

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo

FLÁVIA HELENA PEREIRA PADOVANI

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Apoio:



RIBEIRÃO PRETO - SP

2005

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo

Flávia Helena Pereira Padovani

Orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Apoio:



RIBEIRÃO PRETO - SP

2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Padovani, Flávia Helena Pereira

Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo. Ribeirão Preto, 2005.

155 p. : il.; 30 cm

Tese, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP - Dep. de Psicologia e Educação.

Orientadora: Linhares, Maria Beatriz Martins

1. Pré-termo 2. Muito baixo peso 3. Ansiedade materna
4. Depressão Materna 5. Verbalizações Maternas

À minha mãe, Silvia Helena, e ao meu pai, Carlos Roberto, pelo incentivo e pelo apoio incondicional.

Agradecimentos

À Prof^a. Dr^a. Maria Beatriz Martins Linhares, minha orientadora, pela confiança em mim depositada e pela oportunidade que me foi dada para a realização deste trabalho. Agradeço especialmente pela atenção e pelos ensinamentos nesses anos de convivência, que muito contribuíram para a minha formação.

Às mães participantes, pela disponibilidade e dedicação que tornaram o estudo possível.

Ao Departamento de Pediatria e Puericultura e ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HCFMRP-USP, por autorizarem e viabilizarem a realização da coleta de dados do Grupo PT.

À direção da MATER, pela autorização e viabilização da coleta de dados do Grupo AT.

Ao Prof. Dr. Francisco Eulógio Martinez e à Prof^a. Dr^a. Gimol Benzaquen Perosa, pelas preciosas contribuições trazidas ao estudo por ocasião do Exame de Qualificação.

À FAPESP, pela concessão de bolsa de Doutorado Direto e pelo auxílio financeiro que permitiu a realização deste estudo e a divulgação de seus resultados.

À Ingrid Duarte Pinto, pelo auxílio na análise dos dados e na discussão dos resultados referentes às entrevistas. Com ela aprendi que compartilhar tarefas é mais produtivo do que dividi-las.

À Luciana Leonetti Correia e à Ana Emília Vita Carvalho, pelas importantes contribuições ao estudo, por meio do auxílio na coleta de dados, das discussões dos resultados, da troca de referências bibliográficas. E, acima de tudo, pelo interesse comum em compreender melhor o impacto psicológico nas mães do nascimento prematuro de um(a) filho(a).

À Adriana Gera, por colaborar na elaboração do Abstract da Tese.

Às demais colegas do grupo de pesquisa, Bia, Ângela, Margarete, Fabíola, Claudinha, Vivian, Juliana, Stela, Mariana e Daniele, pelos momentos de aprendizagem compartilhados e pelos momentos em que demonstraram carinho e amizade.

À Fabíola Brunhara, pela amizade de tanto tempo e, principalmente, pelo incentivo no momento da dúvida do Doutorado Direto.

“Ah, é o contrário do que eu pensava, né?! Mas, ai... eu resolvi que eu tenho que encarar esse problema sabe?! Eu acho que eu vou precisar de muita ajuda de Deus... e dos amigos também, né?! Porque a gente, quando a gente está enfrentando esse tipo de problema, a gente põe mil e uma coisa na cabeça, né?! Então eu estou com esses pensamentos assim, de que vai sair tudo bem. Mas, se for ao contrário... Eu não sei o que vai ser de mim. Mas, eu vou ter que encarar!”

(Z.A.P.P., mãe de um bebê prematuro, excluída do presente estudo por apresentar antecedente psiquiátrico)

RESUMO

PADOVANI, F. H. P. **Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo.** 2005. XX f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

O presente estudo teve por objetivo: a) avaliar os indicadores de ansiedade, disforia e depressão em um grupo de mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso (GPT) e comparar esses indicadores com os de um grupo de mães de bebês nascidos a termo (GAT); b) comparar indicadores de ansiedade, disforia e depressão de mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso avaliados em dois momentos distintos, durante o período de hospitalização do bebê e após a sua alta hospitalar; c) comparar os conteúdos verbais acerca do bebê, da amamentação e da maternidade expressos pelo grupo de mães de bebês pré-termo de muito baixo peso e pelo grupo de mães de bebês a termo. O GPT foi formado por 50 mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso (≤ 1.500 gramas), enquanto que o GAT foi composto por 25 mães de bebês nascidos a termo com peso de nascimento igual ou superior a 2.500g. Foram utilizados os seguintes instrumentos e materiais: Entrevista Clínica Estruturada para DSM III-R (SCID/NP), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Roteiro de Entrevista, Escala de Eventos Vitais e Prontuários médicos dos bebês. Primeiramente, aplicou-se a SCID/NP para a identificação das mães com antecedentes psiquiátricos, as quais foram excluídas da amostra final. Em seguida, para o GPT foram realizadas duas sessões, durante o período de hospitalização do bebê (1ª avaliação): na primeira, aplicou-se o Roteiro de Entrevista e a Escala de Eventos Vitais e na segunda, foram aplicados os instrumentos IDATE e BDI. Após a alta hospitalar do bebê, foi realizada mais uma sessão com o GPT para reavaliação do IDATE e do BDI (2ª avaliação). Para o GAT, os instrumentos de avaliação foram aplicados em uma única sessão, nos primeiros dias de vida do bebê. Em relação à análise de dados, os instrumentos de avaliação de ansiedade e disforia/depressão foram corrigidos de acordo com as normas dos testes e foram realizadas as análises comparativas entre os grupos (GPT X GAT) e intra-grupo (GPT – 1ª avaliação X GPT – 2ª avaliação). As respostas maternas ao Roteiro de Entrevista foram submetidas à análise de conteúdo temático e quantificadas em termos de frequência e porcentagem. Os resultados mostraram uma incidência de 32% das mães do GPT e 4% das mães do GAT com escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade do tipo estado. A

análise comparativa entre os grupos mostrou diferença estatisticamente significativa entre essas incidências; no GPT houve significativamente mais mães com sintomas clínicos de ansiedade-estado do que no GAT ($p=0,006$). Após a alta hospitalar dos bebês, houve uma redução estatisticamente significativa do número de mães do GPT com sintomas clínicos de ansiedade-estado (1ª avaliação=35%; 2ª avaliação=12%; $p=0,006$). Quanto aos conteúdos verbais maternos expressos pelos GPT e GAT, verificou-se que, no tópico sobre questões relacionadas ao bebê, 12% das mães do GPT verbalizaram sobre reações e sentimentos maternos, focalizadas predominantemente em emoções negativas, enquanto que apenas 1% do GAT apresentou esse tipo de verbalização. No tópico sobre amamentação, o GPT expressou mais preocupações e dúvidas em relação à amamentação (46%) do que as mães do GAT (4%), relativas principalmente ao leite materno secar, acabar ou ser insuficiente para satisfazer ao bebê. No tópico sobre maternidade, por sua vez, os dois grupos apresentaram conteúdos verbais semelhantes, predominando a identificação de diversos fatores que influenciam na maternidade (GPT=41%; GAT=47%). Os achados sugerem a necessidade de se avaliar indicadores de ansiedade e disforia/depressão em mães de bebês pré-termo de muito baixo peso, internados em UTIN, a fim de subsidiar decisões sobre o suporte psicológico oferecido às mães para regulação emocional, durante o período de internação hospitalar do bebê.

Palavras-chave: nascimento pré-termo de muito baixo peso; ansiedade materna; depressão materna; verbalizações maternas.

ABSTRACT

PADOVANI, F. H. P. **Emotional indicators of anxiety, dysphoria and depression, and maternal verbalizations about the baby, the breastfeeding and the maternity in mothers of preterm and very low birthweight neonates, during the baby's hospitalization and after discharge, compared to mothers of fullterm neonates.** 2005. XX pages. Thesis (Doctorate) – Philosophy, Science and Arts Faculty of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

The aim of the present study was: a) to assess the indicators of anxiety, dysphoria and depression in a group of mothers of very low birthweight preterm neonates (GPT) and to compare these indicators with the ones of one group of mothers of fullterm neonates (GFT); b) to compare indicators of anxiety, dysphoria and depression of mothers of very low birthweight preterm neonates that were assessed in two distinct moments, during the period of hospitalization and after their hospital discharge; c) to compare the verbal contents about the baby, the breastfeeding and the maternity that were expressed by the group of mothers of very low birthweight preterm neonates and by the group of mothers of fullterm ones. The GPT was constituted by 50 mothers of neonates that were born preterm and with very low birthweight ($\leq 1,500$ grams), while the GFT was constituted by 25 mothers of neonates that were born fullterm with birthweight equal or more than 2,500 grams. It was used the following instruments and materials: Structured Clinical Interview for DSM III-R Non-Patient (SCID/NP), State-Trait Anxiety Inventory (IDATE), Beck Depression Inventory (BDI), Interview Profile, Vital Events Scale and medical chart. First, it was administrated the SCID/NP to identify the mothers with psychiatric background, which were excluded from the final sample. After this, for the GPT, it was realized two sessions, during the hospitalization period of the baby (1st assessment): in the first one, it was administrated the Interview Profile and the Vital Events Scale, and in the second one, it was administrated the instruments IDATE and BDI. After the hospital discharge of the baby, it was realized one more session with the GPT for the re-administration of IDATE and of BDI (2nd assessment). For the GFT, the assessment instruments were administrated in only one session, in the first days of the baby's life. In relation to the data analyses, the assessment instruments of anxiety, dysphoria/depression were corrected according to the tests' norms and it was realized the comparative analyses between groups (GFT X GPT) and within groups (GPT – 1st assessment X GPT – 2nd assessment). The maternal answers to the Profile Interview were submitted to the thematic content analyses and were quantified in terms of frequency and percentage. The results indicated incidence of 32% of the mothers of the GPT and 4% of the mothers of the

GFT with scores that indicate clinical symptoms of anxiety-state type. The comparative analyses between groups showed statistically significant differences between these incidences; in the GPT there were significantly more mothers with clinical symptoms of anxiety-state than in the GFT ($p=0,006$). After the babies' hospital discharge, there was a statistically significant reduction in the number of mothers of the GPT with clinical symptoms of anxiety-state (1st assessment = 35%; 2nd assessment = 12%; $p = 0,006$). In relation to the maternal verbal contents that were expressed by GPT and GFT, it was verified that, in the topic about questions that are related to the baby, 12% of the mothers of the GPT verbalized about maternal feelings and reactions, focused, predominantly on negative emotions, while just 1% of the GFT presented this kind of verbalization. In the topic about breastfeeding, the GPT expressed more preoccupation and doubts related to breastfeeding (46%) than the mothers of the GFT (4%), these related principally to the fact of drying the maternal milk, finishing the milk or not being enough to satisfy the baby. In the topic about maternity, though, both groups presented similar verbal contents, predominating the identification of several factors that have influence in maternity (GPT = 41%; GFT = 47%). The findings suggest the necessity of assessing indicators of anxiety and dysphoria/depression in mothers of preterm and very low birthweight infants, that are admitted in the ICU, with the objective of subsiding decisions about the psychological support that is offered to the mothers to the emotional regulation, during the period of baby's hospital admission.

