo ir..... se deixa, vai querer todo dia”* (C4EEM).

Gosta de amamentar Eduarda no peito. Sente-se bem, refere que *“parece que cada vez enlaça mais”* (C4EEM). Quanto a separar-se da bebê, refere que *“fica com dó”* (C4EEM). Fica com pena de deixar Eduarda em casa, mas sabe que é por pouco tempo. Comenta que Eduarda fica chorando, quando ela precisa sair. Confia na sogra com relação aos cuidados.

No IAP, Gisele apresenta sensibilidade inconsistente, não demonstrou empolgação na interação com Eduarda, nem muita afetividade com ela. Convidou a filha para brincar de bater palminhas, essa respondeu batendo palminhas, mas Gisele não continuou interagindo, deixando a criança mais solta e a brincadeira se dispersar. Pareceu não dar uma continuidade na interação e também não se apropriar da sessão. Gisele demonstra pouco entusiasmo nas brincadeiras, não responde muito para Eduarda quando essa começa a conversar com ela, mesmo em vários momentos em que a filha solicita esse diálogo com a mãe. Deixa ela brincando e falando sozinha.

Quanto à estrutura, percebeu-se que ela foi inconsistente. Gisele inicia a brincadeira, mostra a boneca, mas não desenvolve a interação, apenas oferece o brinquedo. Não há incentivo, tão pouco algum elogio para Eduarda. Gisele quase não retorna às demandas de Eduarda, permanecendo em silêncio. Em um dado momento, a

mãe tira um cavalinho da caixa de brinquedos e ela mostra para Eduarda colocando-o no chão. Eduarda fica olhando e depois de um tempo chuta o cavalinho. A mãe refere: *“Olha lá o nenê (referindo-se ao cavalinho) está chorando... ah ele tá triste”* (C4IAP). A brincadeira fica muito limitada e repetitiva com os bonecos, com todos eles Gisele propõe que a filha embale a boneca e coloque para dormir: *“Olha a nenê, põe agora a nenê para dormir, faz nenê dormir...”* (C4IAP).

O comportamento de Gisele é não intrusivo, porém também não é interativo. Percebe-se uma relação de pouca troca da mãe com a filha, na qual Gisele não parece estar envolvida afetivamente, não faz perguntas para a bebê, sugerindo pouco envolvimento. Em relação à Eduarda, sua responsividade e envolvimento foram moderados. Eduarda demonstra certo interesse nas brincadeiras, porém não adere às brincadeiras, logo se interessa por outro brinquedo. Também ficou olhando muito para a pesquisadora durante vários momentos da sessão, não demonstrando muito entusiasmo com a mãe. Pareceu perceber as dificuldades de interação da mãe e buscou tentar interagir com a pesquisadora. Outro momento marcante da sessão foi quando Gisele se ausentou da sala. Nesse momento ela não comunicou nada para Eduarda a respeito de sua saída. Em seguida, Eduarda foi até a porta em busca da mãe, batendo por diversas vezes. Percebe-se certa dificuldade de separação e necessidade de atenção por parte de Eduarda. Considerando a análise do IAP, observou-se dificuldades na interação mãe-bebê no caso relatado. O semblante da mãe aparenta tristeza e apatia. Existe um certo esforço para interagir com a filha, porém a mãe não consegue se engajar na tarefa e se apropriar da sessão, buscando assumir o controle da situação.

Síntese dos Casos Cruzados

A análise individual de cada caso permitiu observar os aspectos particulares de cada um. Nesta síntese, pretende-se destacar as semelhanças entre eles, destacando seus

aspectos convergentes. Observando as características principais das mães, percebe-se que a escolaridade foi um aspecto comum, pois todas possuíam ensino médio completo. A literatura aponta para a questão da escolaridade como uma variável sociodemográfica que pode influenciar a ansiedade materna e o desenvolvimento do bebê, levando a atrasos no desenvolvimento da criança e sendo fator de risco ao desenvolvimento motor amplo (Sherestha et al., 2014; Chiodelli et al., 2014; Perosa et al., 2014; Ribeiro et al., 2014; Catov et al., 2009; Moraes et al., 2013; Richter & Reck, 2013; Padovani et al., 2009). Nos casos apresentados, todas as mães possuíam ensino médio completo, porém não foi possível afirmar que a escolaridade da mãe afetou os níveis de ansiedade. Todas as mães também possuíam união estável com o companheiro, inclusive Ana que, após descobrir a gravidez, decidiu morar junto com o namorado. No entanto, observa-se que Gisele teve a perda de seu companheiro durante a gestação, ficando viúva.

A gravidez foi desejada e planejada nos casos de Rose e Flávia. Para Ana e Gisele a gravidez foi uma surpresa. Estudos verificaram que a cada ano, pelo menos 80 milhões de mulheres em todo o mundo experimentam a situação de ter uma gravidez não planejada e que esse número que vem crescendo nas últimas décadas. A gravidez não planejada ocorre num momento inesperado e se contrapõe aos desejos e expectativas dos pais com relação à paternidade (Prietsch, González-Chica, Cesar, & Mendoza-Sassi, 2011). Assim, a gravidez não planejada representa risco aumentado de ansiedade e de depressão, sobretudo no período puerperal (Gipson, Koenig, & Hindin, 2008). O caso de Gisele pode ser confirmado com a literatura, pois a perda do companheiro e a gravidez não planejada podem ter contribuído para os escores de ansiedade moderada no BAI e para sentimentos depressivos relatados pela mãe, já que essa realiza acompanhamento médico e tratamento para depressão.

Outro aspecto semelhante entre os casos foi observado com relação aos resultados do BAI e a idade das mães. Rose e Ana possuem idades de 20 e 19 anos, com pontuação no BAI de 12 e 13 pontos respectivamente. Já Flávia e Gisele possuem idades de 29 e 26 anos e pontuação maior, com 21 e 23 pontos respectivamente. Conforme revisão de literatura, a menor idade das mães é uma variável sociodemográfica que pode influenciar na questão da ansiedade materna e no desenvolvimento do bebê (Sherestha et al., 2014; Chiodelli et al., 2014; Perosa et al., 2014; Ribeiro et al., 2014; Catov et al., 2009; Moraes et al., 2013; Richter & Reck, 2013; Padovani et al., 2009). No entanto, isso não foi verificado, pois as mães que apresentaram escores de ansiedade moderada foram as que possuíam mais idade, como Flávia e Gisele.

Em relação aos bebês, observa-se que dois estão na faixa etária de seis e nove meses e os outros dois estão na faixa etária de 10 e 12 meses. Observa-se que todas as mães relataram preocupações em relação aos primeiros cuidados com o bebê, como: medo de dar banho e tocar no bebê. A literatura enfatiza a importância do preparo das mães para a alta hospitalar, ao longo da hospitalização do bebê, o que pode reduzir a ansiedade, aumentar a autoconfiança materna no cuidado domiciliar e facilitar a adaptação da família à criança (Alfaya & Schermann, 2001; Gardner & Deatrick, 2006). Nos casos analisados, percebeu-se esse tipo de ansiedade como típica da maternidade. Entretanto, não foram relatadas pelas participantes orientações com relação aos cuidados iniciais no hospital.

Todos os bebês são do sexo feminino. Todos os bebês possuem irmãos, exceto Taís, que é filha única. Todos os bebês nasceram a termo. Três deles nasceram de cesariana, com exceção de Alice, que nasceu de parto normal. Nenhum dos bebês frequenta a escola de educação infantil. Todos os bebês são cuidados pela mãe, com

exceção de Gisele que exerce atividade remunerada e deixa a filha aos cuidados da sogra. A maioria das mães, optou por interromper suas atividades profissionais para ficar cuidando do bebê.

No **eixo gestação e parto**, uma característica comum a todos os casos descritos diz respeito às complicações na gestação. Todas as mães referiram questões relacionadas a complicações durante a gestação como: descolamento de placenta, sangramentos, ameaça de aborto, placenta prévia, anemia severa e risco de parto prematuro. Esses fatores corroboram a literatura, que aponta que a possibilidade de perda do bebê é um fator extremamente estressante durante a gravidez, pois pode afetar a saúde mental materna e desencadear além da ansiedade, outros quadros clínicos como a depressão. Estudos sobre complicações na gravidez e ameaça de aborto mencionam esse fato (Romero-Gutiérrez et al, 2013; Erdem, 2009). Outros estudos sobre ansiedade materna na fase pré-natal foram associados a complicações obstétricas, como hemorragia vaginal e ameaças de aborto, em razão dos altos níveis de ansiedade verificados através do IDATE (Correia & Linhares, 2007). Assim, no caso específico da ansiedade materna, podem ser citadas algumas repercussões no ciclo gravídico-puerperal, tais como o aparecimento de problemas relacionados com a evolução da gravidez, com o parto e com o relacionamento posterior com o bebê (Gomes, Donelli, Piccinini, & Lopes, 2008).

Outro aspecto descrito nos casos foi a questão do luto familiar durante a gestação de duas mães que apresentaram ansiedade moderada, Flávia e Gisele. A morte do companheiro de Gisele no terceiro mês de gravidez foi um evento marcante, assim como a perda do pai de Flávia no início da sua gestação, período no qual ela teve ameaça de aborto. Apesar da literatura não mencionar relação entre o luto familiar e possíveis complicações na gestação, situações de luto podem estar relacionadas com

ansiedade, pois entende-se que a morte é um tema de difícil de compreensão para o ser humano, devido à dificuldade do indivíduo em aceitar o fim da vida (Kübler-Ross, 2012). Em alguns casos, a perda da figura de vínculo é percebida como desamparo, podendo desencadear uma forte ansiedade de separação e inclusive o pânico (Domingos & Maluf, 2003). O luto pode ser entendido como uma resposta saudável e natural a um fator estressante que é a perda significativa de um ente querido. Quando refere-se a uma resposta saudável, implica capacidade de expressar a dor, seja reconhecendo, reajustando e investindo em novos vínculos (Parkers, 1998). O episódio de luto durante a gravidez, especialmente no caso de Gisele, que perdeu o companheiro assassinado, foi um fator que pode ter desencadeado ansiedade, somado às complicações da gravidez (como ameaça de aborto e risco de parto prematuro), e vindo a desencadear também sintomas depressivos. No caso de Flávia, percebeu-se o mesmo, pois no início da gravidez ela precisou ficar internada e nesse período ela teve a perda de seu pai.

No **eixo primeiras vivências da maternidade**, todas as mães referiram preocupações com relação aos primeiros cuidados com o bebê recém-nascido, com exceção de Flávia que não mencionou essa preocupação, pois o bebê participante da pesquisa era seu segundo filho. Porém, ela demonstrou muita preocupação logo após o nascimento de Júlia, que apresentou problemas respiratórios ao nascer. As preocupações mencionadas pelas mães estavam relacionadas ao banho, medo de pegar o bebê, machucar ou deixar cair, e à amamentação. Nos casos de Rose e Taís essas preocupações com relação aos primeiros cuidados podem estar relacionadas ao fato dessas mães serem primíparas. A gestação para a mãe primípara pode trazer sentimentos conflituosos que ampliam sua vulnerabilidade emocional, tanto na gestação como durante todo o processo de amamentação (Costa et al., 2010). Destaca-se também nesses dois casos que ambas as mães previam sempre o pior, manifestando medo de que

a bebê fosse sequestrada ou acreditando que a bebê fosse chorar. No entanto, observa-se que Gisele referiu essas mesmas preocupações com relação aos cuidados com Eduarda, mesmo sendo mãe pela terceira vez. Esse pode ter sido outro fator que desencadeou ansiedade moderada para essa mãe, além de toda a situação de luto em que estava envolvida. Assim, percebe-se que os primeiros cuidados são situações típicas da maternidade e que podem trazer uma ansiedade considerada esperada nesses casos. Preocupações com relação aos cuidados com o recém-nascido no período pós-parto são fatores que podem desencadear ansiedade materna (Sherestha et al., 2014). Rose teve dificuldades em amamentar, pois não tinha leite. Isso foi um fato que a deixou ansiosa, pois sua bebê não ganhava peso. Pérez et al. (2013), concluíram que existe relação entre ansiedade e estresse e que esses dois fatores influenciam e podem dificultar a amamentação. As mães primíparas no puerpério podem manifestar comportamentos e sentimentos que culminam no aparecimento de crises na vida pessoal e familiar e podem interferir na prática do aleitamento (Almeida et al., 2010). A falta de conhecimento e orientações com relação aos primeiros cuidados com o recém-nascido é um aspecto relevante para mulheres que se tornam mães (Chiodelli, et al., 2014; Perosa et al., 2014; Ribeiro et al., 2014; Catov et al., 2009; Moraes et al., 2013; Richter & Reck, 2013; Padovani et al., 2009). Por essa razão, salienta-se a relevância de intervenções voltadas para o manejo da ansiedade que são mencionadas na literatura e que confirmam a necessidade de apoio psicológico as mães para reduzir a ansiedade (Perrone & Oliveira, 2011; Zerkowitz et al., 2011; Linhares et al., 2009). Portanto, observa-se que a falta de informações sobre cuidados com o recém-nascido foi um tema importante a todos os casos, sendo outro fator que pode ter gerado ansiedade para as mães.

Também foi comum a todos os casos as mães relatarem o suporte familiar e social como um fator positivo tanto no período da gestação quanto no pós-parto. As mães relataram a importância do apoio da família, especialmente, do companheiro, da mãe e da sogra. O suporte familiar ou social é um fator positivo que promove a diminuição de sintomas de ansiedade, depressão e estresse maternos e o vínculo mãe-bebê (Airosa & Silva, 2013; Schmidt & Argimon, 2009). O apoio percebido e recebido pelas outras pessoas significativas para a mãe auxilia na manutenção de saúde mental e no enfrentamento de situações de estresse (Vieira, Mello, Oliveira, & Furtado, 2010). No caso de Gisele, o suporte da sogra com os primeiros cuidados foi destacado como importante, pois ela sentia-se bem com isso. Estudos afirmam que o suporte social, especialmente do companheiro ou marido, é fundamental. Caso esse suporte não for suficiente, o vínculo afetivo da díade mãe-bebê pode ser dificultado (Correria & Linhares, 2007; Lordelo et al., 2007; Fraga, Linhares, Carvalho, & Martinez, 2008). Apesar do apoio da sogra, foram percebidas dificuldades de interação na sessão de filmagem de Gisele e Eduarda. Assim, apesar de todas as mães estarem satisfeitas com o suporte social, nem sempre esse tipo de apoio pode reduzir a ansiedade materna.

Outra preocupação referida foi em relação a conseguir dar atenção ao filho mais velho com a chegada do segundo filho, como no caso de Flávia. O nascimento do segundo filho é uma fase do ciclo vital familiar que acarreta mudanças importantes na vida do casal, especialmente, para o primogênito. Estudos sugerem que este momento é especial tanto para a mãe, que precisa cuidar de dois filhos, quanto para o primogênito, que deixa de ser filho único e precisa compartilhar os cuidados maternos (Oliveira & Lopes, 2010). A preocupação e ansiedade de Flávia estavam relacionadas aos cuidados e atenção com seus dois filhos. Para Lopes et al. (2012), com a chegada de um segundo filho, a maternidade envolve dois desafios: acolher o primogênito no processo de se

tornar irmão e inserir o filho mais novo no cotidiano de uma família com relações estabelecidas antes da sua chegada. Outro estudo também demonstra que, embora o nascimento do segundo filho possa ter sido acompanhado de certa ansiedade e instabilidade, pesquisas demonstram a capacidade adaptativa dos membros destas famílias (Piccinini et al., 2007). Assim, a ansiedade de Flávia foi esperada e pode ser considerada como típica da maternidade, pois também envolvia uma situação nova na configuração familiar com a chegada de um novo membro na família

Percebe-se também que duas mães referiram sintomas de depressão no pós-parto e tiveram acompanhamento médico com uso de medicação, como no caso de Rose e Gisele. Em revisão de literatura, considerou-se que os principais fatores de risco psicossociais associados à depressão pós-parto podem ser agrupados em três categorias: qualidade dos relacionamentos interpessoais das mães, a experiência de gravidez e do parto, e a ocorrência de eventos de vida estressantes, incluindo adversidades econômicas (Schwengber et al., 2003). Pode-se considerar que todas as mães citadas passaram por eventos estressantes durante a gravidez como: a ameaça de aborto e, especialmente no caso de Gisele, a notícia de uma gravidez não desejada associada à perda súbita do companheiro. No caso da morte do cônjuge, os parceiros sofrem grande pressão social para rapidamente retornarem às suas rotinas, tendo seus recursos internos fortemente mobilizados para conseguirem lidar com a tristeza e retornarem sua funcionalidade (Silva & Nardi, 2011). Mesmo com o relato de sintomas depressivos em alguns casos analisados, não foi possível constatar depressão nas mães, pois não foi utilizado nenhum instrumento próprio para avaliar a depressão. No entanto, sugere-se que dada a possibilidade de detectar mães com sintomatologia ansiosa, também sejam avaliadas outras sintomatologias como a depressão. Giakoumaki et al. (2009) referem

estudos em que sintomas de ansiedade materna são comuns no pós-parto e que pode haver comorbidade entre ansiedade e sintomatologia depressiva.

No **eixo relação mãe-bebê**, todas as mães referiram boa comunicação com seus bebês. No entanto, no caso de Rose e Gisele, observa-se que no IAP aparecem elementos que não evidenciaram isso. Rose demonstrou boa sensibilidade, interagindo de forma afetiva com Alice, porém por diversas vezes demonstrou agitação e inquietação, parecendo sufocar a filha e não permitindo que ela tivesse seu espaço para brincar com tranquilidade. Isso se reforça com relação ao comportamento intrusivo da mãe e na estrutura inconsistente. Estudos verificaram que a ansiedade materna também pode influenciar a relação mãe-bebê e trazer repercussões para o desenvolvimento da criança (Glover, 2014; O'Connor et al., 2014; Richter & Reck, 2013), afetando a comunicação entre mãe e filho e a capacidade materna de responder às demandas do bebê (Beebe et al., 2011; Henrichs et al., 2009), além de constatar que a ansiedade materna aumentaria o risco para a criança, pois poderia interferir na capacidade materna de responder sensivelmente às demandas do bebê (Zelkowitz, Bardin & Papageorgiou, 2007; Zelkowitz, et al., 2008). No caso de Gisele, percebeu-se dificuldades na interação mãe-bebê, poucas trocas afetivas, tristeza e apatia materna. Isso evidenciou-se também pela sensibilidade e estrutura inconsistentes da mãe e a responsividade e envolvimento moderados de Eduarda. Além disso, percebeu-se a dificuldade de separação de Eduarda com a mãe. A bebê vai diversas vezes até a porta e bate nela com o intuito de abri-la para encontrar-se com a mãe. Para Schwengber e Piccinini (2004), mães com indicadores de depressão apresentam mais apatia na interação com os filhos, devido ao desamparo sentido pelo bebê na breve ausência materna, referindo que ele precisa que a mãe fique ao seu lado o tempo todo. No caso de Gisele, a filmagem do IAP foi significativa, pois conseguiu demonstrar um momento de interação durante a vivência

de luto da mãe. Percebe-se a necessidade de encaminhamento psicoterápico para esse caso, a fim de prevenir o agravo desse estado materno ansioso.

Com exceção de Gisele, todas as outras mães referiram dificuldades em se separar de seus bebês ou deixá-los aos cuidados do companheiro ou outro familiar. Diante das primeiras situações de separação, a mãe pode experimentar sentimentos de ansiedade ao ficar aflita e apreensiva por precisar deixar seu bebê sob o cuidado de outras pessoas. Essa aflição ocorre pela mãe não ter o bebê junto dela e, também, pela insegurança em relação à competência do outro. Esse sentimento é bastante comum, mesmo que a mãe acredite que racionalmente este outro possa cuidar de seu bebê (Lopes et al., 2005). A ansiedade de separação materna se refere a um estado emocional desagradável nas mães, evidenciado pela manifestação de preocupação, tristeza ou culpa, a partir de três dimensões: sentimento de aflição da mãe ao se separar de seu bebê, da percepção que ela tem sobre a aflição do bebê como resultado da separação, e da ideia que ela faz sobre a capacidade do outro para cuidar de seu bebê. A ansiedade de separação materna pode ser considerada uma manifestação típica do período de transição para a maternidade (Hock et al., 1989). Outros estudos utilizando a Escala de Ansiedade de Separação Materna (*Maternal Separation Anxiety Scale - MSAS* de Hock, McBride e Gnezda (1989) referem que a ansiedade de separação pode promover o desenvolvimento de uma vinculação insegura em mães com níveis mais elevados de ansiedade, pois essas apresentaram um estilo de interação mais intrusivo (Stifter et al., 1993). Isso foi verificado no caso do comportamento intrusivo de Rose com Alice no IAP e também observado no caso de Flávia que refere sentir dores no estômago e não conseguir relaxar quando precisa deixar Júlia com o marido. Porém, já relata que consegue sair e fazer seus compromissos de forma breve. Apesar desse estudo não ter avaliado a ansiedade de separação, e sim a ansiedade da mãe, é possível pensar em uma

associação entre esses dois tipos de ansiedade, pois a maioria das mães desse estudo referiam dificuldades de ficarem longe de seus bebês.

Nos casos descritos percebe-se a importância do papel materno nas primeiras relações, principalmente pela capacidade de interações e no estabelecimento de vínculos entre mãe-bebê (Cramer & Palácio-Espasa; 1993; Mahler, 1982; Stern, 1997; Winnicott, 2000). No entanto, a ansiedade materna pode prejudicar disponibilidade da mãe em estar presente com seu bebê, estar atenta às suas necessidades, na interação, e na compreensão e leitura das demandas do bebê. Além disso, a ansiedade materna pode causar sofrimento, estresse e depressão nas mães. Por essas razões, é preciso um acompanhamento da mulher desde sua gestação, no puerpério e nos primeiros meses de vida do bebê, a fim de promover a saúde mental materna e prevenir sintomas ansiosos, transtornos de ansiedade e outros transtornos psiquiátricos que possam influenciar negativamente a relação mãe-bebê.

Considerações Finais

Em todos os casos analisados observou-se que a ocorrência de ansiedade materna manifestada no período da gravidez, nos primeiros cuidados com o recém-nascido repercutiu de alguma forma na relação mãe-bebê. Os casos apresentados corroboram os achados na revisão de literatura, evidenciando que a ansiedade pode advir de complicações na gravidez e no pós-parto, ser exacerbada pelas preocupações com os primeiros cuidados com o recém-nascido, e fatores estressantes durante a gravidez e puerpério, como perdas e luto.

A ansiedade, compreendida como um fenômeno que, dependendo de sua circunstância ou intensidade, pode ser útil ou tornar-se patológica, foi percebida de forma negativa na interação mãe-bebê. Assim, cabe analisar cada caso e compreender que esse tópico deve ser estudado conforme a singularidade, história de vida e momento de maternidade de cada mãe participante da pesquisa.

Entende-se que essa pesquisa conseguiu atingir seus objetivos, pois buscou compreender melhor como a ansiedade experimentada pela mãe pode influenciar as experiências vividas na maternidade e como a ansiedade materna pode interferir na interação mãe-bebê. Considerando a importância de detectar sinais ou sintomas de ansiedade já no período gestacional, como foi mencionado em muitas pesquisas, salienta-se a necessidade de mais estudos e utilização de programas de intervenção que possam diminuir os índices de ansiedade das mães e propiciem que elas assumam seu papel materno com mais confiança. Sugerem-se também estudos sobre outros tipos de intervenções, já no pré-natal, que estejam voltadas para o manejo da ansiedade. Essas intervenções são relevantes para a promoção da saúde mental materna e na prevenção de outras sintomatologias psiquiátricas.

Observou-se que a ansiedade de separação é um tema que surgiu na análise dos casos, porém não foi mencionada na revisão de literatura pesquisada, tendo em vista que esse tema geralmente é relatado em pesquisas com crianças maiores de três anos e em idade escolar. No entanto, esse assunto pode ser sugerido como objeto de pesquisa com bebês na faixa etária de 0 a 12 meses, e ser investigada a partir da perspectiva materna.

O estudo da ansiedade materna foi um tema de pesquisa necessário a ser investigado, pois constatou-se que esse sentimento materno repercutiu de diferentes maneiras nas relações entre mãe e bebê. Dessa forma, espera-se que este trabalho tenha contribuído para o entendimento da questão da ansiedade materna.

Referências

- Airosa, S. & Silva, I. (2013) Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 64-77.
- Alfaya, C. & Schermann, L. (2001). Depressão materna em mães de bebês recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. *Psico*, 32, 115-129.
- Almeida, N. A. M., Sousa, J. T., Bachion, M. M. & Silveira, N. A. (2005). Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13 (1), 52-58.
- Amorin, P. (2000). Mini Mental Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (3), 106-1115.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, D. M. R, Pereira, N. L. & Gilberto Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos Saúde Pública*, 23(4), 747-756.

- Arnon, S., Diamant, C., Bauer, S., Regev, R., Sirota, G., Litmanovitz, I. (2014).
Maternal singing during kangaroo care led to autonomic stability in preterm infants
and reduced maternal anxiety. *Acta Paediatrica*, 103, 1039-1044.
doi:10.1111/apa.12744.
- Arruda, S. L. S. & Andrietto, E. (2009). Mães psicóticas e seus bebês: uma leitura
winnicottiana. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 3(61), 97-106.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2013). *Critério de
classificação econômica Brasil*. Retrieved from
<http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>
- Azevedo, G. M. G., C. A., Dameto, C. A., Fonseca, M. S. & Neme, C. M. B. (2008).
Implicação do vínculo mãe-criança no adocimento infantil: revisão de literatura.
Pediatria moderna, 4(44), 162-166.
- Baptista, A. S. & Furquim, P. M. (2003). Enfermaria de Obstetrícia. In Baptista, M.N.
& Dias, R. R. (Eds). *Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos* (pp.
11-13). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins
Fontes.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988) Na inventory for measuring
clinical anxiety. In Cunha, J. A. (2001) *Manual da versão em português das Escalas
Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Beebe, B., Steele, M., Jaffe, J., Stehle, E. (2011). Maternal Anxiety Symptoms and
mother-infant self -and Interactive Contingency. *Infant Mental Health Journal*,
32(2), 174-206. doi: 10.1002/imhj.20274

- Beltrami, L., Flores, M. R., Souza, A. P. R. S. & Moraes A. B. (2013). Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento e estado emocional materno. *Revista CEFAC*, 15(2), 348-360.
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Pereira, P. P., Lucia, M. C. S & Zugaib, M. (2009) Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 5(3), 322-327. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000300027>.
- Catov, J. M., Abatemarco, D. J., Markovic, N., Roberts, J. M. (2010) Anxiety and optimism associated with gestational age at birth and fetal growth. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 758-764. doi:10.1007/s10995-009-0513-y.
- Chiodelli, T., Pereira, V. A., Rodrigues, O. M. P. R., Oliveira, C. S. & Silva, V. F. M. (2014). Desenvolvimento do Bebê nos Dois Primeiros Meses de Vida: Variáveis Maternas e Sociodemográficas. *Pensando Famílias*, 18(1), 64-77.
- Coelho, H. F; Murray, L., Royal-Lawson, M., & Cooper, P. J (2011). Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 348-353.
- Consonni, E. B., Calderon, I. M. P., Consonni, M., Conti, M. H. S., Prevedel, T. T. S., & Rudge, M. V. C. R. (2010). A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health*, 7 (28), 1-6.
- Correia, L. L & Linhares, M. B. M. (2007) Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão de literatura. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(4), 677-683.