Key-words: preterm, very low birthweight, maternal anxiety, maternal depression, maternal verbalizations

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Esquema de coleta de dados.....

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Características dos grupos de mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso (Grupo PT) e mães de bebês nascidos a termo (Grupo AT).....
- Tabela 2 - Eventos Vitais, agrupados em categorias, avaliados por meio de da Escala de Eventos Vitais, no Grupo PT (n=50) e no Grupo AT (n=25): frequência (f) e taxa de incidência (i).....
- Tabela 3 - Características dos bebês do grupo bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso (Grupo PT).....
- Tabela 4 - Escores nas sub-escalas de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (IDATE), Disforia ou Depressão (BDI) do Grupo PT e do Grupo AT - mediana (Med) e valores mínimo e máximo (Mín - Máx).....
- Tabela 5 - Sintomas clínicos de Ansiedade (Estado e Traço), Disforia e Depressão, avaliados por meio de do IDATE e do BDI, respectivamente, no Grupo PT e no Grupo AT - frequência (f) e taxa de incidência (i).....
- Tabela 6 - Quantidade de escalas com escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade e disforia/depressão no grupo PT e no grupo AT - frequência (f) e proporção (p) de mães.....
- Tabela 7 - Escores nas sub-escalas de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (IDATE), Disforia ou Depressão (BDI) do Grupo PT na 1ª avaliação e na 2ª avaliação – mediana (Med) e valores mínimo e máximo (Mín - Máx).....
- Tabela 8 - Sintomas clínicos de Ansiedade (Estado e Traço), Disforia e Depressão, avaliados por meio de do IDATE e do BDI, respectivamente, no Grupo PT, durante a internação hospitalar do bebê (1ª avaliação) e após a alta hospitalar (2ª avaliação) - frequência (f) e taxa de incidência (i).....
- Tabela 9 - Quantidade de escalas com escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade e disforia/depressão do Grupo PT, na 1ª avaliação e na 2ª avaliação – frequência (f) e proporção (p) de mães.....
- Tabela 10 - Coeficientes de correlação de postos de Spearman entre os escores nas sub-escalas de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço do IDATE, na escala de Disforia ou Depressão BDI e variáveis dos bebês e das mães do Grupo PT.....

- Tabela 11 - Coeficientes de correlação de postos de Spearman entre os escores nas sub-escalas de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço do IDATE, na escala de Disforia ou Depressão BDI e variáveis das mães do Grupo AT.....
- Tabela 12 - Categorias e subcategorias do conteúdo verbal materno nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 13 - Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Expectativas Maternas quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 14 - Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Concepções Maternas quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT – frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 15 - Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Reações e Sentimentos Maternos quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 16 - Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas no Grupo PT.....
- Tabela 17 - Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis neonatais do bebê no Grupo PT.....
- Tabela 18 - Categorias e subcategorias do conteúdo verbal materno nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 19 - Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Concepções Maternas quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT – frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 20 - Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Identificação de Fatores que Influenciam no Aleitamento nos Grupos PT e AT – frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 21 - Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Expectativas Maternas quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)......

- Tabela 22 - Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Descrições acerca de gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT – frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 23 - Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria Preocupações e Dúvidas sobre aleitamento / amamentação nos Grupos PT e AT – frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 24 - Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas no Grupo PT.....
- Tabela 25 - Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis neonatais do bebê no Grupo PT.....
- Tabela 26 - Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas no Grupo AT.....
- Tabela 27 - Categorias e subcategorias do conteúdo verbal materno nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 28 - Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Identificação de Fatores que Influenciam na Maternidade nos Grupos PT (n=50) e AT (n=25) – frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 29 - Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Concepções Maternas quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT – frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 30 - Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Expectativas Maternas quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT (n=50) e AT (n=25) - frequência (f) e porcentagem (%)......
- Tabela 31 - Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas no Grupo PT.....
- Tabela 32 - Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis neonatais do bebê no Grupo PT.....

Tabela 33 - Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas no Grupo AT.....

LISTA DE APENDICES

- APÊNDICE A - Termo de Consentimento Esclarecido para o Grupo PT.....
- APÊNDICE B - Termo de Consentimento Esclarecido para o Grupo AT.....
- APÊNDICE C - Termo de Consentimento Esclarecido para os pais das mães adolescentes do Grupo PT.....
- APÊNDICE D - Termo de Consentimento Esclarecido para os pais das mães adolescentes do Grupo AT.....
- APÊNDICE E - Fichas elaboradas e utilizadas na aplicação da sub-escala de Ansiedade-Estado do IDATE.....
- APÊNDICE F - Fichas elaboradas e utilizadas na aplicação da sub-escala de Ansiedade-Traço do IDATE.....
- APÊNDICE G - Características neonatais dos bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso do Grupo PT.....
- APÊNDICE H - Características maternas do Grupo PT.....
- APÊNDICE I - Características maternas do Grupo AT.....
- APÊNDICE J - Escores maternos no IDATE e no BDI do Grupo PT na 1ª avaliação (durante a hospitalização do bebê) e na 2ª avaliação (após a alta hospitalar).....
- APÊNDICE L - Escores maternos no IDATE e no BDI do Grupo AT.....

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO A - Aprovação do Departamento de Pediatria e Puericultura da FMRP-USP.....
- ANEXO B - Aprovação do Setor de Neonatologia do Departamento de Pediatria e Puericultura da FMRP-USP.....
- ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.....
- ANEXO D - Roteiro de Entrevista.....
- ANEXO E - Escala de Eventos Vitais.....

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A-E	Ansiedade do tipo estado
AIG	Adequado para a idade gestacional
A-T	Ansiedade do tipo traço
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CRIB	“ <i>Clinical Risk Infant for Babies</i> ” (Índice de Risco Clínico para Bebês)
GIG	Grande para a idade gestacional
GRUPO AT (GAT)	Grupo de mães de bebês nascidos a termo
GRUPO PT (GPT)	Grupo de mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
KMC	“ <i>Kangaroo Mother Care</i> ” (Método Mãe-Canguru)
PIG	Pequeno para a idade gestacional
RN	Recém-nascido
SCID-NP	Entrevista Clínica Estruturada para DSM III – R para não pacientes
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

PRÓLOGO

1. INTRODUÇÃO

1. 1. Conceitos sobre Psicopatologia do Desenvolvimento
1. 2. O risco do nascimento pré-termo de muito baixo peso para o desenvolvimento da criança
1. 3. O impacto da nascimento pré-termo do bebê na família
1. 4. Indicadores de depressão e ansiedade materna
1. 5. Ansiedade e depressão materna e o nascimento pré-termo de muito baixo peso
1. 6. Expressões verbais maternas e o nascimento pré-termo de muito baixo peso

2. OBJETIVO

3. MÉTODO

3. 1. Participantes
3. 2. Local e Contexto da pesquisa
3. 3. Aspectos Éticos
3. 4. Instrumentos e Medidas
3. 5. Procedimento
 3. 5. 1. Coleta de dados
 3. 5. 2. Análise e tratamento de dados

4. RESULTADOS

4. 1. Caracterização da amostra
4. 2. Indicadores de ansiedade e disforia ou depressão materna
4. 3. Expressões verbais maternas

5. DISCUSSÃO

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

ANEXOS

O presente estudo de doutorado intitulado “*Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e expectativas e concepções em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo*” está vinculado à linha de pesquisa “Sobrevivência, desenvolvimento e qualidade de vida de crianças nascidas prematuras”, sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares, docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem por objetivo responder a questões relativas ao desenvolvimento de crianças vulneráveis devido ao risco neonatal e, portanto, sujeitas a apresentarem problemas de desenvolvimento e aprendizagem, através da realização de estudos que focalizam alguns grandes marcos do desenvolvimento psicológico da criança e seus contextos de desenvolvimento, com especial atenção à interação de variáveis maternas e da criança.

A Tese de Doutorado Direto ora apresentada vincula-se à Tese de Doutorado “Indicadores emocionais maternos e intervenção psicológica durante a internação do bebê pré-termo em UTI Neonatal”, de autoria de Ana Emília Vita Carvalho, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares, que foi apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

1. INTRODUÇÃO

A introdução do presente estudo encontra-se organizada em seis tópicos temáticos. O primeiro tópico abordará aspectos sobre Psicopatologia do Desenvolvimento, tais como os conceitos de fatores de risco, mecanismos de proteção e resiliência, que fundamentam este estudo. No segundo tópico, serão abordados os tópicos referentes ao tema da prematuridade enquanto um fator de risco para o desenvolvimento da criança. No terceiro tópico, será apresentada a temática da prematuridade como fator de risco para a família, especialmente para a mãe. Na medida em que o nascimento pré-termo do bebê pode desencadear sintomas maternos de ansiedade e depressão, no quarto tópico, portanto, serão abordados alguns aspectos sobre ansiedade e depressão, enquanto sentimentos inerentes a qualquer ser humano, inclusive às mães e aos pais de bebês nascidos a termo. No quinto tópico, será abordado o tema sobre ansiedade e depressão maternas enfatizando-se a ocorrência desses sintomas diante do nascimento prematuro de um(a) filho(a). Além dos níveis de ansiedade e depressão, avaliados por meio de escalas psicométricas, faz-se necessária a utilização de outros parâmetros, relacionados aos correlatos emocionais maternos. Finalmente, então, no sexto tópico, será abordado o tema relacionado a verbalizações maternas sobre a situação do nascimento prematuro do bebê.