- Costa, C. C. P., Almeida, I. S., Rodrigues, B. M. R. D., Freitas, N. S., Vargas, E. B. (2010). Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. *Cogitare Enfermagem*, 15(1), 19-25.
- Cramer, B. & Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, L. O, Beltrami, L. & Souza, A. P. R. (2013). Ansiedade e depressão em mães de crianças com distúrbios de linguagem: a importância do trabalho interdisciplinar. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(3), 515-530.
- Domingos, B. & Maluf, M. R. (2003). Experiências de Perda e de Luto em Escolares de 13 a 18 Anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 577-589.
- Donelli, T M. S. (2011). Considerações sobre a clínica psicológica com bebês que experimentaram internação neonatal. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 4(2), 228-241.
- Elizarraraz, N. L. A., Argote, G. V., Frausto, M. A. M. & Toscano, L. M. (2014) Riesgo de Trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación com estrés y ansiedad. *Index de Enfermería*, 23 (1-2), 21-25.
- Erdem, Y. (2009). Anxiety levels of mothers whose infants have been cared for in unit level-I of a neonatal intensive care unit in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1738-1747. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03115.x.
- Favaro, M. S. F., Peres, R. S. & Santos, M. A. (2012) Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. *Psico-USF*, 17(3), 457-465.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J. F., Kuint, J. & Eidelman, A. I. (1999). The mature of mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity,

separation, and potencial loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(6), 929-939.

- Felipe, A. O. B., Souza, J. J. & Carvalho, A. M. P. (2014). Impactos do nascer prematuro na saúde mental das mães. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 21(3) 16-27.
- Fraga, D. A., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V. & Martinez, F. E. (2008). Desenvolvimento de bebês recém-nascidos e indicadores emocionais maternos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 21(1), 33-41.
- Gardner, M. R. & Deatrick, J. A. (2006). Understanding interventions and outcomes in mothers of infants. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 25-44.
- Giakoumaki, O., Vasilaki, K., Lili, L., Skouroliakou, M. & Liosis, G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 21-28. doi: 10.1080/01674820802604839.
- Gipson, J. D., Koenig, M. A., & Hindin, M. J. (2008). The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Studies in Family Planning*, 39, 18-38.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28 (1), 25-35.
- Gomes, A. G., Donelli, T. M. S., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2008) Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*, 12(1), p. 99-106
- Henrichs, J., Schenk, J. J., Schmidt, H. G., Velders, F. P., Hofman, A., Jaddoe, V. W. V., Verhulst, F. C. & Tiemeier, H. (2009). Maternal Pre- and Postnatal anxiety and

infant temperament the generation R study. *Infant and Child Development*, 18(6), 556-572 doi: 10.1002/Icd.639.

- Hock, E., McBride, S., & Gnezda, M. (1989). Maternal separation anxiety: mother-infant separation from the maternal perspective. *Child Development*, 60, 793- 802.
- Kaplan, H. I., Sadock, B, J & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kübler-Ross, E. (2012). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Linhares, M. B. M., Padovani, F. H. P, Pinto, Carvalho, A. E. V. C. & Martinez, F. E. (2009). Anxiety and Depression in Mothers of Preterm Infants and Psychological Intervention During Hospitalization in Neonatal ICU. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 161-170.
- Liou, Shwu-Ru, Wang, P. & Cheng, Ching-u. (2014). Longitudinal study of perinatal maternal stress, depressive symptoms and anxiety. *Midwifery*, 30, 95-801.
- Lopes, R. C. S, Alfaya, C., Machado, C. V., Piccinini, C. A. (2005). “No início eu saía com o coração partido...”: As primeiras situações de separação mãe-bebê. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 15(3), 26-35.
- Lopes, R. C. S., Vivian, A. G., Oliveira, D. S., Pereira, C. R. R, & Piccinini, C. A. Desafios para a maternidade decorrentes da gestação e do nascimento do segundo filho. In Piccinini, C. A & Alvarenga (2012). *Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lordelo, E. R., França, C. B., Lopes, L. M. S., Dacal, M. P. O., Carvalho, C. S., Guirra, R. C., & Chalub, A. A. (2006). Investimento parental e desenvolvimento da criança. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(3), 257-264.
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Melo, L. L. & Lima, M. A. D. (2000). Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(1), 81-86.
- Moraes, A. B, Beltrami, L. & Souza, A. P. R. (2013) Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação*, 25(2), 229-239.
- Moura, M. L. S., Ribas, A. F. P., Seabra, K., C., Pessoa, L. F., Jr., R. C. R. & Nogueira, S. E. (2004). Interações iniciais mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 295-302.
- Newham, J. J., Wittkowski, A., Hurley, J., Aplin, J. D., Westwood, M. (2014) Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 31, 631-640. doi: 10.1002/da.22268.
- NUDIF (2008). *Entrevista sobre Gestação e Parto*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- NUDIF (2008). *Entrevista sobre Experiência da Maternidade*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- NUDIF (2008). *Ficha de Dados Clínicos*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- NUDIF (2008). *Questionário sobre os Dados Sociodemográficos da Família*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- O'Connor, T. G., Monk, C. & Fitelson, E. M. (2014). Practitioner Review: Maternal mood in pregnancy and child development – implications for child psychology and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(2), 99-111.
doi:10.1111/jcpp.12153

- Oliveira, D. S. & Lopes, R. C. S. (2010) Implicações emocionais da chegada de um irmão para o primogênito: uma revisão de literatura. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 15(1), 97-106.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E.V., Duarte, G., & Martinez, F.E. (2009). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 251-254.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.
- Paul, I. M., Downs, D. S., Schaefer, E. W., Beiler, J. S. & Weisman, C. S. (2013) Postpartum Anxiety and Maternal-Infant Health Outcomes. *Pediatrics*, 131(4), 1218-1224. doi:10.1542/peds.2012-2147.
- Pérez, R. R. G., Y. B., Pérez, Y. G. & HerreraI, B. B. (2013). Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(2), p. 179-188.
- Perosa, G. B., Ribeiro, D. G. & Padovani, F. H. P. (2014). Mental Health, Mother-Child Interaction and Development at the End of the First Year of Life. *Paidéia*, 24(59), 331-339. doi: 10.1590/1982-43272459201407.
- Perrone; R. A. P. & Oliveira, V. B. (2011). Controle da ansiedade materna de bebê pré-termo via contato lúdico-gráfico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(2), 269-270.
- Piccinini, C. A, Gomes, A. G., Moreira, L. M., & Lopes, R. C. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(3), 233-232.

- Piccinini, C. A., Pereira, C. R. R., Marin, A. H., Lopes, R. C. S. & Tudge, J. (2007). O nascimento do segundo filho e as relações familiares. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23(3), 253-261.
- Prietsch, S. O. M., Gonzalez-Chica, D. A., Cesar, J. A. & Mendonza-Sassi, R. A. (2011). Gravidez não planejada nenhuma extremo Sul do Brasil: Prevalência e Fatores Associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(10), 1906-1916.
- Qiu, A., Rifkin-Graboi, A., Chen, H., Chong, Y-S, Kwek, K, Gluckman, P. D, Fortie M. V. & Meaney, M. J. (2013). Maternal anxiety and infants' hippocampal development: timing matters. *Translational Psychiatry*, 3(1-7).
doi:10.1038/tp.2013.79
- Rallis, R., Skouteris, H., McCabe, M., Milgrom, J. (2014). The transition to motherhood: Towards a broader understanding of perinatal distress. *Women and Birth*, 27(1), 68-71. doi:10.1016/j.wombi.2013.12.004.
- Rapoport, A. & Piccinini, C. A (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 16(2), 215-225.
- Reck, C., Noe, D., & Gerstenlauer, J. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior Development*, 35(2).
doi: 10.1016/j.infbeh.2011.12.005
- 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 & Saúde Coletiva*, 19(1), 215-226.
- Richter, N. & Reck, C. (2013). Positive maternal interaction behavior moderates the relation between maternal anxiety and infant regulatory problems. *Infant Behavior & Development*, 36(4), 498-506. doi: 10.1016/j.infbeh.2013.04.007.

- Romero-Gutiérrez, G., Rocha-Morales, D. & Ruiz-Treviño, A. S. (2013). Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *Ginecología y Obstetricia Mexico*, 81, 180-185.
- Rowan, C., Bick, D. & Bastos, M. H. (2007). Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(2), 97-105.
- Schmidt, E. B. & Argimon, I. I. L. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia*, 19(43), 211-220.
- Schmücker, G., Brisch, K-H., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt, F., Pokorny, D., Laucht, M., Kächele, H., & Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother–infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 423–441.
- Schwengber, D. D. S., Alfaya, C., Lopes, R. C. S & Piccinini, C. A. (2003). A orientação interacional como alternativa de intervenção precoce pais-bebê no contexto da depressão materna: algumas reflexões iniciais. *Psico*, 34, 297-316.
- Schwengber, D. D. S. & Piccinini, C. A (2004). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudo de Psicologia (Natal)*, 8(3), 403-411.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorin, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunkar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-57.

- Sherestha, S., Adachi, K., Petrini, M. A & Sherestha S. (2014). Factors associated with post-natal anxiety among primiparous mothers in Nepal. *International Nursing Review*, 61, 427-434. doi: 10.1007/s00737-013-0376-5
- Silva, R. L., Christoffel, M. M., Fernandez, A. M., & Santos, I. M. M. (2006). A importância da interação mãe-bebê no desenvolvimento infantil: a atuação da enfermagem materno-infantil. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14(4), 606-612.
- Silva, A. C. O. & Nardi A. E. (2011). Terapia cognitivo comportamental para luto pela morte súbita do cônjuge. *Revista. Psiquiatria Clínica*, 38(5), 213-215.
- Stern, D. (1997). *A Constelação da Maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M. A. V. Veronese), Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D., Stern-Bruschweiler, N. & Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre*. España: Paidós
- Stern, D. N., Robert-Tissot, C., De Muralt, M. & Cramer, B. (1989). Le KIA-profil : un instrument de recherche clinique pour l'évaluation des états affectifs du jeune enfant. In S. Lebovici, P. Mazet & J. P. Visier (Eds.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. (pp.131-149). Paris: Eshel.
- Stifler, C, Coulehan, C., & Fish, M. (1993). Linking employment to attachment: The mediating effects of maternal separations and interactive behavior. *Child Development*, 64, 1451- 1459.
- Viera, C. S., Mello, D. F., Oliveira, B. R., & Furtado, M. C. (2010). Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 1, 11-19.
- Wendland, J. (2001). A abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 45-56.

- Wiese, E. B. P. ou Batista Pinto, E. ou Pinto, E. B. (2007). A análise das interações pais/bebê em abordagem psicodinâmica: clínica e pesquisa. In: C. Piccinini & M. L. S. Moura. (Org.). *Observando as primeiras interações pais/bebê/criança: diferentes abordagens teóricas e metodológicas* (pp. 32-72). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wiese, E. B. P. & Leenders, F. (2006). Interaction Assessment procedure (IAP): a qualitative approach to parent/infant. Abstracts. *10th World Association for Infant Mental Health Congress*. Paris, FR.
- Winnicott, D. W. (2000). *Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W (1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil (I. C. S. Ortiz, Trad.) In D. W. Winnicott, *O ambiente e os Processos de Maturação* (pp.38-54). Porto Alegre, Artes Médicas. (Obra original publicada em 1960).
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. (4^a ed). Porto Alegre: Bookman.
- Zelkowitz, P., Bardin, C., & Papageorgiou, A. (2007). Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 296–313.
- Zelkowitz, P., Dunkley, D, Feeley, N., Shrier, I., Stremler, R., Westreich, R., Steele, R., Rosberger, Z., Lefebvre, F. & Papageorgiou, A. (2008). The Cues and Care Trial: A randomized controlled trial of an intervention to reduce maternal anxiety and improve developmental outcomes in very low birthweight infants. *BMC Pediatrics*, 26, 8-38.
- Zelkowitz, P., Na, S., Wang, T., Bardin, C., & Papageorgiou, A. (2011). Early maternal anxiety predicts cognitive and behavioural outcomes of VLBW children at 24

months corrected age. *Acta Paediatrica*, 100, 700-704. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.02128.x

Zelkowitz, P. & Papageorgiou, A. (2012) Easing maternal anxiety: an update. *Women's Health*, 2(8), p 205-213.

Considerações Finais da Dissertação

Tendo em vista a revisão sistemática de literatura realizada na primeira seção desta dissertação, evidencia-se o interesse da comunidade científica pelo tema da ansiedade materna. Isso pode ser constatado pelo elevado número de publicações nacionais e internacionais encontradas, totalizando 43 publicações. Ademais, salienta-se o interesse de outras áreas da Saúde, além da Psicologia que reforçam a necessidade e importância de detectar precocemente sinais ou sintomas de ansiedade no período pré-natal, como medida preventiva e protetiva para a saúde mental materna, desenvolvimento do bebê e qualidade da relação dessa díade. A partir dessa necessidade de detecção precoce, sugere-se a criação de um instrumento específico para avaliar a ansiedade materna, considerando as questões típicas da maternidade. Além disso, observa-se a necessidade de pesquisas que enfoquem a prevenção e promoção da saúde mental materna, devido à pouca produção encontrada, especialmente no que diz respeito a estudos voltados para programas multidisciplinares de saúde e intervenções para acompanhamento das gestantes.

Na segunda seção dessa dissertação, foi possível constatar através de estudos de casos múltiplos, a ocorrência da ansiedade materna em diferentes momentos como: gravidez, parto, primeiros cuidados e na relação mãe-bebê. A pesquisa empírica veio ao encontro da revisão teórica, verificando que a ansiedade materna está relacionada com questões típicas da maternidade e com outras situações descritas na síntese dos casos cruzados. Destaca-se a ansiedade materna associada a complicações na gestação e pós-parto, primeiros cuidados com o bebê, fatores estressantes durante a gravidez e parto, estresse e sintomas depressivos. Através dessa pesquisa, compreende-se como a ansiedade vivenciada pela mãe influenciou as experiências da maternidade e como essa ansiedade repercutiu na interação mãe-bebê. Por isso, infere-se a importância do

acompanhamento sistemático de gestantes em programas de saúde pública materno-infantil com enfoque preventivo. No contexto nacional, o Brasil possui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania, conforme Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000. (Ministério da Saúde, 2012; Ministério da Saúde, 2014). Portanto, essa pesquisa entende e reforça a necessidade de programas de saúde pública materno-infantil com enfoque na promoção e prevenção da saúde mental materna que possam garantir o acesso, a informação e qualidade de serviços de saúde para mães e bebês.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Programa Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e no nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2014). *Cadernos Humaniza SUS: Humanização do parto e nascimento*, 1(4). Brasília: Ministério da Saúde.

Apêndice

Apêndice A - *Tabela dos artigos encontrados nas bases de dados*

Apêndice B – Normas do PRISMA

Apêndice C – Parecer do Comitê de Ética

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo 1

Apêndice E – Questionário de Dados Sociodemográficos

Apêndice F – Ficha de Dados Clínicos

Apêndice G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo 2

Apêndice H – Entrevista sobre Gestação e Parto

Apêndice I – Entrevista sobre Experiência da Maternidade

Apêndice J – Entrevista sobre Ansiedade Materna

Apêndice K – Interaction Assessment Procedure (IAP)

Apêndice L - Orientações para análise dos vídeos

Apêndice M - Procedimento de Avaliação da Interação – IAP

Apêndice A - Tabela dos artigos encontrados nas bases de dados

	Autores	Artigo	Ano	País	Participantes	Abordagem	Instrumentos	Objetivos	Resultados
1	Airosa, & Silva	Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade	2013	Brasil	100 Mães	Quantitativo	Questionário de Dados Sócio-Demográfico e Clínico, Escala de Vinculação Pré-natal, Escala de Vinculação Pós-natal, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	Analisar se existe uma associação entre suporte social, sintomatologia depressiva, ansiosa e estresse, e a vinculação estabelecida entre mãe e bebê.	Concluíram que o suporte social está negativamente relacionado com a ansiedade, depressão e estresse e positivamente relacionado com a vinculação materna. Houve associação negativa entre ansiedade, depressão e estresse, e a vinculação mãe-bebê.
2	Arnon et al	Maternal singing during kangaroo care led to autonomic stability in preterm infants and reduced maternal anxiety	2014	Israel	86 Díades mãe-bebê	Quantitativo	Estado Trait Anxiety Inventory (IDATE) Método canguru	Observar os benefícios do canto materno no método canguru para prematuro e suas mães.	O cantar materno durante o método canguru reduz a ansiedade materna e proporciona estabilidade aos prematuros.
3	Arteche et al.	The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces	2011	EUA	Díades mãe-bebê	Quantitativo	Generalised Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-Q), Edinburgh Depressão Pós-natal Survey (EPDS),	Investigar os efeitos da depressão pós-parto e ansiedade no processamento de expressões faciais dos bebês.	Mães com transtorno de ansiedade tendiam a identificar expressões faciais positivas em menor intensidade. Os resultados sugerem dificuldades no processamento de expressões faciais positivas na ansiedade podendo levar a uma menor

							Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I)		capacidade de resposta materna e comprometendo a qualidade das interações mãe-criança.
4	Beebe et al.	Maternal Anxiety Symptoms and mother-infant self -and Interactive Contingency	2011	EUA	119 Díades mãe- bebês	Quantitativo	Estado Trait Anxiety Inventory (IDATE)	Investigar os efeitos da ansiedade materna sobre a comunicação da díade mãe-bebê.	Afirmam que a ansiedade materna pode influenciar a comunicação da díade mãe-bebê interferindo na qualidade dessa relação.
5	Beltrami et al.	Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento e estado emocional materno.	2013	Brasil	182 Díades mãe-bebê	Quantitativo	Inventários de Ansiedade Beck (BAI) e de depressão (BDI), Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI)	Analisar a associação entre os estados emocionais maternos depressivo e ansioso, combinados ou de modo isolado, em relação à presença de risco ao desenvolvimento infantil na faixa etária de 0 a 4 meses.	Concluiu que houve associação significativa entre ansiedade e depressão maternas e presença de risco ao desenvolvimento infantil.
6	Benute et al.	Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa	2009	Brasil	100 Mães	Quantitativo	Hospital Anxiety and depression (HAD)	Buscar caracterizar a população que sofreu abortamento, investigar a existência de ansiedade e depressão, verificar se existe ou não sentimento de culpa após o abortamento e comparar os resultados entre mulheres que sofreram abortamento espontâneo e as que provocaram-no.	Concluíram que mulheres que provocaram o abortamento encontravam-se mais ansiosas e mais deprimidas, demonstrando a necessidade da realização de acompanhamento psicológico. Mulheres que vivenciaram o aborto espontâneo encontravam-se mais culpadas do que as que provocaram-no.
7	Catov et al.	Anxiety and optimism associated with gestational age at birth and fetal growth.	2010	EUA	667 Gestantes	Quantitativo	State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Investigar a relação entre ansiedade materna, otimismo, idade gestacional e peso ao nascer.	Concluíram que não houve relação entre ansiedade materna, otimismo, idade gestacional e peso ao nascer, porém aumento da idade das mães pode influenciar o risco de parto prematuro.
8	Chiodelli	Desenvolvime	2014	Brasil	16 Díades	Quantitativo	Inventário de	Avaliar fatores de risco para o	Os resultados apontaram

	et al.	nto do Bebê nos Dois Primeiros Meses de Vida: Variáveis Maternas e Sociodemográficas			mãe-bebê		Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Inventário de Sintomas de Estresse (ISSL), Inventário Portage Operacionalizado – IPO	desenvolvimento do bebê, variáveis maternas e sociodemográficas.	correlações positivas entre ansiedade e autocuidado e negativas entre estresse materno e desenvolvimento cognitivo dos bebês. Houve correlações significantes entre idade materna e desenvolvimento motor e cognitivo no segundo mês. A idade gestacional mostrou-se significativa para a área motora no segundo mês de vida do bebê, mas a correlação foi negativa. A variável peso ao nascer apontou diferença significativa e negativa para cognição no segundo mês e a escolaridade materna foi significativa e positiva para a área de linguagem no primeiro mês.
9	Consonni et al.	A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes	2010	Brasil	67 Gestantes	Quantitativo	State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Estudar a ansiedade em gestantes submetidas a um programa multidisciplinar de preparação para o parto e maternidade.	Verificaram que a participação de gestantes em programas multidisciplinares de preparação para o parto e maternidade contribuiu para a diminuição dos índices de ansiedade materna, um número maior de partos vaginais e menor tempo de internação dos recém-nascidos.
10	Dennis et al.	Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum	2013	Canadá	522 Mães	Quantitativo	State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Identificar mães em situação de risco para a ansiedade no pós-parto imediato.	Identificaram que o STAI é um instrumento útil para detectar se mães em situação de risco para ansiedade pós-parto sendo importante também para avaliar a necessidade de avaliação psiquiátrica e possível tratamento.

		period using the State-Trait Anxiety Inventory							
11	Dias et al.	Ansiedade e depressão em mães de crianças com distúrbios de linguagem: a importância do trabalho interdisciplinar.	2013	Brasil	2 Díades mãe-bebê	Qualitativo	Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI), H-T-P- técnica projetiva do desenho de casa-árvore-pessoa	Analisar a associação entre os estados emocionais de mães e suas repercussões na interação mães-filhos com de distúrbios de linguagem.	Concluíram que a ansiedade e a depressão maternas afetam o relacionamento e o diálogo entre mães e filhos. Ressaltam a importância da clínica interdisciplinar, suporte social e apoio psicológico adequados às mães.
12	Elizarraraz et al.	Riesgo de Trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación com estrès y ansiedad.	2014	México	124 Gestantes	Quantitativo	State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Perceived Stress Questionnaire	Determinar a associação entre estresse, ansiedade e risco de parto prematuro espontâneo.	Concluíram que não houve associação entre estresse e ansiedade e risco de parto prematuro espontâneo.
13	Erdem, Y.	Anxiety levels of mothers whose infants have been cared for in unit level-I of a neonatal intensive care unit in Turkey.	2009	Turquia	159 Mães	Quantitativo	Estado Trait Anxiety Inventory (IDATE)	Analisar os fatores que afetam o nível de ansiedade de mães com bebês em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).	Concluiu que os fatores como idade materna, escolarização, renda, gravidez planejada, complicações da gravidez, cuidados pré-natais, tipo de parto, idade gestacional do recém-nascido e peso da criança ao nascer e não afetaram os níveis de ansiedade materna. Porém, o tempo de hospitalização do bebê provocou aumento de ansiedade nas mães.
14	Eutrope et al.	Emotional Reactions of	2014	França	100 Díades mãe-bebê	Quantitativo	HADS (Hospital Anxiety and	Avaliar a reação pós-traumática da mãe desencadeada por parto	A ansiedade e depressão maternas estão relacionadas com

		Mothers Facing Premature Births: Study of 100 Mother-Infant Dyads 32 Gestational Weeks					Depression Scale), EPDS (Edinburgh Post-natal Depression Scale), The Social Support Questionnaire (SSQ) Perinatal, Risk Inventory (PRI)	premature e as interações mãe-bebê.	nascimento do bebê prematuro. O suporte social influencia na diminuição dos sintomas depressivos na alta hospitalar.
15	Favaro et al.	Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas.	2012	Brasil	40 Mães	Quantitativo	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)	Comparar a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão em mães de bebês prematuros e mães de bebês a termo.	Constatou-se que, entre as mães de bebês prematuros, 75% apresentavam sintomas clinicamente significativos de ansiedade e 50% apresentavam sintomas significativos de depressão. Com mães de bebês a termo, 65% não apresentavam sintomas clinicamente significativos de ansiedade e depressão. Os resultados corroboram a literatura, sugerindo que a prematuridade tende a ter impacto negativo na saúde mental da mulher que vivencia essa situação.
16	Felipe et al.	Impactos do nascer prematuro na saúde mental das mães	2014	Brasil	Mães	Qualitativo		Investigar na literatura artigos que retratam as dimensões na saúde mental materna diante do nascimento prematuro do filho.	Concluíram que o nascimento prematuro pode ser traumático para as mães, contribuindo interferindo na saúde mental materna. Mães de recém-nascidos prematuros estão vulneráveis a desenvolver sintomas psicopatológicos como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático.
17	Giakoum	The role of	2009	Grécia	253 Mães	Quantitativo	EPDS (Edinburgh	Avaliar a ansiedade e	Concluíram que sintomas de

	aki et al.	maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece.					Post-natal Depression Scale) State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	sintomatologia depressiva e sua relação em uma população de mulheres gregas.	ansiedade materna são comuns após o parto e podem persistir no pós-parto imediato. Houve comorbidade entre ansiedade e sintomatologia depressiva que persistiu até três meses pós-parto.
18	Glover, V.	Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done.	2014	Reino Unido	Mães	Qualitativo		Realizar revisão de literatura sobre depressão, ansiedade e estresse durante a gravidez e efeitos sobre a criança.	Concluiu que estado emocional da mãe durante a gravidez, e no período pós-natal, pode ter efeitos a longo prazo sobre a criança e no seu desenvolvimento.
19	Henrichs et al.	Maternal Pre- and Postnatal anxiety and infant temperament the generation R study.	2009	Países Baixos	2.997 Gestantes e díades mãe-bebê	Quantitativo	Pregnancy Outcome Questionnaire, Brief Symptom Inventory	Investigar se a ansiedade materna é temporária ou crônica no período pré-natal e pós-natal e pode influenciar no temperamento do bebê.	Verificaram que diferentes formas de ansiedade materna ocorrem os períodos pré-natal e pós-natal. Enfatizam sobre a importância da ansiedade materna crônica para a saúde mental infantil.
20	Linhares et al.	Anxiety and Depression in Mothers of Preterm Infants and Psychological Intervention During Hospitalization in Neonatal	2009	Espanha	59 Gestantes	Quantitativo	Clinical Interview Structured (DSM III-R – SCID), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), BDI	Avaliar e comparar os sintomas de ansiedade e depressão antes e depois intervenção psicológica com mães de bebês nascidos pré-termo com muito baixo peso e internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Observaram que os resultados após a intervenção reduziram os níveis de ansiedade e depressão confirmando a necessidade de apoio psicológico para mães de bebês prematuros internados em UTI neonatal.