1. 1. Conceitos sobre Psicopatologia do Desenvolvimento

De acordo com as perspectivas tradicionais da Psicopatologia e da Psicologia do Desenvolvimento, um determinado comportamento desajustado apresentado precocemente por um indivíduo determinaria um desajuste em fases posteriores do desenvolvimento. A perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvimento surgiu em contraposição às noções de linearidade e de isomorfismo no desenvolvimento humano (LINHARES, 2003; RUTTER; SROUFE, 2000; SAMEROFF, 2000).

O surgimento da Psicopatologia do Desenvolvimento contribuiu para a ruptura da noção de linearidade do desenvolvimento, promovendo prognósticos mais otimistas para aqueles indivíduos que sofreram algum tipo de adversidade durante o seu desenvolvimento, além de permitir o direcionamento da pesquisa e da prática clínica para os aspectos preventivos (LINHARES, 2003; RUTTER; SROUFE, 2000; SAMEROFF, 2000).

De acordo com a Psicopatologia do Desenvolvimento, a noção de risco é de fundamental importância, representando uma probabilidade estatística de ocorrência de determinado comprometimento do desenvolvimento (HOROWITZ, 1992). Os fatores de risco são influências adversas ao desenvolvimento, que podem ser de natureza biológica, psicológica ou social, ora intrínsecos ao indivíduo, ora presentes no ambiente, ou ainda, em ambos, de forma combinada (KOPP; KALLER, 1989).

Segundo Oliveira (1998), os problemas de desenvolvimento ou os padrões de comportamento inadequados dificilmente podem ser explicados mediante análise de um único fator de risco isoladamente, pois as condições de risco tendem a ser multidimensionais. Dada a diversidade de fatores que se relacionam entre si podendo caracterizar uma situação adversa, os fatores de risco podem ser classificados em proximais e distais, de acordo com a proximidade da influência desses fatores no desenvolvimento do indivíduo. Os fatores de risco proximais influenciam diretamente o indivíduo, enquanto que os fatores de risco distais têm efeito indireto por meio de variáveis mediadoras (OLIVEIRA, 1998; YUNES; SYMANSKI, 2001). Por exemplo, observando-se o desenvolvimento de uma criança, o desemprego de seus pais pode se caracterizar como um fator de risco distal potencial, que acarretaria níveis elevados de estresse nesses pais e, conseqüentemente, interações empobrecidas com o filho, que se tornariam um risco proximal para o desenvolvimento da criança.

Os fatores de risco podem não ter um efeito imediato significativo na trajetória de desenvolvimento do indivíduo, atuando de modo latente, ou seja, tem-se uma condição de vulnerabilidade do organismo, tornando-o suscetível e propenso a apresentar sintomas e doenças (OLIVEIRA, 1998). Segundo Hutz et al. (apud YUNES; SYMANSKI, 2001), vulnerabilidade diz respeito às susceptibilidades psicológicas individuais que potencializam os efeitos dos estressores e impedem que o indivíduo responda de forma satisfatória às demandas de sua trajetória do desenvolvimento.

Entretanto verifica-se que, mesmo diante dos mesmos eventos estressores, dos mesmos fatores adversos, podem ocorrer diferenças individuais nas trajetórias de desenvolvimento dos indivíduos, já que alguns indivíduos apresentam um padrão de desenvolvimento mais adequado do que outros (LINHARES, 2003; YUNES; SYMANSKI, 2001). Essas diferenças devem ser compreendidas buscando-se observar os fatores que realmente produzem efeitos adversos e também aqueles capazes de neutralizar ou amenizar tais efeitos. Os fatores capazes de modificar um padrão de comportamento diante de eventos adversos são chamados de fatores de proteção. Portanto os fatores de proteção são as condições do ambiente e os recursos do indivíduo, capazes de atenuar ou neutralizar os efeitos negativos dos riscos presentes no ambiente (SILVA, 2003).

Os fatores de risco e os fatores de proteção interagem dinamicamente e, para alguns indivíduos, essa interação pode resultar em um desenvolvimento psicológico e comportamental bem adaptado. De acordo com Silva (2003), o fenômeno que se manifesta pela capacidade de enfrentar e superar as adversidades, de responder de forma positiva às situações adversas, é denominado resiliência. Para essa autora, responder de forma positiva diante da adversidade exige o reconhecimento do risco potencial dessa situação adversa e a mobilização de recursos pessoais. Se necessário, requer recursos do contexto que possibilitem o enfrentamento dessa situação, sem sucumbir diante dela.

O conceito de resiliência tem sua origem em um conceito advindo das áreas da Física e da Engenharia, que tem sido amplamente utilizado ao longo dos anos, para se referir à capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica ou permanente (YUNES, 2003; YUNES; SYMANSKI, 2001). Nas Ciências Humanas e Sociais, o uso do termo resiliência é recente e seus precursores foram os termos invencibilidade ou invulnerabilidade. O termo invulnerabilidade era utilizado para descrever crianças que apresentavam saúde emocional e alta competência, apesar de estarem expostas a prolongados períodos de adversidades. Contudo esse termo foi criticado pelos estudiosos que acreditavam que invulnerabilidade sugeria uma resistência absoluta, uma imunidade total em relação às adversidades (YUNES, 2003).

O termo resiliência, então, tem sido utilizado para se referir ao processo pelo qual o indivíduo supera as adversidades, sem implicar a idéia de que o indivíduo sai ileso da crise (SILVA, 2003; YUNES; SYMANSKI, 2001). De acordo com Rutter (2000), o termo resiliência refere-se à relativa resistência aos efeitos adversos, advindos de situações consideradas de risco para o funcionamento bem adaptado do indivíduo.

Segundo Bandura (1979), resiliência é a capacidade de um indivíduo se recuperar e manter um comportamento adaptativo após uma adversidade. Essa definição pressupõe que o indivíduo apresente padrões de comportamento bem adaptados, antes de vivenciar a situação adversa.

Na revisão da literatura realizada por Silva (2003), as concepções de resiliência adotadas pelos diferentes autores consultados, dividem-se em três categorias, previamente estabelecidas por Werner (apud SILVA, 2003). A primeira categoria refere-se à resiliência enquanto capacidade do indivíduo de manifestar padrões de desenvolvimento esperados, mesmo diante dos riscos presentes no ambiente, os quais poderiam comprometer esse processo de desenvolvimento. A categoria seguinte preconiza que a resiliência diz respeito

à manutenção de certas competências, apesar das adversidades enfrentadas. Por fim, na última categoria, encontra-se a concepção de resiliência enquanto capacidade de recuperação do indivíduo, diante das adversidades que venha a experimentar ao longo de sua trajetória de vida.

De qualquer forma, a resiliência pressupõe a presença de fatores de risco ao bem-estar e ao desenvolvimento, e a adaptação positiva do indivíduo, apesar das adversidades (YUNES, 2003).

Dentre os possíveis fatores de risco para o desenvolvimento humano, destaca-se o nascimento pré-termo de muito baixo peso como fator de risco biológico, devido à condição neonatal de fragilidade, além de expor o indivíduo a uma sucessão de outros eventos adversos, desencadeados por essa situação (LINHARES, 2003). De acordo com Linhares (2003), do ponto de vista do desenvolvimento, o nascimento pré-termo de muito baixo peso pode levar a uma série de outros fatores de risco biológicos e psicossociais, tais como freqüentes hospitalizações devido a problemas de saúde ou dificuldades para a consolidação do vínculo dos pais com a criança, em conseqüência do impacto psicológico do nascimento prematuro na família.

Além do potencial risco biológico e psicossocial para o desenvolvimento do indivíduo, desencadeado pelo nascimento prematuro, essa situação pode configurar um risco para a saúde mental materna. O nascimento prematuro de um(a) filho(a) representa uma situação inesperada e altamente estressante para a família e, principalmente, para a mãe, a qual, muitas vezes, passa a apresentar sintomas de ansiedade e depressão (DOERING et al., 2000; KENNEL; KLAUS, 1993; MEW et al., 2003; RUTTENBERG et al., 1997; SINGER et al., 1999; WIJNROKS, 1999; YOUNGER et al., 1997; ZANARDO; FREATO, 1999).

1. 2. O risco do nascimento pré-termo de muito baixo peso para o desenvolvimento da criança

Avanços significativos na área da Neonatologia, em relação aos cuidados médico-hospitalares a recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso, têm aumentado o índice de sobrevivência desse grupo de bebês em risco. No passado, os recém-nascidos que apresentavam um peso inferior a 2.500g ao nascer eram classificados como prematuros, enquanto que os recém-nascidos que apresentavam peso ao nascimento superior a 2.500g eram classificados como a termo. Tal classificação não considerava a idade gestacional. Atualmente, há uma diferenciação entre baixo peso e prematuridade para a classificação dos recém-nascidos, tendo sido abandonada a avaliação do recém-nascido apenas pelo peso. Considerando-se a idade gestacional, a criança que nasce com menos de 37 semanas de gestação é classificada como pré-termo, aquela que nasce entre a 37^a e a 42^a semana de gestação é classificada como a termo e, por fim, a criança que nasce com mais de 42 semanas de gestação é classificada como pós-termo. Relacionando-se o peso à idade gestacional, os recém-nascidos podem ser classificados como apropriados para a idade gestacional (AIG), pequenos para a idade gestacional (PIG) e grandes para a idade gestacional (GIG) (MARQUES, 2003; SWEET, 1982).