		ICU							
21	Liou et al.	Longitudinal study of perinatal maternal stress, depressive symptoms and anxiety.	2014	Taiwan	197 Gestantes e mães	Quantitativo Longitudinal	Self-reported Anxiety Scale (SAS), Perceived Stress Scale (PSS-10), The Center for Epidemiologic Studies Depression(CES-D)	Compreender as relações entre o estresse materno, sintomas depressivos, sintomas de ansiedade na gravidez e no pós-parto.	Concluíram que houve um crescente grau de correlação entre o estresse materno, sintomas depressivos e ansiedade na gravidez e no pós-parto.
22	Martini et al.	Maternal anxiety disorders prior to conception, psychopathology during pregnancy and early infants' development: a prospective-longitudinal study	2013	Alemanha	306 Gestantes	Quantitativo	CIDI-V versão modificada da CIDI (WHO)	Investigar durante a gravidez e no pós-parto mulheres com e sem transtornos de ansiedade em comorbidade com transtornos depressivos.	Transtornos de ansiedade são fatores de risco para o aparecimento de sintomas e transtornos depressivos. Transtornos depressivos em comorbidade podem agravar transtornos de ansiedade.
23	Moraes et al.	Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil.	2013	Brasil	182 Dúas mãe-bebê	Quantitativo	Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI)	Analisar a associação entre os estados emocionais maternos depressivo e ansioso em relação à presença de risco ao desenvolvimento infantil na faixa etária de 0 a 4 meses.	Refere que o risco ao desenvolvimento infantil é multifatorial e que a ansiedade parece afetar a constituição da experiência da maternidade em algumas mulheres, podendo trazer risco ao desenvolvimento do bebê.
24	Nasreen et al.	Low birth weight in offspring of women with depressive and anxiety symptoms	2010	Bangladesh	720 Mães e gestantes	Quantitativo	Estado Trait Anxiety Inventory (IDATE), Edinburgh Depressão Pós-natal Survey (EPDS)	Avaliar prevalência de depressão, ansiedade e baixo peso ao nascer em Bangladesh.	Encontraram evidências de que sintomas maternos depressivos e ansiosos durante a gravidez podem estar relacionados ao baixo peso ao nascer.

		during pregnancy: results from a population based study in Bangladesh.							
25	Newham et al.	Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: a randomized controlled trial	2014	Reino Unido	59 Gestantes	Quantitativo	Estado Trait Anxiety Inventory (IDATE), Edinburgh Depressão Pós-natal Survey (EPDS) Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (WDEQ)	Testar a eficácia da ioga como uma intervenção para reduzir ansiedade durante a gravidez	A ioga pré-natal pode reduzir a ansiedade das mulheres em direção ao parto e prevenir aumentos na sintomatologia depressiva.
26	O'Connor et al.	Practitioner Review: Maternal mood in pregnancy and child development – implications for child psychology and psychiatry	2014	EUA	Díades mãe-bebê	Qualitativo Revisão de Literatura		Realizar revisão de literatura sobre ansiedade, depressão e estresse maternos no período pré-natal e implicações no desenvolvimento infantil.	Encontraram evidências sobre ansiedade e depressão no desenvolvimento infantil.
27	Padovani et al.	Ansiedade e Depressão Materna e Relatos sobre o Bebê Prematuro	2009	Brasil	60 Mães	Quantitativo	Ansiedade Traço/Estado (IDATE) SCID/Não Paciente - Entrevista Clínica estruturada para DSMIII-R, IDATE Inventário de,	Comparar dois grupos de mães, diferenciados pela presença de sintomas emocionais clínicos de ansiedade e depressão, quanto aos relatos sobre o seu bebê prematuro e verificar relações entre os relatos maternos e características das mães, a	Concluíram que mães do grupo de indicadores clínicos para ansiedade e depressão relataram mais reações e sentimentos negativos do que o grupo sem esses indicadores. Menor peso ao nascimento, menor idade gestacional e maior tempo de

							Inventário Beck (BDI)	história de saúde neonatal do bebê e eventos estressores ambientais.	internação do bebê na uti-neonatal associaram-se com expectativas, reações e sentimentos maternos negativos.
28	Paul et al.	Postpartum Anxiety and Maternal-Infant Health Outcomes.	2013	EUA	1.154 Díades mãe-bebê	Quantitativo	Estado Trait Anxiety Inventory (IDATE), Edinburgh Depressão Pós-natal Survey (EPDS)	Determinar a prevalência de ansiedade pós-parto, durante a hospitalização e sua relação com a depressão.	Observaram que a ansiedade pós-parto é um fenômeno comum durante a hospitalização materna e mais prevalente que a depressão nos primeiros dias após o parto.
29	Pérez et al.	Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna	2013	Cuba	101 Díades mãe-bebê	Quantitativo	State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Lista de Indicadores de Vulnerabilidad al Stress	Identificar uma relação entre estresse, ansiedade e amamentação.	Concluíram que existe uma relação entre os níveis de estresse, ansiedade e amamentação. A ansiedade pode dificultar a amamentação.
30	Perosa et al.	Mental Health, Mother-Child Interaction and Development at the End of the First Year of Life.	2014	Brasil	65 Díades mãe-bebê	Quantitativo	Dyadic Interaction Assessment Protocol, Denver Developmental Screening Test II, Self Report Questionnaire-20	Avaliar a relação entre a interação mãe-filho e o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças menores de um ano de idade, levando em consideração a saúde mental materna.	Concluíram que não houve relação entre saúde mental materna e comportamentos interativos mãe-filho. Alguns comportamentos entre mãe-filho foram associados com atrasos no desenvolvimento.
31	Perrone & Oliveira	Controle da ansiedade materna de bebê pré-termo via contato lúdico-gráfico	2011	Brasil	30 Mães	Qualitativo	Inventário de Percepção Neonatal (IPN-I) Escala de Ansiedade, Depressão e Irritabilidade (IDA)	Investigar a influência da intervenção lúdico-gráfica no controle da ansiedade de mães de bebês pré-termo.	Observaram que a análise interventiva com mães foi positiva, favorecendo às mães assumir sua maternidade com menos ansiedade.
32	Qiu et al.	Maternal anxiety and infants'	2013	Cingapura	189 Gestantes e díades	Quantitativo	Estado Trait Anxiety Inventory (IDATE)	Analisar as consequências da exposição pré-natal e pós-natal da ansiedade materna sobre o	Observaram que existe uma associação entre ansiedade materna no período pré-natal e

		hippocampal development: timing matters)						desenvolvimento infantil precoce do hipocampo.	pós-natal sobre o desenvolvimento infantil precoce do hipocampo. Análises mostraram que a ansiedade materna pré-natal não influenciou o volume do hipocampo bilateral no momento do nascimento. Filhos de mães que relatam aumento da ansiedade durante a gravidez apresentaram crescimento mais lento do hipocampo durante os primeiros seis primeiros meses de vida.
33	Rallis et al.	The transition to motherhood: Towards a broader understanding of perinatal distress.	2014	Austrália	Mães	Qualitativo Revisão de literatura	Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	Realizar revisão de literatura para identificar os estudos sobre a experiência de estresse como um estado afetivo distinto no período perinatal.	Concluíram que o estresse deve ser investigado separado, a fim de avaliar melhor como ele difere da depressão e ansiedade.
34	Reck et al.	Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence	2012	Israel	812 Gestantes	Quantitativo	EPDS (ASQ-15) Anxiety Screening Questionnaire Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I)	Investigar os transtornos de ansiedade e depressão estão relacionados com a autoconfiança materna.	Os resultados demonstram que existe uma ligação significativa entre a ansiedade pós-parto, transtornos depressivos e autoconfiança materna. Mulheres com transtornos de ansiedade ou depressão obtiveram as menores pontuações em autoconfiança materna.
35	Ribeiro et al.	Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em	2014	Brasil	65 Dúas mãe-bebê	Quantitativo	Denver II, Self Report Questionnaire – 20, Roteiro de Entrevista para	Verificar fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de crianças de um ano, atendidas em unidades de saúde da família.	Concluíram que para aumentar as chances de sucesso de programas direcionados a crianças com risco para o desenvolvimento é importante ter como foco a

		Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna					Identificação de Risco e Recursos Biopsicossociais na História de Vida da Criança		estimulação da criança e a saúde mental materna. No estudo com mães de bebês nascidos a termo, a ansiedade associou-se a efeitos prejudiciais ao desenvolvimento da criança a curto e médio prazo. O estudo com mães de crianças nascidas pré-termo, mostrou que a ansiedade materna atuou como mecanismo de proteção ao desenvolvimento cognitivo e como fator de risco ao desenvolvimento motor amplo.
36	Richter & Reck	Positive maternal interaction behavior moderates the relation between maternal anxiety and infant regulatory problems.	2013	Alemanha	57 Dúades mãe-bebê	Quantitativo	Estado Trait Anxiety Inventory (IDATE), Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I)	Examinar como fatores psicossociais de risco estão conectados, e como eles impactam o início capacidade regulatória de bebês de 3 meses de idade.	Concluíram que existe relação entre ansiedade materna e a capacidade regulatória em bebês. Os resultados reforçam a importância da interação materna positiva nas dúades mãe-bebê.
37	Romero-Gutiérrez et al.	Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato.	2013	México	384 Mães	Quantitativo	Escala de Ansiedade de Hamilton	Identificar a ansiedade materna durante o período pós-parto imediato associada a complicações fetais.	Identificaram que existe associação entre ansiedade materna no período pós-parto imediato e complicações fetais. Pacientes que tinham ansiedade associada ao puerpério tiveram maior ameaça de aborto, parto prematuro, sepse neonatal e taquipnéia transitória do recém-nascido.
38	Sanchez	Risk of	2013	Peru	480	Quantitativo	Patient Health	Identificar a relação entre risco	Concluíram que existe associação

	et al.	Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Depressive, Anxiety, and Stress Symptoms.			Gestantes e 479 mães		Questionnaire (PHQ-9), Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)	de parto prematuro e saúde mental materna durante a gravidez em mulheres peruanas.	entre a saúde mental materna e relação entre risco de parto prematuro em mulheres peruanas.
39	Schmidt, & Argimon	Vinculação da gestante e apego materno fetal	2009	Brasil	136 Mães e gestantes	Quantitativo	Ficha de Dados Sociodemográficos, Escala de Vinculação do Adulto (EVA), Escala de Apego Materno Fetal (MFAS), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).	Verificar as relações existentes entre o tipo de vinculação da gestante, sintomas de ansiedade, depressão e nível de apego materno fetal.	Concluíram que existe associação significativa entre o tipo de vinculação da gestante e o apego materno fetal e sintomas depressivos. Gestantes que apresentaram uma vinculação segura evidenciaram alto apego materno fetal e sintomas depressivos e ansiosos mínimos.
40	Sherestha et al.	Factors associated with post-natal anxiety among primiparous mothers in Nepal.	2014	Nepal	216 Mães	Quantitativo	State-Trait Anxiety Inventory. Demographics questionnaire, the Newborn Care Knowledge Questionnaire.	Associação entre as variáveis sociodemográficas e ansiedade pós-natal em mães primíparas.	Verificaram que a escolaridade materna, nível socioeconômico e conhecimento de cuidados com recém-nascido foram os principais fatores de ansiedade pós-natal. Mulheres com baixa renda e escolaridade, dificuldades conjugais e apoio social insuficiente estão vulneráveis ao desenvolvimento ansiedade severa.
41	Silveira et al.	Sintomas depressivos e ansiosos em mães de	2009	Brasil	44 Mães	Quantitativo	Estado Trait Anxiety Inventory (IDATE), Beck Depression	Comparar as condições emocionais de mães cujos filhos nascem com malformações visíveis com as das mães de	A porcentagem de mães de recém-nascidos com malformações visíveis apresentou escores indicativos de sinais

		recém-nascidos com e sem malformações					Inventory (BDI)	crianças sem malformações logo após o nascimento.	clínicos para ansiedade e depressão sugerindo a necessidade de suporte para essas mães.
42	Sockol et al.	The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers.	2014	EUA	210 Grávidas e puérperas	Quantitativo	Attitudes Toward Motherhood Scale (AToM), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), Maternal Attitudes Questionnaire (MAQ)	Examinar a relação entre atitudes, sintomas de depressão e ansiedade materna durante a gravidez e pós-parto imediato.	Sugerem que as atitudes maternas estão relacionadas com sintomas psicológicos de ansiedade e depressão no período perinatal, sendo necessário prever esses sintomas e buscar intervenções.
43	Zelkowitz et al.	Early maternal anxiety predicts cognitive and behavioural outcomes of VLBW children at 24 months corrected age.	2011	Canadá	88 Dúades mãe-bebê	Quantitativo	State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Emotional Availability Scales, Bayley Scales of Infant Development (II), Child Behavior Checklist	Analisar efeitos da ansiedade materna durante internação de bebês na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o desenvolvimento comportamental dos bebês.	Concluíram que a ansiedade pode influenciar a relação das dúades e o desenvolvimento comportamental dos bebês. Sugerem programas de intervenção precoce com mães de bebês de muito baixo peso.

Apêndice B – Normas do PRISMA

Rosimeire S. Padua, Raquel S. Pres, Sandra R. Alouche, Luciana D. Chiavegato, Alexandre D. Lopes, Leonardo D. P. Costa

Anexo 1. Lista de verificação PRISMA^a utilizada pelos avaliadores para análise das revisões sistemáticas selecionadas.