Segundo Lubchenco (1984), a importância do peso do nascimento e da idade gestacional, na previsão de problemas em recém-nascidos, se relaciona ao papel relevante que desempenham na maturidade de vários sistemas, em crianças nascidas pré-termo. Desse modo, o peso de nascimento e a idade gestacional são variáveis que estão inter-relacionadas, e os desvios, em qualquer uma delas, para fora da faixa da normalidade, podem ser preditivos de complicações neonatais e de um aumento da morbidade e da mortalidade infantil.

O grupo de crianças pré-termo com peso abaixo de 1.500g, vulneráveis do ponto de vista biológico, constitui um grupo de alto risco, ou seja, são crianças mais suscetíveis de apresentar padrões de desenvolvimento incompatíveis com sua faixa etária, em comparação aos indivíduos da população em geral.

Estudos têm sido realizados a fim de se identificarem os efeitos da condição de prematuridade e muito baixo peso de nascimento, ao longo do desenvolvimento das crianças. Esses estudos, geralmente, procuram avaliar a criança em diferentes fases do desenvolvimento, desde o primeiro ano de vida até a adolescência, e em diversas áreas, tais como: linguagem (DAMMAN et al., 1996; SANSAVINI et al., 1996), cognição (BORDIN, 2005; BRADLEY et al., 1993; CARVALHO et al., 2001; DAMMAN et al., 1996; LAUCHT et al., 1997; PEARL; DONAHUE, 1995; SANSAVINI et al., 1996; SEIFER et al., 1992), comportamento (BORDIN, 2005; BRANDT et al., 1992; CARVALHO et al., 2001; LEVY-SHIFF et al., 1994) e desempenho escolar (CARVALHO, 2000; TAYLOR et al., 1995).

Contudo as pesquisas mostram que não apenas as condições de vulnerabilidade biológica da criança constituem fatores de risco para o desenvolvimento, sendo necessário analisá-las em conjunto com outros fatores relacionados ao contexto ambiental familiar e educacional da criança (CARVALHO, 2000).

Miceli et al. (2000) avaliaram a importância da condição de nascimento, das complicações médicas no decorrer da evolução clínica e do ambiente social para o desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso, ao longo dos três primeiros anos de vida. Para a realização desse estudo, 30 crianças e suas respectivas mães foram seguidas longitudinalmente, e os dados foram coletados em várias etapas. A condição de nascimento, ou seja, o peso ao nascer e a idade gestacional, bem como as informações sobre as complicações médicas, foram coletados durante o período de

internação dos bebês em UTIN. As variáveis ambientais compreendiam o estresse materno, avaliado por meio do Inventário de Depressão de Beck e Índice de Estresse Parental, e o suporte psicossocial, avaliado pelas Escalas Dunst, aos quatro meses de idade corrigida das crianças. O desenvolvimento infantil foi avaliado aos quatro e aos 13 meses de idade corrigida pelas Escalas Mental e Motora da Bayley; aos 36 meses de idade cronológica, o desenvolvimento lingüístico foi avaliado pelo *Peabody Picture Vocabulary Test-R* (PPVT-R) e os comportamentos da criança foram avaliados por meio da *Achenbach Child Behavior Check List* (CBCL). Os resultados mostraram que as complicações médicas são variáveis mediadoras importantes entre a condição de nascimento e o desenvolvimento infantil aos 4 e aos 13 meses, mas não aos 36 meses, quando o estresse materno e o suporte psicossocial foram preditores do desenvolvimento das crianças. Portanto, segundo os autores, a prematuridade e o baixo peso ao nascer estão indiretamente relacionados ao desenvolvimento precoce das crianças, em sua associação com as complicações médicas. Entretanto, aos 36 meses, o desenvolvimento infantil está mais fortemente relacionado a aspectos iniciais do ambiente social e a fatores psicológicos maternos.

De acordo com Horowitz (1992), padrões distintos de desenvolvimento podem ser observados entre as crianças nascidas com muito baixo peso, de acordo com as diferenças individuais e com as respostas ambientais diante dessa adversidade. Dessa forma, segundo Linhares (2003), os fatores de risco, os mecanismos de proteção e o processo de resiliência, nas trajetórias de desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso, devem ser compreendidos adotando-se um modelo complexo, que abranja os possíveis efeitos do fator de risco no desenvolvimento e os indicadores da interdependência entre fatores do indivíduo e do contexto ambiental.

Nesse contexto, um aspecto que tem-se mostrado fundamental para determinar o desenvolvimento posterior dos recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso é o meio

familiar. Os pais, principalmente as mães, são agentes mediadores importantes do desenvolvimento de seus filhos (ZUGAIB; SANCOVSKY, 1994). Segundo Aylward (2002), as variáveis ambientais proximais, tais como a interação entre a mãe e a criança, são preditivas em momentos mais precoces do desenvolvimento infantil, enquanto que as variáveis ambientais distais, tais como o nível educacional e o “*status*” profissional dos pais, são preditivas do desenvolvimento futuro.

Um ambiente familiar adequado, com a presença de fatores favorecedores, tais como responsividade parental, aceitação do comportamento da criança e disponibilidade de brinquedos, pode reduzir ou compensar os efeitos adversos do risco perinatal (KALMÁR; BORONKAI, 1991). Dessa forma, o contexto familiar adequado pode tornar-se um mecanismo de proteção psicossocial aos bebês vulneráveis devido à condição neonatal adversa (LINHARES, 2003).

Entretanto o risco perinatal pode ser intensificado quando há uma situação em que o ambiente familiar se mostra inadequado (BRADLEY et al., 1994). Entre os fatores que caracterizam a adequação, ou não, do ambiente familiar está a capacidade da mãe de cuidar do bebê. O nível sócio-econômico, o preparo educacional, as próprias experiências como criança e a própria estabilidade emocional materna podem influenciar a capacidade da mãe de cuidar do bebê (GENNARO et al., 1993).

Fatores adversos do ambiente têm efeito aditivo nas crianças que são vulneráveis biologicamente, segundo o modelo de “rota de risco” (*risk-route*) proposto por Aylward e Kenny (1979).

Hunt et al. (1988, apud AYLWARD, 2002) afirmam que os fatores médicos e biológicos tendem a determinar se os problemas de desenvolvimento ocorrem, ao passo que os fatores ambientais atenuam ou acentuam o grau de manifestação dos problemas.

Ao mesmo tempo em que o ambiente familiar influencia o desenvolvimento da criança, a família sofre os efeitos das adversidades neonatais conseqüentes ao nascimento prematuro do bebê, tornando-se mais fragilizada para o enfrentamento adequado da situação e menos adaptada aos cuidados iniciais do bebê (LINHARES, 2003). Segundo Singer et al. (1999), o nascimento de um bebê prematuro e de muito baixo peso apresenta um desafio considerável para os pais.

1. 3. O impacto da nascimento pré-termo do bebê na família

No ciclo vital da mulher, a gravidez, assim como o parto e o puerpério, constituem períodos críticos de transição, que fazem parte do processo normal de desenvolvimento. O ciclo grávido-puerperal é um período biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas e por um estado de instabilidade no equilíbrio emocional, provocado pelas perspectivas de mudanças envolvidas com o nascimento de um bebê. Com o nascimento, há necessidade de a mulher reestruturar seu papel social, fazer novas adaptações e reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos (MALDONADO, 1997).

A gravidez, o parto e o puerpério, assim como as demais etapas do desenvolvimento normal, que envolvem reestruturações e reajustamentos em várias dimensões, foram denominadas por Erikson “crises previsíveis” do desenvolvimento (MALDONADO, 1997; SCHULTZ; SCHULTZ, 2002).

O termo “crise” pode se referir também a reações de uma pessoa a períodos de transição relacionados a eventos traumáticos e inesperados. Desse modo, “crise” pode ser entendida como um período temporário de desequilíbrio e desorganização, desencadeados por circunstâncias inesperadas. Tais circunstâncias colocam um desafio ao indivíduo, na

medida em que exigem um repertório de recursos e capacidades para lidar com a situação, que excede temporariamente o repertório atual do indivíduo. O indivíduo, portanto, deve buscar reestruturar-se e mobilizar novos métodos para solucionar os problemas advindos da situação (MALDONADO, 1997).

Caplan (apud KENNELL; KLAUS, 1993, p.177) define “crise psicológica” como:

(...) períodos de tempo limitado, de desequilíbrio ou de perturbações comportamentais e subjetivas, que são precipitados por uma exigência inevitável ou por uma carga à qual a pessoa está, temporariamente, incapaz de reagir adequadamente. Durante este período de tensão, a pessoa luta com o problema e desenvolve novos recursos, buscando tanto suas reservas internas quanto o auxílio dos outros. Estes recursos são, então, utilizados para lidar com o fator precipitante, e a pessoa adquire, uma vez mais, um estado de equilíbrio.

Dessa forma, considerando-se que a gravidez e o nascimento de um(a) filho(a) se caracterizam como um momento de “crise previsível”, inerente ao desenvolvimento típico, o nascimento prematuro de um bebê tende a intensificar e a prolongar a condição de “crise psicológica” materna. A mãe de um bebê prematuro passa a enfrentar uma situação imprevisível e altamente ansiogênica (KENNELL; KLAUS, 1993).

Devido às condições orgânicas de nascimento do bebê e à necessidade de cuidados médicos especializados oferecidos em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), verifica-se que o afastamento precoce entre a mãe e o bebê prematuro acaba sendo inevitável. Além do estresse da separação, a mãe deve lidar com o ajuste emocional necessário para o enfrentamento do ambiente complexo e atemorizante de uma UTIN (WIGGINS, 1999).

Outro aspecto importante a ser considerado, em relação ao impacto do nascimento prematuro do bebê para a mãe, é a distorção da imagem ideal do bebê, criada por ela, em contraposição à imagem real do bebê. A mãe de um recém-nascido normal e saudável deve

adaptar sua imagem idealizada do bebê ao bebê real diante dela (KENNELL; KLAUS, 1993). Essa adaptação é mais difícil para a mãe de um bebê prematuro, a qual se depara com uma realidade distante daquela imaginada por ela e, desse modo, parece vivenciar intensos sentimentos de culpa, ansiedade e fracasso. A mãe do bebê prematuro deve reorganizar seu quadro mental imaginário, para ajustar a imagem de um bebê muito pequenino e frágil (KENNELL; KLAUS, 1993). Portanto o nascimento de um bebê prematuro produz um impacto na representação materna de um bebê sadio e normal, gerando, assim, um campo para a re-construção e a re-significação dessa imagem antecipada (PEDROMÔNICO, 1998).