Item	Seção/Tópico	Descrição
1	Título	Identifica o estudo como uma revisão sistemática, metanálise ou ambos
2	Resumo estruturado	Apresenta resumo estruturado que inclua, quando aplicável: contextualização, objetivo, fonte/base de dados, critérios de elegibilidade do estudo, participantes, intervenções, avaliação dos estudos e síntese dos métodos, resultados, limitações, conclusões e implicações dos principais achados, número do registro da revisão sistemática.
	Introdução	
3	Lógica	Descreve a lógica da revisão no contexto do que já é conhecido
4	Objetivos	Declara explicitamente as questões formuladas com referência aos participantes, intervenções, comparações, desfechos e desenho do estudo (PICOS).
	Método	
5	Projeto e registro	Indica se existe um projeto e onde poderia ser encontrado (ex: endereço da Web) e, se disponível, fornece o número do registro.
6	Critério de elegibilidade	Especifica as características do estudo (ex: PICOS, seguimentos) e relata as características utilizadas para elegibilidade e lógica do seu uso (i.e. anos considerados, língua, status da publicação).
7	Fontes de informação	Descreve todas as fontes de informação na busca e a última data de busca (i.e. bases de dados consultadas, contato com autores dos estudos).
8	Busca	Apresenta a estratégia eletrônica de busca completa para pelo menos uma base de dados, incluindo qualquer limite utilizado, de forma a ser reproduzível.
9	Seleção dos estudos	Indica o processo de seleção dos estudos (i.e., rastreio, elegibilidade, incluídos na revisão sistemática e/ou metanálise).
10	Processo de coleta de dados	Descreve o método de extração dos dados dos artigos (i.e. formulários, independentemente, em duplicata) e qualquer forma para obtenção e confirmação de dados dos investigadores.
11	Dados	Lista e define todas as variáveis para os dados utilizados e todos os pressupostos e simplificações realizados (e.g. PICOS, fontes de financiamento).
12	Risco de viés dos estudos individuais	Descreve os métodos utilizados para avaliar o risco de viés dos estudos individuais (incluindo especificação se o viés ocorre no estudo ou no desfecho) e como essa informação foi utilizada para a síntese dos dados.
13	Resumo das medidas	Indica a forma de resumir as medidas (e.g., razão de risco, diferença de médias).
14	Síntese dos dados	Descreve os métodos para manipulação e combinação dos resultados dos estudos, incluindo medidas de consistência (e.g., I ²) para cada metanálise.
15	Risco de viés em todos os estudos	Especifica qualquer avaliação de risco de viés que pode afetar a evidência acumulada (e.g., viés de publicação, descrição seletiva dos estudos).
16	Análise adicional	Descreve os métodos para análise adicional (e.g. sensibilidade ou análise de subgrupos, metarregressão) e, se realizados, indica onde foram pré-especificados.
	Resultados	
17	Seleção dos estudos	Fornece o número de estudos rastreados, avaliados como elegíveis e incluídos na revisão, com razões para exclusões em cada estágio, idealmente com um diagrama de fluxo.
18	Característica dos estudos	Para cada estudo, apresenta as características para cada dado extraído (e.g., tamanho do estudo, PICOS, período de seguimento) e fornece citações.
19	Risco de viés nos estudos	Apresenta os dados de risco de viés de cada estudo e, quando disponível, qualquer avaliação no desfecho (veja item 12).
20	Resultado dos estudos individuais	Para todos os desfechos considerados (benéficos ou prejuízos (malefícios?)) apresentar, para cada estudo: (a) resumo dos dados para cada grupo de intervenção (b) efeito estimado e intervalos de confiança, idealmente com um gráfico do tipo <i>forest plot</i> .
21	Síntese dos resultados	Apresenta o resultado de cada metanálise feita, incluindo os intervalos de confiança e medidas de consistência.
22	Risco de viés nos estudos	Apresenta os resultados de qualquer avaliação de risco de viés nos estudos (veja item 15).
23	Análise adicional	Fornece os resultados das análises adicionais, se feitas (i.e., sensibilidade ou análise de subgrupos, metarregressão (veja item 16)).
	Discussão	
24	Resumo da evidência	Resume os principais achados, incluindo a força de evidência de cada desfecho principal; considera sua relevância para os grupos chave (i.e., usuários, seguros de saúde e políticos).
25	Limitações	Discute as limitações em nível do estudo e dos desfechos (i.e., risco de viés) e no nível da revisão (i.e., recuperação incompleta das pesquisas identificadas, relato de viés).
26	Conclusões	Fornece uma interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para pesquisas futuras.
27	Financiamento	Descreve as fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros auxílios (i.e., dados suplementares); papel dos financiadores para a revisão sistemática.

Traduzido de Liberati et al.³

Apêndice C – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Mapeamento e Avaliação

Pesquisador: DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12876313.0.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 250.354

Data da Relatoria: 18/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma proposta de trabalho de investigação conjunta, elaborada por integrantes do Grupo de Trabalho Interação Pais-Bebê/Criança, vinculado à Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Tal proposta já vinha sendo alinhavada pelas integrantes desde o ano de 2011, embora, a partir do último Simpósio da ANPEPP, ocorrido em junho de 2012, tenha ganho sua formatação final. Os membros tem como interesse de estudo a temática da Relação Pais-Bebê/Criança, sob diferentes idades, enfoques e perspectivas teóricas, o que pode ser comprovado a partir de suas produções, documentadas no Currículo Lattes. Entre si, a equipe já possui trajetória anterior de colaborações em pesquisa, apresentação de trabalhos em evento, bancas e mesmo em publicações. Afora isso, existem também vínculos de orientação de Mestrado e Doutorado. Nesse momento, diante da convergência dos interesses científicos, e dando seguimento aos temas já investigados por todos os pesquisadores envolvidos, o grupo lança a proposta de uma pesquisa mista, composta por dois estudos interligados, que tem como foco uma temática extremamente relevante em termos de saúde pública: a identificação de sintomas psicofuncionais em bebês de oito a 12 meses de vida, visando estabelecer a sua prevalência/incidência na cidade de Porto Alegre e região metropolitana, bem como avaliar de forma mais completa aspectos da díade mãe-bebê que podem ter contribuído para o seu aparecimento.

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro:

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)303 -8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Objetivo da Pesquisa:

- Identificar sintomas psicofuncionais em bebês de oito a 12 meses atendidos em instituições de saúde pública de Porto Alegre e região metropolitana, bem como avaliar aspectos emocionais, desenvolvimentais e comportamentais de díades mãe-bebê cujos bebês apresentem algum tipo de sintoma psicofuncional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados à pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As solicitações do CEP foram escalrecidas e justificadas adequadamente pelos autores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

PORTO ALEGRE, 19 de Abril de 2013

Assinador por:
José Geraldo Vernet Taborda
(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro:

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo 1



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo I: Mapeamento de Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Oito a Doze Meses de Idade

Você, na condição de mãe de _____ (nome da criança), está sendo convidado a participar da primeira etapa da pesquisa **Sintomas psicofuncionais em bebês: Mapeamento e avaliação**, coordenada pela Profª Drª Daniela Centenaro Levandowski, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, que tem como objetivo principal identificar sintomas psicofuncionais em bebês de oito a 12 meses atendidos em instituições de saúde pública de Porto Alegre e região metropolitana. Sintomas psicofuncionais são manifestações do corpo e do comportamento da criança, sem causa orgânica, que podem atingir as principais funções do bebê (por exemplo, o sono, a alimentação e a respiração). Eles necessitam ser identificados precocemente para o seu adequado atendimento, evitando-se prejuízos para o desenvolvimento de seu(sua) filho(a).

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá responder algumas perguntas a respeito de seus dados demográficos, da maternidade e do desenvolvimento do seu bebê. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Eles servirão apenas para caracterizarmos o público que está colaborando com a pesquisa.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela coordenadora da pesquisa durante 5 (cinco) anos e, após, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, mãe da criança acima descrita, declaro que recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e, por isso, aceito participar da pesquisa. Declaro que também fui informada:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado à criança;
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski pelo telefone 3303-8826, na UFCSPA;
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, pelo telefone 3303-8804

Declaro também que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a equipe de pesquisa.

Porto Alegre, __, de _____ de 20 __.

Assinaturas:

Coordenadora da pesquisa: _____

Participante da pesquisa: _____


 CEPT/UFCS
 TC LE
 APROVADO
 7/6/05 713

Apêndice E – Questionário de Dados Sociodemográficos

Nome da mãe do bebê: _____	Data: ___/___/___
Nome do bebê: _____	
Caso: _____	Entrevistador(a): _____

QUESTIONÁRIO SOBRE OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA FAMÍLIA⁴ (Adaptado de NUDIF, 2008)

Eu gostaria de ter mais algumas informações sobre você, seu marido/companheiro, e sua família:

MÃE DO BEBÊ

Nome: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos
 Endereço completo: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____
 Celular: _____ Fone recados: _____
 E-mail: _____
 Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____
 Caso seja do Interior, mas morando na Grande Porto Alegre, há quanto tempo mora aqui? ___ meses/anos
 Por quê? _____

Até que série estudou?

() nenhuma () Ensino Fundamental - ___ série () Ensino Médio - ___ série
 () Superior () Curso Técnico _____ () Pós-Graduação _____
 () Outro _____

Ainda está estudando? () não () sim, o que? _____

Você já reprovou? () não () sim, quantas vezes? _____. Em que série? _____

Estado civil: () solteira () casada () separada/divorciada () viúva () morando junto () está namorando

Caso seja casada ou esteja morando junto, desde quando? ___/___/___

Tem religião? () sim () não Qual? _____

Atualmente está trabalhando? () sim () não () aposentada

Que tipo de trabalho você faz (explicitar)? _____ Quantas horas? ___ horas/dia

Qual o horário? _____

Você é remunerada? () sim () não Qual o valor? R\$ _____

(Em caso negativo, perguntar)

Você já trabalhou? () sim () não

O que você fazia? _____

Você recebia? () sim () não Qual o valor? R\$ _____

Caso trabalhava, mas parou, por quê? _____

Idade da primeira gestação: ___ anos

Tem outros filhos além do bebê? () sim () não. Quantos? _____

	Idade	Sexo
Filho 1	___ anos	() F () M
Filho 2	___ anos	() F () M
Filho 3	___ anos	() F () M
Filho 4	___ anos	() F () M
Filho 5	___ anos	() F () M
Filho 6	___ anos	() F () M

DADOS DO PAI BIOLÓGICO DO FILHO/A (alvo da pesquisa)

Seu companheiro atual é o pai do/s seu/s filho/s? () sim () não

O pai biológico de seu filho tem outros filhos? () não () sim. Quantos? _____

Idade com que ele teve o(a) primeiro(a) filho(a): ___ anos

Nome do pai biológico: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos

Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____

Endereço completo: _____

⁴Deve ser respondida, preferencialmente, pela a mãe.

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____
 Celular: _____ E-mail: _____

Até que série ele estudou?

() nenhuma () Ensino Fundamental - ____ série () Ensino Médio - ____ série
 () Superior () Curso Técnico _____ () Pós-Graduação _____
 () Outro _____

Ele ainda está estudando? () não () sim, o que? _____

Ele já reprovou? () não () sim, quantas vezes? _____. Em que série? _____

Ele tem religião? () sim () não Qual? _____

O pai biológico do bebê trabalha? () sim () não () aposentado

Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? _____ Quantas horas? ____ horas/dia
 Qual o horário? _____

Ele é remunerado? () sim () não Qual o valor? R\$ _____ () não sabe

(Caso não estiver trabalhando)

Qual era o trabalho anterior dele? _____

DADOS DO FILHO/A (alvo da pesquisa)

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ meses

Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____

A criança frequenta creche/escolinha? () sim () não

Com que idade ele(a) começou a frequentar a escolinha/creche? ____ meses

A escolinha/creche é: () municipal () estadual () particular () creche informal (pessoa que cuida crianças em casa)

Caso não frequente a escola, quem costuma cuidar do bebê?

() mãe () pai () avó () irmão(ã) () tia () babá/empregada

() vizinha () outro. Quem? _____

Ordem de nascimento do bebê: () primogênito () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais filho

ASPECTOS DA MORADIA ATUAL:

Quantas pessoas moram na casa, incluindo você: ____

Quem são os moradores da casa? _____

Quantas pessoas trabalham? ____

Caso ninguém trabalhe, quem sustenta a casa? _____

Renda mensal aproximada: R\$ _____

Gostaria de saber algumas características da sua casa:

- A casa é de: () madeira () material () mista
- Nº de quartos: ____ Nº total de peças ____
- Na sua casa tem: Água encanada? () sim () não
- Luz elétrica? () sim () não
- Esgoto? () sim () Não

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA DE ORIGEM MATERNA

Avó Materna Biológica

É sua mãe biológica: () sim () não (Caso não seja) Você conhece sua mãe biológica? () sim () não

Idade da sua mãe biológica: ____ anos Idade com que ela teve o primeiro filho: ____ anos

Qual sua ordem de nascimento por parte de sua mãe biológica: () primogênita () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais

Qual o número de irmãos que tens por parte de sua mãe biológica: _____

Avó Materna de criação (perguntar somente se a avó materna NÃO for biológica)

Idade da sua mãe de criação: ____ anos A sua mãe de criação tem outros filhos? () sim () não

Idade com que ela teve o primeiro filho: ____ anos

Qual o número de irmãos que tens por parte de sua mãe de criação: _____

Avô Materno Biológico

É seu pai biológico: () sim () não (Caso não seja) Você conhece seu pai biológico? () sim () não

Idade do seu pai biológico: ____ anos Idade com que ele teve o primeiro filho: ____ anos

Qual sua ordem de nascimento por parte de seu pai biológico: () primogênito () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais

Qual o número de irmãos que tens por parte de seu pai biológico: _____

Avô Materno de criação (perguntar somente se o avô materno NÃO for biológico)

Idade do seu pai de criação: _____ anos O seu pai de criação tem outros filhos? () sim () não

Idade com que seu pai de criação teve o primeiro filho: _____ anos

Qual o número de irmãos que tens por parte de seu pai de criação: _____

Avós maternos (em relação à família de referência da mãe do bebê)

Vivem juntos? () sim () não Há quanto tempo? _____ anos

(Caso não)

Por quê? _____

Nova união: Avô () sim () não Tempo: _____ anos

Nova união: Avó () sim () não Tempo: _____ anos

DADOS DA FAMÍLIA DE ORIGEM PATERNA:

Avó Paterna Biológica:

É a mãe biológica do pai do bebê: () sim () não (Caso não seja) Ele conhece a mãe biológica? () sim () não

Idade da mãe biológica do pai do bebê: _____ anos

Idade com que a mãe biológica do pai do bebê teve o primeiro filho: _____ anos

Ordem de nascimento do pai do bebê: () primogênito () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais filhos

Número de irmãos do pai do bebê por parte da avó paterna biológica: _____

Avó Paterna de criação (perguntar somente se a avó paterna NÃO for biológica)

Idade da mãe de criação do pai do bebê: _____ anos

A mãe de criação do pai do bebê tem outros filhos? () sim () não

Idade com que a mãe de criação do pai do bebê teve o primeiro filho: _____ anos

Número de irmãos do pai do bebê por parte da avó paterna de criação: _____

Avô Paterno Biológico

É o pai biológico do pai do bebê: () sim () não (Caso não seja) Ele conhece o pai biológico? () sim () não

Idade do pai biológico do pai do bebê: _____ anos

Idade com que o pai biológico do pai do bebê teve o primeiro filho: _____ anos

Número de irmãos do pai do bebê por parte do avô paterno biológico: _____

Avô Paterno de criação (perguntar somente se o avô paterno NÃO for biológico)

Idade do pai de criação do pai do bebê: _____ anos

O pai de criação do pai do bebê tem outros filhos? () sim () não

Idade com que o pai de criação do pai do bebê teve o primeiro filho: _____ anos

Número de irmãos do pai do bebê por parte do avô paterno de criação: _____

Avós paternos (em relação à família de referência do pai do bebê)

Vivem juntos? () sim () não Há quanto tempo? _____ anos

(Caso não)

Por quê? _____

Nova união: Avô () sim () não Tempo: _____ anos

Nova união: Avó () sim () não Tempo: _____ anos

DADOS DO COMPANHEIRO ATUAL (perguntar somente se o pai do bebê alvo da pesquisa NÃO for o companheiro atual)

Nome marido/companheiro: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos

Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____

Endereço completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Até que série ele estudou?