Em um estudo de abordagem qualitativa das verbalizações de 20 casais, referente à percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em UTIN, Lamy, Gomes e Carvalho (1997) destacaram a idéia, de senso comum, de que recém-nascido é um indivíduo saudável. Com a experiência da internação de um(a) filho(a) recém-nascido, os pais vivenciam a contradição de não se concretizar o que está em seu imaginário. Segundo Lamy, Gomes e Carvalho (1997), mesmo diante da internação consumada, os pais procuram marcas e sinais no corpo do bebê que evidenciem a necessidade de cuidados médicos intensivos.

Acrescenta-se a essas dificuldades o fato de que as mães de recém-nascidos prematuros podem sentir-se culpadas por não poderem assumir imediatamente os cuidados do bebê (KENNELL; KLAUS, 1993) ou por terem feito ou deixado de fazer algo, durante a gravidez, que possa ter afetado o bebê e causado o nascimento prematuro.

O estresse experimentado pelas mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso pode acarretar dificuldades maternas no exercício da “maternagem” e prejuízos para a consolidação do vínculo mãe-bebê (GENNARO et al., 1993; SOBOTKOVÁ et al., 1996; VIEIRA FILHO, 2004).

Bialoskurski et al. (1999) realizaram um estudo com o objetivo de explorar a natureza do apego no contexto de uma UTIN, identificando os fatores que afetam e potencializam o processo de apego entre a mãe e seu bebê recém-nascido. Participaram desse estudo 25 mães cujos bebês encontravam-se internados em uma UTIN de um hospital de nível terciário, na cidade de Londres, que atendia casos com complicações neonatais de uma área extensa, multiétnica, multicultural e economicamente em desvantagem. Para a realização desse estudo, foi utilizado o *Leninger's Ethnonursing Research Method*, o qual é composto por quatro fases: observação e escuta ativa (Fase 1), observação com participação limitada no cuidado do bebê (Fase 2), participação no cuidado com observação continuada (Fase 3), reflexão e confirmação dos achados com os informantes, por meio de entrevistas não estruturadas (Fase 4). Os resultados indicaram que o processo de formação do apego não é espontâneo e instintivo e deve ser considerado de forma individualizada. Também não é um processo simples, podendo depender do estado clínico do bebê e da mãe, de circunstâncias ambientais e da qualidade do cuidado hospitalar recebido. Fatores maternos relacionados à saúde e à cultura, suporte social e circunstâncias financeiras, possibilidade de ver e manter contato físico com o bebê logo após o nascimento, sentimentos positivos em relação ao bebê, estado de saúde do bebê e sua evolução clínica interagem, influenciando o processo de formação do apego.

De acordo com Linhares et al. (2000), o distanciamento da mãe em relação ao bebê muitas vezes não ocorre apenas por causa da distância física do bebê. Esse distanciamento pode também ser “psicológico” e funcionar como forma de autoproteção ou defesa por parte da mãe, para enfrentar o período de estresse experimentado quando o bebê luta para sobreviver, durante o período de internação hospitalar na UTIN. Segundo esses autores, algumas mães temem apegar-se ao bebê e este não sobreviver, o que lhe causaria sofrimento. Dessa forma, a mãe passaria a vivenciar um conflito entre aproximação e

afastamento de seu bebê. Se não visita o bebê na UTIN, e este vai a óbito, acentua-se na mãe o sentimento de culpa experimentado por não ter estabelecido o vínculo afetivo com o seu bebê.

Kaplan e Mason (apud KENNELL; KLAUS, 1993) propuseram quatro tarefas psicológicas que a mãe de um bebê prematuro deve enfrentar para estabelecer um relacionamento satisfatório com seu bebê. A primeira tarefa é a preparação para uma possível perda da criança, cuja vida está em risco. Esse “luto antecipatório” envolve um desgosto antecipado e um afastamento emocional da criança. A segunda tarefa é admitir sua falha no papel de mãe, ao dar à luz um bebê normal a termo. O desgosto e a depressão que acompanham essas duas primeiras tarefas são sinais positivos de que a mãe está lutando com a possível perda do bebê e com sua falha em dar à luz um bebê a termo, ou seja, são respostas saudáveis dentro desse contexto. A terceira tarefa para a mãe é reassumir a tarefa interrompida de relacionar-se com seu bebê. À medida que o bebê melhora, ela deve responder à mudança com esperança e expectativa. Essa tarefa envolve sua preparação para a vinda do bebê para casa e a possibilidade renovada de um resultado final positivo de sua gestação. A quarta tarefa se refere às atitudes futuras e envolve a compreensão das necessidades especiais de cuidado do prematuro. Entretanto é igualmente importante que ela veja essas necessidades como temporárias, percebendo que, com o passar do tempo, ajustam-se a padrões normais de funcionamento. O domínio dessas quatro tarefas leva à adaptação adequada frente à tensão do parto prematuro por parte das mães.

Além da mãe, o pai pode apresentar também dificuldades em estabelecer o vínculo com o bebê prematuro e pode apresentar distorções na percepção sobre o mesmo. De acordo com Maldonado (1997), o nascimento de um(a) filho(a) é uma experiência familiar

e, portanto, é um momento de transição também para o pai e demais membros da família ampliada.

Sullivan (1999) realizou um estudo longitudinal, a fim de investigar as percepções e os sentimentos que afetam o apego em 27 pais de bebês prematuros de muito baixo peso que passaram por UTIN. Para a coleta de dados, foram utilizados dois questionários de auto-relato. O primeiro questionário focalizava as percepções paternas sobre os comportamentos do próprio bebê, em comparação à maioria dos bebês. O segundo questionário enfatizava os sentimentos paternos e preocupações relacionadas ao seu bebê, tais como sentimentos de desapontamento, preocupação relacionada à saúde, ao bem-estar e ao desenvolvimento futuro do bebê e grau de prazer sentido enquanto interagia com o bebê. As avaliações foram realizadas na primeira semana de vida do bebê e no primeiro e no quinto mês de idade do bebê. Na última avaliação, foi perguntado aos pais quando eles sentiram amor real por seu bebê pela primeira vez e que fatores influenciaram seus sentimentos em relação ao bebê. Os resultados mostraram que os pais percebiam os seus bebês como mais difíceis do que os demais bebês logo após o nascimento, na primeira semana de vida, devido ao impacto do nascimento prematuro. No primeiro mês de vida, após a familiarização do pai com a hospitalização do bebê, houve uma diminuição das percepções paternas acerca dos bebês como difíceis. Finalmente, no quinto mês de vida, quando os bebês já se encontravam em casa, devido ao contato com as demandas reais desses bebês, os pais voltavam a perceber seus bebês como mais difíceis do que os demais bebês. Quanto aos sentimentos paternos em relação ao bebê, a ansiedade e a preocupação estiveram mais presentes logo após o nascimento do bebê, tendo diminuído ao longo dos cinco meses de vida seguintes.

Houve ampla variação no tempo em que os pais relataram experimentar o sentimento de amor real pelo bebê pela primeira vez. Dentre os fatores que os pais

relataram como tendo influenciado seus sentimentos em relação aos seus bebês, o momento em que eles seguraram seus bebês no colo pela primeira vez mostrou-se significativamente correlacionado com o início dos sentimentos de amor por seu bebê. Sullivan (1999) apontou que, quando o pai pode segurar seu bebê nos braços, este torna-se uma realidade para aquele, o qual passa a relatar sentimentos de amor em relação ao bebê.

A fim de atenuar o impacto imediato desfavorável do nascimento prematuro na relação mãe-bebê, têm sido propostas mudanças nas práticas de atendimento neonatal, incluindo estimulação e encorajamento do contato precoce da mãe com a criança e a participação ativa dos pais no cuidado do bebê dentro da própria Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (ALS et al., 1982; KENNELL; KLAUS, 1993; LINHARES et al., 2000).

Um dos tipos de intervenção realizada para promover o vínculo entre pais e crianças pré-termo, durante o período de hospitalização do bebê, é o “Cuidado Mãe-Canguru” (*Kangaroo Mother Care*). No programa “Mãe Canguru” (KMC), os bebês são mantidos na posição vertical ou semivertical, em contato pele-a-pele prolongado e contínuo com suas mães, que agem como a principal fonte de calor, nutrição e estimulação. Esse cuidado garante maior índice de sobrevivência dos bebês, alta hospitalar mais precoce, aleitamento materno por mais tempo e redução dos problemas de comportamento posteriores (BOHNHORST et al., 2001; CATTANEO et al., 1998; LIMA et al., 2000).

Segundo Bohnhorst et al. (2001), o KMC foi originalmente desenvolvido como uma importante alternativa ao cuidado convencional das incubadoras em países em desenvolvimento, onde os hospitais contam, geralmente, com recursos financeiros limitados. Tal programa não exige equipamentos sofisticados e pode ser aplicado na maior parte dos hospitais, devido à sua simplicidade. Atualmente, nos países desenvolvidos, o KMC é usado principalmente para estimular o vínculo dos pais com o bebê.

Tessier et al. (1998) realizaram um estudo partindo da hipótese de que o cuidado “Mãe-Canguru” (KMC) torna os pais propensos ao cuidado sensível, frente aos sinais e às necessidades do bebê. Esse estudo teve como objetivo verificar se o contato pele-a-pele aumenta a percepção materna positiva e o estado de prontidão para detectar e responder às necessidades do bebê. Participaram do estudo 488 crianças com peso abaixo de 2.001g e suas respectivas mães. As díades mãe-criança foram subdivididas em dois grupos. O primeiro grupo (KMC), formado por 246 díades, recebeu o cuidado “Mãe-Canguru”. O grupo controle (C), formado por 242 díades, recebeu cuidado tradicional, no qual os bebês são mantidos nas incubadoras até serem capazes de auto-regular suas temperaturas e atingir ganho ponderal apropriado. Foram avaliados os sentimentos e percepções maternas a respeito do nascimento prematuro, incluindo: senso de competência, sentimentos de preocupação e estresse e percepção do suporte social. Observou-se também a interação mãe-criança, durante a amamentação, na 41^a semana de idade pós-concepcional do bebê. Os resultados confirmaram o efeito potencializador do cuidado “Mãe-Canguru” para o vínculo mãe-bebê. Foram constatadas mudanças na percepção materna e aumento do senso de competência e responsividade para os sinais do bebê nas mães que participaram do primeiro grupo (KMC), em comparação às mães que participaram do segundo grupo, o qual recebeu cuidado tradicional. Entretanto, em situações em que o bebê necessitou de internação hospitalar por períodos prolongados, as mães do grupo KMC avaliaram negativamente o suporte psicossocial informal fornecido pela equipe de saúde. Esse resultado salienta a importância da inclusão do suporte psicossocial formal no cuidado “Mãe-Canguru”.

Os estudos realizados com o “Método Mãe-Canguru” procuram avaliar, além dos benefícios para o vínculo mãe-bebê, os efeitos na estabilidade clínica do bebê. Bohnhorst et al. (2001) realizaram um estudo com 22 bebês pré-termo e com peso abaixo de 1.890g,

buscando verificar os efeitos do cuidado “Mãe-Canguru” na frequência de episódios de bradicardia e/ou hipoxemia. Os resultados do monitoramento dos sinais clínicos demonstraram que o KMC foi associado a um aumento significativo na frequência combinada de bradicardia e hipoxemia e a uma respiração menos regular. Esses resultados mostraram a necessidade de monitorar a temperatura corporal e as taxas de batimentos cardíacos e oxigenação, durante o KMC. O KMC deve ser incentivado para promover o estabelecimento do vínculo dos pais com o bebê, porém devem ser analisadas as condições de saúde do bebê.

O estabelecimento e a consolidação do vínculo entre os pais, principalmente a mãe, e os filhos não são processos unilaterais, dependendo apenas do estado emocional dos pais e de suas atitudes. Os comportamentos dos bebês produzem um importante efeito emocional nos pais e regulam suas atitudes, ou seja, a criança apresenta alguns comportamentos “solicitadores de cuidado” (SAMEROFF, 1984). Desse modo, a contribuição da criança ao prazer dos pais em cuidar dela e, conseqüentemente, ao estabelecimento do vínculo afetivo entre eles é de ser responsiva à ajuda dos mesmos.

Os recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso apresentam uma tendência para serem mais hipoativos e menos responsivos, o que tem um impacto imediato em suas interações, seja exigindo por parte de seus pais maior atenção para os sinais de comunicação do bebê, seja comprometendo o estabelecimento do apego (KENNELL; KLAUS, 1993).

O conceito de cuidado desenvolvimental pressupõe que todas as atividades e procedimentos de cuidado do bebê sejam realizados levando-se em consideração as reações individuais dos bebês ao ambiente. A compreensão das respostas dos bebês aos estímulos ambientais visa proporcionar cuidados que mantenham a estabilidade, a

organização e a competência do comportamento do bebê (ALS et al., 1982; DARÉ JÚNIOR et al., 2003; LINHARES et al., 2004).

Os estudos iniciais sobre o desenvolvimento infantil sugerem que a estimulação contingente, baseada nos sinais emitidos por parte do bebê, pode ajudar no desenvolvimento do mesmo. Desse modo, considerando-se o papel materno de cuidadora primária do bebê, sugere-se que, tanto quanto possível, as mães acariciem e falem com seus bebês, mesmo durante o período de hospitalização dos mesmos (KENNELL; KLAUS, 1993). O contato face-a-face também tem seu papel de destaque no contato precoce da mãe com o bebê e no posterior desenvolvimento do mesmo (DARÉ JÚNIOR et al., 2003).

No entanto deve-se cuidar dos tipos e padrões de estimulação oferecidos aos bebês. Padrões de estimulação exacerbados em relação às necessidades dos bebês prematuros podem configurar comportamentos de intrusividade por parte das mães. O estudo de Gasparetto (1998) ilustra a questão da intrusividade materna na relação mãe-bebê pré-termo. A autora realizou filmagens por períodos de 12 minutos, durante a visita das mães de bebê pré-termo à UTI Neonatal, onde estavam internados seus filhos. Contudo foram considerados apenas 10 minutos de observação, sendo que os dois primeiros minutos foram desconsiderados, para evitar possíveis interferências dos potenciais efeitos perturbadores das filmagens. A cada minuto foi registrado o comportamento da díade mãe-bebê, em intervalos de 30 segundos, em um total de dois intervalos por minuto. A ocorrência dos comportamentos da díade mãe-bebê pré-termo foi registrada conforme categorias previamente definidas. Os comportamentos da mãe foram classificados em uma das categorias: *olhar, olhar para o lado, falar para o bebê, falar do bebê para os outros, toque carinhoso, toque estímulo, toque estímulo e fala, cuidados*. Os comportamentos do bebê, por sua vez, foram classificados apenas como *toque resposta*, na medida em que não foram registradas outras reações dos bebês. A autora constatou que os bebês receberam

mais *toque-estímulo*, ou seja, os comportamentos da mãe eram direcionados para que o bebê acordasse e permanecesse alerta. Porém a resposta do bebê ao toque da mãe foi nula para a maior parte das díades mãe-bebê e, como não obtiveram resposta, as mães apresentavam cada vez mais os diferentes tipos de toques, sobrecarregando os bebês com excesso de estimulação.

Portanto, considerando-se os aspectos citados anteriormente, com relação ao impacto do nascimento pré-termo de muito baixo peso no contexto familiar, tem-se que a situação adversa do nascimento prematuro de um(a) filho(a) pode acarretar sentimentos de impotência e de estresse nas mães, que são cuidadoras primárias e de longo prazo das crianças (LINHARES et al., 2000).

Segundo Sameroff (1984), a tensão associada com o nascimento prematuro pode causar respostas desajustadas mesmo nos indivíduos considerados dentro da faixa de normalidade. Entretanto é importante não se perderem de vista as variações individuais, que refletem o modo próprio de lidar com a situação estressante e as adaptações pessoais às tensões do nascimento prematuro.

De acordo com Maldonado (1997), as situações de “crise” representam encruzilhadas para a saúde mental, já que a solução dada por uma pessoa para superar a “crise” pode ser saudável, com uma adequada integração e amadurecimento da personalidade, ou doentia, com aumento da desintegração, da desorganização e do desajustamento da personalidade.

Dentre os tipos de respostas desajustadas apresentadas por mães de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso, podem ser identificados sintomas de depressão e de ansiedade (DOERING et al., 2000; MEW et al., 2003; RUTTENBERG et al., 1997; SINGER et al., 1999; WIJNROKS 1999; YOUNGER et al., 1997; ZANARDO; FREATO, 1999).

1. 4. Indicadores de depressão e de ansiedade materna

Antes de discorrer especificamente sobre a questão da depressão e da ansiedade em mães de bebês prematuros, serão apresentadas, neste tópico, algumas considerações preliminares sobre os dois referidos conceitos.

Em geral, as pessoas podem ocasionalmente experimentar sensações de tristeza e de melancolia. Entretanto o termo depressão é usado quando as sensações de infelicidade tornam-se mais intensas e duradouras, podendo prejudicar seriamente a capacidade de uma pessoa para desempenhar as atividades normais de sua vida, do trabalho e de seus relacionamentos (GORENSTEIN; ANDRADE, 2000; MORENO; MORENO, 2000). A depressão caracteriza-se por alterações do humor, geralmente associadas a sentimentos de tristeza, de vazio e desesperança, apatia, angústia. Essas alterações encontram-se, muitas vezes, acompanhadas de sintomas cognitivos, comportamentais e somáticos (GUERRA; CALIL, 2004; MORENO et al. 2004).

De acordo com Calil e Pires (2000), os sintomas depressivos podem ser agrupados em categorias, tais como: humor (tristeza, perda de interesse e/ou prazer, crises de choro, variação diurna do humor), vegetativos ou somáticos (alterações no sono, no apetite e no peso, perda da libido, obstipação e fadiga), motores (inibição ou retardo, agitação, inquietação), sociais (apatia, isolamento, incapacitação para o desempenho de tarefas da rotina diária), cognitivos (desesperança, desamparo, idéias de culpa e suicídio, indecisão, perda do reconhecimento de que está doente), ansiedade (ansiedade psíquica, somática e fóbica) e irritabilidade (hostilidade auto e hetero-dirigida).

As escalas de avaliação dos sintomas de depressão surgiram no final do século XIX, tendo havido uma proliferação de instrumentos desse tipo a partir do avanço da

psicofarmacologia, na década de 1950 (CALIL; PIRES, 2000). Considerando-se a variedade e a complexidade dos sintomas depressivos, as escalas de avaliação acabam privilegiando determinada(s) categoria(s) de sintomas, em detrimento de outras. Dessa forma, ao optar pela utilização de uma determinada escala, faz-se necessário identificar qual ou quais categorias são abordadas preferencialmente nessa escala, de acordo com a porcentagem de contribuição de cada uma dessas categorias de sintomas ao escore máximo possível.

O Inventário de Depressão de Beck é apontado por Gorenstein e Andrade (2000) como a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente utilizada, tanto em pesquisas quanto na prática clínica. Essa escala, pelo fundamento teórico da Psicologia Cognitiva que a embasa, valoriza principalmente a categoria de sintomas cognitivos, responsável por cerca de 52% dos itens da escala. Dentre as escalas aplicadas por um observador treinado, destacam-se a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton, que prioriza os sintomas vegetativos/somáticos (28%), os sintomas cognitivos (28%) e os ansiosos (16%), e a Escala de Montgomery-Åsberg, a qual concentra-se na avaliação do humor (30%), dos sintomas vegetativos/somáticos (30%) e dos sintomas ansiosos (10%) (CALIL; PIRES, 2000).