() nenhuma () Ensino Fundamental - ____ série () Ensino Médio - ____ série

() Superior () Curso Técnico _____ () Pós-Graduação _____

() Outro _____
Ele ainda está estudando? () não () sim, o que? _____
Ele já reprovou? () não () sim, quantas vezes? _____. Em que série? _____
Ele tem religião? () sim () não Qual? _____
Seu marido/companheiro trabalha? () sim () não () aposentado
Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? _____ Quantas horas? ____ horas/dia
Qual o horário? _____
Ele é remunerado? () sim () não Qual o valor? R\$ _____ () não sabe
(Caso não estiver trabalhando)
Qual era o trabalho anterior dele? _____
O seu marido/companheiro tem outros filhos? () não () sim. Quantos? ____
Idade com que seu marido ou companheiro teve o primeiro(a) filho(a): ____ anos

OBSERVAÇÕES: _____

Apêndice F – Ficha de Dados Clínicos

Nome da mãe do bebê: _____	Data: ___/___/___
Nome do bebê: _____	
Caso: _____	Entrevistador(a): _____

FICHA DE DADOS CLÍNICOS¹ (adaptado de Donelli, 2011 e NUDIF/GRADO, 2008)

Dados do Bebê e Parto

Nome do bebê: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Local de nascimento: () hospital. Qual? _____
() Domicílio () outro. Qual? _____

Tipo de parto: () normal () cesárea () com fórceps

Alguma complicação no parto? () não () sim
(Se sim)

Qual? () pré-eclâmpsia () eclâmpsia () hemorragia () descolamento de placenta
() febre/infecção () desproporção céfalo-pélvica

Idade gestacional do bebê ao nascer: _____ semanas Peso ao nascer: _____ kg

Apgar²: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Necessitou internação após o nascimento? () não () sim. Qual o motivo da internação? _____

Dados da Gestação:

Realizou pré-natal? () não () sim. Quantas consultas? _____
(Se sim) Onde realizou o pré-natal? () posto de saúde. Qual? _____ () consultório privado

Fez tratamento para engravidar? () não () sim. Qual? _____

Houve algum problema na gestação? () não () sim
(Se sim) Qual?

() hipertensão () diabetes gestacional () vômitos frequentes
() infecção urinária () anemia severa () ameaça de aborto
() placenta prévia () DSTs () HIV/aids
() toxoplasmose () rubéola () sangramentos
() contrações com risco de parto prematuro () traumatismos (quedas, fraturas, acidentes...)
() outro. Qual? _____

Tomou alguma medicação durante a gestação? () não () sim. Qual? _____

Fez uso de cigarro/álcool/drogas durante a gestação? () não () sim. Qual? _____

Observações:

Dados Gestacionais Anteriores:

Número de gestações anteriores: _____

Aborto? () não () sim (Se sim) Espontâneo () Provocado ()

Partos anteriores? () sim () não

Bebê natimorto? () sim () não

Morte no primeiro ano de vida do bebê? () não () sim Causa: _____

Observações:

¹ Respondida pela mãe.

² Solicitar a Carteira da Criança.

Dados do Pós-Parto:

Costuma consultar o pediatra? () não () sim. Em qual situação? _____
 Realiza vacinas previstas para sua faixa etária³? () não () sim
 Foi amamentado ao seio? () não () sim. Por quanto tempo? _____ meses
 Usou fórmula/leite em pó nos 6 primeiros meses? () não () sim. Em que situações? _____
 Teve cólicas? () não () sim
 Teve algum problema de saúde até agora? () não () sim. Qual? _____
 Necessitou de hospitalização pediátrica? () não () sim. Por que? _____
 Toma alguma medicação? () não () sim. Qual? _____
 Tem alguma doença crônica? () não () sim. Qual? _____
 Observações: _____

Dados de Saúde da Família:Mãe do Bebê

É a mãe biológica? () sim () não
 Tu tens alguma doença física? () não () sim. Qual? _____
 Tu tens alguma doença mental ou dos nervos? () não () sim. Qual? _____
 Tu fazes uso de medicação? () não () sim. Qual? _____
 Tu usas algum tipo de substância? () tabaco/cigarro () álcool () outras drogas. Qual? _____

(Se não for a mãe biológica do bebê, perguntar se saberia informar os dados seguintes sobre a mãe biológica)

Ela tem alguma doença física? () não () não sabe () sim. Qual? _____
 Ela tem alguma doença mental ou dos nervos? () não () não sabe () sim. Qual? _____
 Ela faz uso de medicação? () não () não sabe () sim. Qual? _____
 Ela usa algum tipo de substância? () tabaco/cigarro () álcool () não sabe () outras drogas. Qual? _____

Pai do Bebê

É o pai biológico? () sim () não
 Ele tem alguma doença física? () não () não sabe () sim. Qual? _____
 Ele tem alguma doença mental ou dos nervos? () não () não sabe () sim. Qual? _____
 Ele faz uso de medicação? () não () não sabe () sim. Qual? _____
 Ele usa algum tipo de substância? () tabaco/cigarro () álcool () não sabe () outras drogas. Qual? _____

(Se não for o pai biológico do bebê, perguntar se saberia informar os dados seguintes sobre o pai biológico)

Ele tem alguma doença física? () não () não sabe () sim. Qual? _____
 Ele tem alguma doença mental ou dos nervos? () não () não sabe () sim. Qual? _____
 Ele faz uso de medicação? () não () não sabe () sim. Qual? _____
 Ele usa algum tipo de substância? () tabaco/cigarro () álcool () não sabe () outras drogas. Qual? _____

Avós maternos

Algum dos avós tem doença física? () não () sim
 (Se sim) () Avó Que doença? _____
 () Avó Que doença? _____
 Algum deles tem doença mental ou dos nervos? () não () sim
 (Se sim) () Avó Que doença? _____
 () Avó Que doença? _____
 Algum deles faz uso de medicação? () não () sim
 (Se sim) () Avó Que medicação? _____
 () Avó Que medicação? _____
 Algum deles usa algum tipo de substância (tabaco, cigarro, álcool, outras drogas)? () não () sim
 (Se sim) () Avó Que substância? _____
 () Avó Que substância? _____

³ Consultar a Carteira de Vacinação da criança.

Avós paternos

Algun dos avós tem doença física? () não () sim

(Se sim) () Avó Que doença? _____
() Avô Que doença? _____

Algun deles tem doença mental ou dos nervos? () não () sim

(Se sim) () Avó Que doença? _____
() Avô Que doença? _____

Algun deles faz uso de medicação? () não () sim

(Se sim) () Avó Que medicação? _____
() Avô Que medicação? _____

Algun deles usa algum tipo de substância (tabaco, cigarro, álcool, outras drogas)? () não () sim

(Se sim) () Avó Que substância? _____
() Avô Que substância? _____

Observações:

Apêndice G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo 2



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo II: Avaliação de Aspectos Emocionais e Comportamentais da Díade Mãe-Bebê em Bebês com Sintomas Psicofuncionais

Você, na condição de mãe de (nome da criança), está sendo convidado a participar da segunda etapa da pesquisa **Sintomas psicofuncionais em bebês: Mapeamento e avaliação**, coordenada pela Profª Drª Daniela Centenaro Levandowski, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, que tem como objetivo principal identificar sintomas psicofuncionais em bebês de oito a 12 meses atendidos em instituições de saúde pública de Porto Alegre e região metropolitana. Sintomas psicofuncionais são manifestações do corpo e do comportamento da criança, sem causa orgânica, que podem atingir as principais funções do bebê (por exemplo, o sono, a alimentação e a respiração). Eles necessitam ser identificados precocemente para o seu adequado atendimento, evitando-se prejuízos para o desenvolvimento de seu(sua) filho(a).

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá responder algumas perguntas a respeito da maternidade e do relacionamento conjugal. Além disso, será feita uma filmagem do seu bebê para avaliar o desenvolvimento dele. Também será filmada uma sessão de interação entre você e seu bebê.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes, reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela coordenadora da pesquisa durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, mãe da criança acima descrita, declaro que recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e que aceito participar desse estudo. Declaro que também fui informada:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado à criança;
- Da garantia que não serei identificada quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski pelo telefone 3303-8826, na UFCSPA;
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, pelo telefone 3303-8804

Declaro também que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a equipe de pesquisa.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Assinaturas:

Coordenadora da pesquisa: _____

Participante da pesquisa: _____


 CEP/UFSCPA
 TC LE
 APROVADO
 16/05/13

Apêndice H – Entrevista sobre Gestação e Parto

OBS: Antes da entrevista ser iniciada, mencionar na gravação: 1) Nome do entrevistado; 2) Nome do entrevistador; 3) Data da entrevista; 4) Instrumento utilizado.

Participante: _____	Data: __/__/__
Caso: _____	Entrevistador(a): _____

ENTREVISTA SOBRE A GESTAÇÃO E O PARTO - VERSÃO MÃE

(Adaptado de GIDEP/NUDIF - 2003)

I. Eu gostaria que tu me falasses um pouco de ti e do pai do bebê.

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. O que tu sabes sobre o teu nascimento e a tua infância?
2. Quem cuidava de ti quando tu eras pequena?
3. Como tu e o pai do bebê se conheceram?
4. Em que momento da tua vida/vida do casal aconteceu a gravidez?
5. Como é o teu relacionamento com a tua família de origem (pai, mãe, irmãos, ...) hoje?
6. E com a família do pai do bebê?

II. Eu gostaria que tu me falasses sobre a gravidez.

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

7. Esta foi a tua primeira gravidez?
8. Foi uma gravidez planejada?
9. Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
10. Como o teu companheiro recebeu a notícia da gravidez?
11. Como a tua mãe recebeu a notícia da gravidez?
12. Como te sentiste durante a gravidez em termos físicos? E em termos emocionais (*vontade de chorar, irritabilidade, tristeza/alegria*)?
13. Houve alguma complicação durante a gravidez? Como foi?
14. Que preocupações tu tinhas em relação a ti como mãe durante a gravidez?
15. E o teu companheiro? Ele te apoiou durante a gravidez? Como (*o que ele fazia*)? Como tu te sentiste com isto?
16. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele com a gravidez?
17. Alguma coisa mudou no relacionamento de vocês com a gravidez?
18. Como foi o apoio da tua mãe durante a gravidez? E da tua família?
19. Tu já tiveste outra gravidez? *(Caso tenha tido)* Como foi a tua outra experiência de gravidez? O que aconteceu? Como tu te sentiu?

II. Eu gostaria que tu me falasses sobre o parto e os primeiros dias com o bebê.

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

20. Como foi o parto? Foi normal ou cesárea? Houve alguma complicação? Como tu te sentiste?
21. Como foi teu primeiro encontro com o bebê? Teve contato com o bebê logo depois do parto?
22. O bebê mamou logo depois do parto?
23. Como foram os primeiros dias após o parto? Foi como tu imaginavas? O que te agradou? E o que te desagradou?
24. Como te sentiste como mãe nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
25. Que preocupações tu tiveste em relação a ti como mãe nesses primeiros dias?
26. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê nesses primeiros dias?
27. Como foi a amamentação nesses primeiros dias? O bebê mamou no peito? Como era o ritmo das mamadas?
28. Teve alguma dificuldade com a amamentação?
29. Que orientações tu recebeste da equipe de saúde sobre a amamentação?

Apêndice I – Entrevista sobre Experiência da Maternidade

ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

(GIDEP/NUDIF - 2003)¹

I. Eu gostaria que tu me falasses sobre o teu dia-a-dia com o bebê.

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como tu descreverias o jeito do teu bebê? Como é lidar com ele?
2. Era como tu imaginavas? *(Se não era)* O que está diferente?
3. Como tu vês a comunicação entre vocês dois?
4. Tu sentes que já é possível entender o que ele expressa?
5. O que é mais fácil e mais difícil de entender? Como tu sabes que entendeste o teu bebê?
6. Tu percebes se teu bebê tem choros diferentes *(dor, fome, sono, manha)*? Como é para ti escutar o choro do teu bebê? O que tu costumavas fazer quando teu bebê está chorando? Como te sentes?
7. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados com o bebê? Como tu te sentes com isso?
8. O que tu achas que mais agrada ao teu bebê quando ele está contigo? Por quê?
9. E o que mais o desagrada? Por quê?
10. Tu costumavas brincar com o bebê? Com que frequência? Do que vocês brincam? Como ele reage a essas brincadeiras? Como te sentes?

II. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe.

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

11. Como tu estás te sentindo como mãe?
12. O que mais te agrada em ser mãe? E o que é mais difícil para ti?
13. Em alguns momentos te sentes mais preocupada com o bebê? Quais?
14. O que mudou em ti e na tua vida a partir do momento que te tornaste mãe?
15. Alguma coisa mudou no teu casamento? O que? Como te sentes?
16. Alguma coisa mudou na tua vida profissional? Como te sentes?
17. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com tua mãe e teu pai? Como te sentes?
18. Tu imaginavas que seria assim? Como tu te sentes?
19. Como tu te vês ou te descreves como mãe?
20. Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? O que consideras positivo neste modelo?
21. Existe algum modelo de mãe que tu evitas seguir? Quem? O que consideras negativo neste modelo?
22. Como a tua mãe *(ou outro cuidador)* te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
23. E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?
24. Como as pessoas te vêem como mãe?

III. Eu gostaria que tu me falasses como tu estás vendo o teu companheiro como pai.

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

25. Como é o jeito dele lidar com o bebê?
26. Como tu achas que ele está sendo como pai? Está sendo como tu imaginavas?
27. Ele participa dos cuidados do bebê? Como? Que atividades ele realiza com o bebê? Te sentes satisfeita com isso?
28. Tu solicitas a ajuda dele nos cuidados com o bebê?
29. Como é para ti pedir essa ajuda?
30. Como te sentes quando ele cuida do bebê? O que mais te agrada? E o que te incomoda?
31. Quanto tempo ele passa por dia com o bebê?
32. Como vocês lidam com a questão das despesas em relação ao bebê? O pai assumiu alguma despesa? Que outras responsabilidades ele assumiu?
33. Como imaginas que ele te vê como mãe?

¹ Adaptada de GIDEP (1998) por Aline Grill Gomes, Cesar A. Piccinini, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prochnow, Milena da Rosa Silva e Rita Sobreira Lopes (em ordem alfabética).

IV. O bebê foi para a creche?

(Caso não tenha mencionado e se o bebê foi para a creche)

34. Com que idade? Como tu te sentiste? Tu tiveste alguma dificuldade nesse período?
 35. Quantas horas ele ficava na creche no início? Quantas horas ele fica agora?
 36. Como foi a adaptação dele? Ele apresentou alguma dificuldade?
 37. Por que vocês escolheram colocar o bebê na creche?

(Caso o bebê não tenha ido para a creche):

- 34a. Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche?
 35a. Quando? Por que escolheram colocar/não colocar na creche?
 36a. Como tu achas que ele vai reagir?
 37a. Como tu achas que tu vais te sentir?

V. Como é/foi a amamentação do bebê?

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

38. Como está a amamentação atualmente? O bebê mama no peito ou toma mamadeira?

(Caso mame no peito)

39. Além do peito, tu precisaste complementar a amamentação com algum produto (ex. leite em pó)? Se sim, em que momento tu usaste o complemento?
 40. Como ele reagiu? E tu, como tu te sentistes?
 41. Como tu te sentes ao dar de mamar para o bebê? Tu estás satisfeita com essa experiência de amamentação?

(Caso não mame no peito)

- 39a. Com que idade o bebê parou de mamar no peito? Qual foi o motivo?
 40a. Como ele reagiu? E tu, como tu te sentistes?
 41a. Como tu te sentias ao dar de mamar para o bebê? Tu ficaste satisfeita com essa experiência de amamentação?

VI. *(Se o bebê apresentar sintoma alimentar no Symptom)* E como é a alimentação do bebê?

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

42. Como foi a introdução de outros alimentos, além do leite? (alimentação semi-sólida, sólida e variada)
 43. Tiveste alguma dificuldade nessa questão?
 44. Como está a alimentação atualmente?
 45. Como é a aceitação de um alimento novo?
 46. O teu filho(a) tem preferência por algum alimento?
 47. *(Se está na creche)* E na escola? Ele(a) se alimenta bem?
 48. *(Se está na creche)* Percebes diferença no comportamento alimentar do teu filho na escola e em casa? *(Se sim)* Por que tu achas que isso acontece?
 49. Quem costuma participar dos momentos comuns de alimentação do teu filho? Como é o clima deste momento?
 50. Ele(a) se alimenta sozinho(a)? *(Se sim)* O que tu costumavas fazer quando teu filho se recusa a comer sozinho?
 51. Existe algum alimento que teu filho costuma não comer ou comer demais? Por quê?
 52. Tu costumavas oferecer algum alimento ao teu filho para fazê-lo parar de chorar, para mantê-lo quieto, para ajudá-lo a se sentir melhor ou quando chateado?
 53. Na tua opinião, tu acreditas que teu filho se alimenta bem ou mal? Por quê?
 54. Tu achas que essas questões da alimentação do teu filho(a) tem afetado a tua relação com ele(a)? De que maneira?

VII. *(Se a mãe apresentar depressão pós-parto na EPDS)* Tu relataste (antes/no encontro anterior) que ultimamente estás te sentindo triste, mais irritada ou tens vontade de chorar *(perguntar de acordo com o que a mãe relatar estar sentindo)?*

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar mais sobre isso?

55. Como é para ti cuidar do teu bebê quando estás te sentindo assim?
 56. Tu lembras quando começaste a te sentir assim? Como foi?
 57. Em algum outro momento de tua vida tu já te sentiste assim? *(Se sim)* Poderias me contar um pouco mais sobre isso?
 58. Chegaste a procurar alguma ajuda ou tratamento? *(Se sim)* Qual? Tu estás tomando medicação? Qual?

Apêndice J – Entrevista sobre Ansiedade Materna

OBS: Antes da entrevista ser iniciada, mencionar na gravação:

- 1) Nome do Entrevistado
- 2) Nome do Entrevistador
- 3) Data da entrevista
- 4) Instrumento Utilizado

ENTREVISTA SOBRE ANSIEDADE MATERNA

I. Gostaria que tu me falasses um pouco sobre como tu te sentias durante a gestação. (Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Tu tinhas alguma preocupação em relação à gestação?
2. E ao bebê?
3. Tu tinhas alguma preocupação contigo mesma e com tua condição de gestante?
4. Tu tinhas alguma preocupação em relação ao parto?
5. Tu tinhas alguma preocupação em relação aos primeiros cuidados com o bebê? E com o teu papel de mãe?
6. Algo em relação ao futuro te afligia?
7. As orientações médicas durante a gestação eram positivas ou te deixavam mais ansiosa com relação ao parto?
8. A influência dos familiares neste período era(m) positiva(s) ou te deixavam ansiosa com relação ao parto?

II. Gostaria que tu me falasses um pouco sobre como tu te sentias nos primeiros meses do bebê. (Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

9. Tu tinhas alguma preocupação em relação ao bebê?
10. Algo te afligia?
11. Tu sentias algum medo ou insegurança nesses primeiros meses? Como você lidava com isso?
12. Chegaste a te separar do bebê nesse período? Como te sentiste?
13. Alguém te ajudava nos cuidados com o bebê? Como te sentias com isso?
14. Fazia algo para ficar mais tranquila quando tinha alguma preocupação com o bebê? O que fazia para lidar com situações que te deixavam ansiosa com relação aos primeiros cuidados? Como você lidava com isso?

III. Gostaria que tu me falasses um pouco sobre como tu estás te sentindo agora. (Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

15. Algo em especial te aflige?
16. Que tipo de situação te preocupa?
17. Tens algum medo ou insegurança?
18. Como tem sido os momentos em que precisas te separar do bebê?
19. Com quem tu deixas o bebê quando precisas te separar dele?
20. Como te sentes em relação a essa pessoa?
21. Consegues confiar nesta pessoa em relação aos cuidados do bebê?
22. Como tu te sentes em relação à separação do bebê?
23. E como tu achas que ele se sente em relação a essa separação? Como ele fica quando vocês estão separados?

25. Tu tens algum medo que aconteça alguma coisa com o bebê enquanto vocês estão separados?
26. Prefere ficar com o bebê, deixá-lo aos teus cuidados do que deixar com outra pessoa?
27. Tu pensas que somente com os teus cuidados o bebê pode ficar bem? Acreditas que em qualquer situação de separação do seu bebê ele não ficará bem longe de ti?
28. Existem situações nas quais tu ficas ansiosa com relação ao meu filho?
29. E quando ele fica doente, como tu te sentes?
30. Tu tens algum medo exagerado em relação ao bebê? Pensas que pode acontecer algo de ruim com ele?

Apêndice K – Interaction Assessment Procedure (IAP)

Protocolo do Interaction Assessment Procedure – IAP

Nome do examinador:

Data do IAP:

Nome da criança:

Idade:

Data de Nascimento:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Interação com: Mãe () Pai () Outro adulto ()

Observações sobre o processo de registro em vídeos:

Avaliação: Comportamento do adulto:

1. *Sensibilidade*

1	3	5	7	9
Inexistente	Fraca	Inconsistente	Boa	Excelente

2. *Estrutura*

1	3	5
Inadequada	Inconsistente	Excelente

3. Não-intrusividade

1	3	5
Intrusivo	Parcialmente intrusivo	Não intrusivo

4. Não-hostilidade

1	3	5
Hostil	Encoberta	Não hostil

Avaliação do comportamento da criança:**1. Responsividade**

1	3	5	7
Inexistente	Fraca	Moderada	Excelente

2. Envolvimento

1	3	5	7
Inexistente	Fraca	Moderada	Excelente

Apêndice L - Orientações para análise dos vídeos

Para a análise da filmagem de interação livre entre a mãe e o bebê, serão utilizados os aspectos propostos pelo protocolo do Interaction Assessment Procedure (IAP). Esse instrumento foi construído por Elizabeth Batista Pinto (2007), com a colaboração das psicólogas Francine Leenders, Marianne Went, Nicole Schreus e Judith Vroomen, com o intuito de avaliar a interação mãe-bebê por meio de uma sessão de filmagem estruturada, propondo uma análise qualitativa mais global. O vídeo é observado conforme os comportamentos do adulto (que no caso dessa pesquisa é a mãe), o comportamento da criança e a interação da díade, conforme o protocolo de observação (Anexo G).

Na mãe, os aspectos propostos para análise são:

- a) *sensibilidade*, que é um comportamento emocional externalizado na expressão facial e na voz durante a interação;
- b) *estruturação*, que se refere à habilidade de estruturar a situação e o comportamento da criança, objetivando uma interação bem-sucedida;
- c) *não-intrusividade*, que diz respeito à habilidade para interagir com a criança em seu espaço, tempo, ritmo e nível de envolvimento; e
- d) *não-hostilidade*, que é a habilidade para interagir com a criança revelando emoções positivas na interação.

Na criança, os aspectos observados são:

- a) *responsividade*, que diz respeito ao seu nível de satisfação na interação com a mãe; e
- b) *envolvimento*, que diz respeito ao seu nível de participação na interação com a mãe.

Cada aspecto proposto nessa análise inclui uma escala contínua, numa graduação que vai de um (o que significa inexistente) para o ponto mais alto (o que equivale a excelente). Serão utilizados dois juízes na análise dos vídeos, os quais, num primeiro momento, analisarão e classificarão individualmente, para posteriormente, fazer o cruzamento dos dados.

Apêndice M - Procedimento de aplicação do IAP

(Adaptado de Wiese & Leenders, 2006)

Lembre-se de sempre higienizar os brinquedos com álcool gel antes da chegada da família.

Ao começar a filmagem use uma claquete ou fale: 1) Nome do entrevistado; 2) Nome do entrevistador; 3) Data da entrevista; 4) Instrumento utilizado (Avaliação da interação).

Se o bebê não senta sozinho, colocar no bebê-conforto em frente à mãe, que pode ficar em pé ou sentar-se numa cadeira.

No **IAP** (inspirado no KIA-profil de Stern et al. ²) a interação pais/criança é registrada em vídeo seguindo a seguinte sequência e tempo:

- brincar sem brinquedos (\pm 4 minutos)
 - Peça à mãe que brinque com o bebê como costuma fazer em casa
- brincar com brinquedos (\pm 8 minutos)
 - Ofereça a caixa de brinquedos que contém bola, boneca, livrinhos, carrinhos, chocalho, peças de encaixe (certifique-se de retirar o brinquedo que será usado na próxima etapa),
- ensinar (\pm 3 minutos)
 - Ofereça o brinquedo com peças de encaixe **ou** a abelhinha que tem cordinha para emitir o som e peça para a mãe ensinar a criança a usar o brinquedo
- ignorar (\pm 3 minutos)
 - Pedir que a mãe leia uma revista, mas ao alcance do olhar do bebê
- separar (1 minuto)
 - Peça que a mãe saia do campo de visão do bebê
- re-encontrar (\pm 5 minutos)
 - Diga para mãe brincar como desejar com o bebê

Tempo total: \pm 25/30 minutos

Referências:

1. Batista Pinto, E. (Wiese) (2007). A análise das interações pais/bebê em abordagem psicodinâmica: clínica e pesquisa. In C. Piccinini & M. L. S. Moura (Orgs.). *Observando as Primeiras Interações Pais-Bebê-Criança: diferentes abordagens teóricas e metodológicas*. (pp. 32-72). São Paulo: Casa do Psicólogo.
(A psychodynamic approach for the analysis of parents/baby interaction: clinic and research).
2. Stern, D.N., Robert-Tissot, C., Muralt, M. de & Cramer, B. (1989). Le Kia-profil : un instrument de recherche clinique pour l'évaluation des états affectifs du jeune enfant. In S. Lebovici, P. Mazet & J.-P. Visier (Eds.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. (pp.131-149). Paris: Eshel.
3. Wiese, E.B.P. & Leenders, F. (2006). Interaction Assessment Procedure – IAP: a qualitative approach to parent/infant interaction. *Abstracts. 10th World Association for Infant Mental Health Congress*. Paris, July 2006.