Transtornos mentais após o parto, incluindo a depressão pós-parto, são de especial importância pelo impacto que exercem na vida conjugal e no desenvolvimento dos filhos. Há evidências, por exemplo, de que a depressão puerperal, quando não tratada, está associada a prejuízos cognitivos da criança (GALLER et al., 2000; HAY et al., 2001), a alterações eletroencefalográficas (VIEIRA FILHO, 2004), a prejuízos emocionais e a padrões desajustados de comportamento da criança (JONN-SEED; WEISS, 2002; O'CONNOR et al., 2002).

Em um estudo realizado no Japão, foi encontrada uma alta incidência de sintomatologia de “*blues*” materno em 417 mães de bebês a termo normais (NAGATA et al., 2000). O “*blues*” materno consiste no surgimento de sintomas disfóricos e depressivos (labilidade do humor, choro imotivado, cansaço, irritabilidade, etc.) que surgem, geralmente, entre o segundo e o quinto dia após o parto e desaparecem espontaneamente nos dez dias subseqüentes. Segundo Vieira Filho (2004), estima-se que essa síndrome ocorra em 70% dos partos, embora não haja um diagnóstico validado para a mesma.

A importância de se atentar para a disforia do pós-parto está no fato, apontado por Vieira Filho (2004), de que a presença de “*blues*” pode estar associada à ocorrência de depressão puerperal posteriormente. Segundo esse autor, em países desenvolvidos, o risco de depressão no puerpério é de aproximadamente 13%, sendo que em países subdesenvolvidos há evidências de que a depressão pós-parto seja um problema bem mais prevalente (VIEIRA FILHO, 2004).

Além das sensações de tristeza e melancolia, a ansiedade também faz parte do rol de sentimentos normais das experiências humanas e, muitas vezes, é propulsora de ações. Porém a ansiedade passa a ser patológica quando ela é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um motivo específico para o seu aparecimento (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000).

A ansiedade é um estado emocional com componentes fisiológicos e psicológicos, que abrangem sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, pensamento dominado por idéias de catástrofe ou incompetência pessoal, aumento do estado de vigília ou de alerta, sensação de constrição respiratória, tensão e dor muscular, tremor e inquietação, e uma variedade de desconfortos somáticos conseqüentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000; KAPLAN et al., 1997).

Apesar de a ansiedade ser um estado emocional altamente desagradável, ela faz parte do espectro normal das experiências humanas, funcionando como um sinal de alerta, que serve para avisar sobre um perigo iminente, possibilitando que a pessoa tome medidas para lidar com a ameaça subjacente à situação de perigo. Na condição de alerta, a ansiedade tem qualidades de preservação da vida e é, muitas vezes, propulsora do desempenho, preparando o indivíduo para assumir as ações necessárias para evitar a ameaça ou, pelo menos, atenuar suas conseqüências. Desse modo, a ansiedade alerta o indivíduo para que este realize certos atos que visem remover ou reduzir o perigo. Porém o fato de um evento ser percebido como estressante, representando uma ameaça ao indivíduo, depende da natureza do evento, bem como dos recursos, das defesas e dos mecanismos de enfrentamento da pessoa (KAPLAN et al., 1997).

Portanto a ansiedade é um acompanhamento normal do crescimento, das mudanças, das experiências novas e inéditas de todos os seres humanos, passando a ser patológica quando ela é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um motivo específico para o seu aparecimento (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000). A ansiedade patológica é uma resposta inadequada a determinada ameaça, em virtude de sua intensidade ou duração (KAPLAN et al., 1997).

Segundo Andrade e Gorenstein (2000), os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais freqüentes na população geral, e os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa, em determinados períodos de sua vida.

Além da distinção entre ansiedade normal e patológica, tanto em sujeitos normais quanto em pacientes, é útil a distinção entre estado e traço de ansiedade (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000). O estado de ansiedade é um estado emocional transitório ou situacional, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão

conscientemente percebidos e por alterações fisiológicas decorrentes do aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. O estado de ansiedade refere-se, portanto, a determinada reação a uma situação e tempo específicos. O traço de ansiedade, por sua vez, refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade (BIAGGIO et al., 1977; BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

Essa distinção entre estado de ansiedade e traço de ansiedade é a base do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), instrumento de auto-avaliação amplamente utilizado em pesquisas e em clínicas. De acordo com Andrade e Gorenstein (2000), este tem uma grande proporção de seus itens medindo aspectos inespecíficos que podem estar presentes em qualquer situação de estresse.

Situações na vida que causam estresse, como baixo nível de educação, moradia inadequada e uma quantidade muito grande de responsabilidades dos pais, parecem ter um papel importante no desenvolvimento de sintomas depressivos. Ao mesmo tempo, manifestações comportamentais de ansiedade podem ser exacerbadas diante de uma situação de conflito e estresse, como, por exemplo, o nascimento de um bebê prematuro de muito baixo peso. Entretanto a literatura aponta diferenças de gênero na prevalência e no curso de transtornos emocionais, sendo as mulheres mais suscetíveis a apresentarem sintomas de ansiedade e depressão (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000; MORENO et al., 2004; NARDI, 2004; PINELLI, 2000).

Pinelli (2000) realizou um estudo com 124 casais, cujos bebês nascidos a termo encontravam-se internados em UTIN, com o objetivo de determinar a relação entre enfrentamento familiar, recursos familiares, ajustamento familiar e estresse parental, durante a fase aguda da experiência de ter um filho internado em uma UTIN. Os dados foram coletados entre o 2º e o 4º dia após a admissão do bebê na UTIN, por meio dos

seguintes instrumentos: sub-escala de Ansiedade-Estado do IDATE (estresse parental), Inventário Familiar de Recursos para Administração (recursos pessoais, recursos do sistema familiar e suporte social), Escalas de Avaliação Pessoal Orientada para Crises Familiares (estratégias familiares de enfrentamento e de solução de problemas em situações de dificuldade) e a sub-escala de Funcionamento Geral do Instrumento de Avaliação da Família *McMaster* (ajustamento familiar). Verificou-se que as mães apresentaram níveis mais elevados de ansiedade do tipo estado ou situacional do que os pais. Além disso, as mães obtiveram escores mais altos que os pais quanto a recursos familiares e estratégias de enfrentamento de situações difíceis. Os pais, por sua vez, apresentaram escores mais elevados na escala de ajustamento, indicando ajustamentos familiares mais empobrecidos. A análise de regressão linear mostrou que, em ambos os pais, os recursos familiares adequados, incluindo recursos pessoais, recursos do sistema familiar e suporte psicossocial, foram preditores significativos de ajustamento familiar adequado e baixos níveis de estresse. As estratégias de enfrentamento não se mostraram preditoras significativas de ajustamento familiar adequado e baixos níveis de estresse.

Entretanto uma das maiores dificuldades na avaliação de sintomas ansiosos e depressivos encontra-se na superposição desses dois conjuntos de sintomas. De acordo com Andrade e Gorenstein (2000), muitos pesquisadores com dificuldade em separar ansiedade e depressão sugerem que os dois constructos sejam componentes de um processo de estresse psicológico geral. Outros pesquisadores, segundo Andrade e Gorenstein (2000), afirmam que a superposição dos sintomas de ansiedade e depressão pode dar-se em função das limitações psicométricas das escalas utilizadas, ou também pode ser devido a um componente, composto por sintomas inespecíficos de ambos os constructos, denominado afeto negativo.

O afeto negativo congrega, segundo Andrade e Gorenstein (2000), vários estados aversivos como constrangimento, raiva, culpa, medo, tristeza, desdém, desgosto e preocupação. Dessa forma, a depressão se caracterizaria pela ausência de afetos positivos, representada por sintomas como perda de energia e prazer, apatia, cansaço e desesperança, e também por sintomas inespecíficos de afeto negativo. A ansiedade, por sua vez, além dos sintomas relacionados ao afeto negativo, se caracterizaria por sintomas de hiperestimulação do sistema nervoso autônomo.

Níveis elevados de ansiedade e depressão, portanto, podem não constituir um quadro exclusivo das mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso, mas tal situação e a conseqüente hospitalização do bebê podem ser importantes desencadeadores e agravantes de tais sintomas (NEELDMAN et al., 2000).

1. 5. Ansiedade e depressão materna e o nascimento pré-termo de muito baixo peso

Estudos têm investigado níveis de estresse, especialmente quanto a indicadores de ansiedade e depressão, em pais de recém-nascidos pré-termo, no período de internação hospitalar do bebê (DOERING et al., 2000; MEW et al., 2003; YOUNGER et al., 1997; ZANARDO; FREATO, 2001).

Doering et al. (2000) realizaram um estudo com 469 pais de recém-nascidos pré-termo de alto risco, com idade gestacional abaixo de 38 semanas e com peso de nascimento menor que 2.500g, que se encontravam hospitalizados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Tal estudo tinha por objetivo investigar a correlação entre ansiedade, depressão, hostilidade e ajustamento psicossocial dos pais no período de internação em UTIN dos bebês. De acordo com os resultados encontrados, os pais experimentaram níveis elevados de ansiedade, depressão e hostilidade, sendo que as mães

demonstraram níveis mais elevados de ansiedade e depressão e ajustamentos psicossociais mais empobrecidos do que os pais. Baixos níveis de suporte social e do grau de controle sobre a saúde dos bebês percebido pelos pais, assim como um funcionamento familiar empobrecido, mostraram-se significativamente correlacionados com níveis elevados de ansiedade, hostilidade e depressão e com ajustamentos psicossociais empobrecidos. Além disso, algumas variáveis sócio-demográficas se mostraram correlacionadas às variáveis estudadas. A etnia dos pais foi importante para os níveis de ansiedade, hostilidade, depressão e para o nível de ajustamento psicossocial; pais de origem hispânica foram mais suscetíveis a apresentar níveis elevados de ansiedade, hostilidade e depressão e ajustamentos psicossociais empobrecidos do que os demais pais. Pais que não estavam trabalhando fora do lar apresentaram níveis mais elevados de hostilidade do que aqueles que mantinham alguma atividade remunerada fora do lar. Pais com nível educacional mais elevado foram mais suscetíveis a descrever ajustamentos psicossociais mais pobres do que os pais com baixo nível educacional.

Segundo Pinelli (2000), o ajustamento familiar ou habilidade para realizar mudanças no sistema familiar a partir de um evento estressor, a fim de manter seu equilíbrio e funcionamento, está relacionado aos recursos internos e sociais da família e às estratégias familiares de enfrentamento da situação, durante a fase de internação do bebê na UTIN.

Zanardo e Freato (2001) também encontraram níveis mais elevados de ansiedade entre as mães, quando comparadas aos pais. Esses autores realizaram um estudo com 20 pais, sendo 10 mães e 10 pais de bebês nascidos pré-termo, com peso abaixo de 2.500g e com broncodisplasia pulmonar, cujos bebês participavam de um programa prospectivo de terapia de oxigênio no lar. O objetivo desse estudo era examinar a evolução dos níveis de ansiedade dos pais, avaliados por meio do IDATE, em três momentos distintos: durante a

internação do bebê na UTIN, uma semana após a alta hospitalar do bebê e no término da terapia domiciliar de oxigênio. De acordo com os resultados, os pais mostraram níveis elevados de ansiedade do tipo estado, no momento anterior à alta hospitalar do bebê prematuro dependente de oxigênio, sendo que os níveis de ansiedade do tipo estado diminuíram com a crescente melhora respiratória do bebê e com a consequente suspensão da terapia domiciliar de oxigênio.

Portanto, em uma situação estressante tal como o nascimento prematuro de um bebê e sua consequente internação, os pais demonstram níveis exacerbados de sintomas de ansiedade e de depressão. Considerando-se que as mães são mais suscetíveis do que os pais a apresentar sintomas de ansiedade e depressão, ao mesmo tempo em que exercem um importante papel nos cuidados e na educação da criança, a vulnerabilidade psicológica das mães frente ao impacto do nascimento prematuro de um(a) filho(a) passa a ser um fator adverso para a mãe e para o bebê. Desse modo, alguns estudos têm focalizado a relação entre os sintomas maternos de ansiedade e de depressão e aspectos do desenvolvimento infantil.

Jonn-Seed e Weiss (2002) realizaram um estudo com 83 mães de crianças nascidas pré-termo e com peso abaixo de 2.500g, admitidas em UTIN ao nascimento, a fim de determinar o grau em que emoções maternas específicas, aos seis meses de idade da criança, predizem problemas emocionais e de comportamento da criança, aos dois anos de idade. Durante o período de internação do bebê na UTIN, era feito o contato com as mães, que preenchiam um questionário demográfico. Aos seis meses de idade da criança, em uma visita domiciliar, a díade mãe-criança era filmada em uma situação de alimentação e durante uma entrevista para avaliar as emoções expressas pelas mães. Após a filmagem, a mãe preenchia questionário sobre o temperamento infantil. Aos dois anos de idade do bebê, a mãe respondia a CBCL/2-3 e um novo questionário demográfico. Para a avaliação

das emoções expressas pela mãe, foi criado o instrumento R-FMSS (*Revised Five-Minute Speech Sample*), o qual envolvia uma série de questões feitas aos pais sobre seus bebês, durante um curto trecho (5 a 10 minutos) do vídeo feito na casa da família. Os comportamentos verbais e não verbais das mães durante a entrevista foram classificados em: emoções expressas negativas, emoções expressas positivas e emoções expressas de superproteção. De acordo com os autores, emoções maternas negativas, entre as quais ansiedade e depressão, foram preditoras de sinais de ansiedade, introversão e agressividade no desenvolvimento posterior da criança aos dois anos. Entretanto o impacto das emoções maternas foi mediado pelo temperamento da criança, sendo que as emoções maternas negativas foram mais prejudiciais para as crianças que têm menos facilidade para se adaptar às demandas do ambiente e para aquelas que têm mais dificuldade de persistir em uma tarefa ou atividade.

Em um estudo com 52 mães e seus bebês prematuros, Wijnroks (1999) focalizou a relação entre o estado de ansiedade recordado do período neonatal pela mãe e a qualidade da interação entre a mãe e seu bebê prematuro, aos seis meses de idade corrigida. As díades mãe-bebê foram visitadas três vezes, durante um período de dez dias, para a realização da observação da díade em uma situação lúdica semi-estruturada, da entrevista com a mãe e a avaliação do bebê por meio das escalas Bayley de desenvolvimento mental e motor. A entrevista realizada com as mães tinha por objetivo obter informações detalhadas sobre as experiências maternas relativas ao período de hospitalização de seu bebê na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). As observações centralizavam-se em diferentes aspectos do comportamento materno: responsividade sensitiva, envolvimento, nível de atividade e intrusividade. Os resultados mostraram que, independentemente do comportamento interativo usual da criança e de sua condição médica, as mães com níveis mais elevados de ansiedade recordada eram mais intrusivas e

mais ativas na interação com seus bebês do que as mães que recordaram pouca ou nenhuma ansiedade, durante o período pós-natal.

A condição de nascimento prematuro representa uma condição adversa neonatal com diversos níveis e graus de comprometimento, como apontou Linhares (2003), o que pode representar impactos distintos no estresse que a família, especialmente a mãe, experimenta. Singer et al. (1999) realizaram um estudo longitudinal com o objetivo de determinar o grau e o tipo de estresse experimentado, ao longo dos primeiros três anos, por mães cujas crianças apresentavam características distintas em relação ao grau de prematuridade e de risco médico e de desenvolvimento. Para a realização desse estudo, foram compostos três grupos: o primeiro grupo era formado por mães de crianças nascidas com muito baixo peso de “alto risco”; o segundo grupo era formado por mães de crianças nascidas com muito baixo peso de “baixo risco”, o qual diferenciava-se do primeiro grupo em relação ao grau de complicações médicas observadas; e o terceiro grupo era formado por mães de crianças nascidas a termo e com peso acima de 2.500g. Os resultados mostraram que, no primeiro mês de vida das crianças, as mães das crianças nascidas com muito baixo peso, de “alto risco” e de “baixo risco”, apresentaram níveis mais elevados de estresse do que as mães das crianças nascidas a termo. Durante o período neonatal, sintomas de depressão, ansiedade e comportamentos obsessivo-compulsivos, incluindo dificuldade de concentração e de tomar decisões, foram os mais comuns. Aos dois anos de vida da criança, as mães das crianças nascidas com muito baixo peso de “baixo risco” não se diferenciavam das mães das crianças a termo, enquanto que as mães das crianças nascidas com muito baixo peso de “alto risco” continuavam apresentando níveis elevados de estresse. Aos três anos de vida da criança, as mães das crianças nascidas com muito baixo peso de “alto risco” não diferenciavam das mães de crianças a termo quanto aos sintomas de estresse, mas percebiam seus filhos como mais distraídos, hiperativos e

exigentes do que as mães de crianças nascidas a termo. Além desses resultados, foi observado que a severidade dos sintomas depressivos maternos relacionava-se a padrões rebaixados de desenvolvimento infantil, nos dois grupos de crianças nascidas com muito baixo peso.

Além das condições clínicas de nascimento, os sintomas maternos de ansiedade e depressão, durante o período de hospitalização e após a alta hospitalar do bebê, podem estar associados a outros fatores maternos e ambientais. Mew et al. (2003) realizaram um estudo com 39 mães de bebês nascidos prematuramente, baseados no pressuposto de que o estresse parental está relacionado a características e recursos pessoais, à gravidade da doença da criança e a características ambientais. O objetivo do estudo era identificar fatores relacionados a sintomas depressivos em mães de bebês nascidos pré-termo. Os fatores analisados foram: características pessoais (idade, situação conjugal, raça, nível educacional e paridade); recursos pessoais especificamente relacionados ao suporte social da família e dos amigos, por meio da escala *Stress Support Scale*; gravidade das condições clínicas do bebê (peso ao nascimento, idade gestacional, tempo de ventilação mecânica, gemelaridade, problemas neurológicos); e estressores relacionados ao ambiente hospitalar, avaliados pelas mães por meio da escala *Parental Stressor Scale: NICU*. Os dados foram coletados durante o período de hospitalização dos bebês. Os sintomas depressivos maternos, por sua vez, foram avaliados por meio da escala *Center of Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D)*, em dois momentos: durante o período de hospitalização dos bebês e aos seis meses de idade corrigida dos mesmos. Os resultados apontaram que, durante o período de hospitalização dos bebês, aproximadamente 49% das mães apresentaram escores elevados de sintomas depressivos. Durante a hospitalização dos bebês, níveis elevados de estressores da ambiente hospitalar percebidos pelas mães mostraram-se associados a níveis elevados de sintomas depressivos. Ao mesmo tempo,

características pessoais maternas, recursos pessoais e a gravidade das condições clínicas dos bebês não se mostraram correlacionados aos sintomas depressivos maternos nesse período inicial. Entretanto, com a passagem do tempo, após a alta hospitalar, aos seis meses de idade corrigida dos bebês, apenas 20% das mães apresentaram escores elevados de sintomas depressivos. A diminuição nos níveis de depressão mostrou-se correlacionada à paridade, ao suporte social, aos problemas neurológicos da criança e ao tempo necessário de ventilação mecânica. Dentre esses fatores, o suporte social foi o único que apresentou uma correlação positiva com a mudança nos escores de sintomas depressivos. Dessa forma, níveis mais elevados de suporte social mostraram-se associados a maior redução dos sintomas depressivos maternos. Por sua vez, mães multíparas, mães de crianças com problemas neurológicos e de crianças que necessitaram de ventilação mecânica por mais tempo apresentaram uma menor diminuição dos níveis de depressão ao longo do tempo.

Resultados não esperados também são encontrados na literatura, demonstrando a peculiaridade do fator prematuridade do bebê no estudo da depressão materna. Ruttenberg et al. (1997) investigaram o impacto da depressão materna na interação com seus filhos nascidos prematuros, durante o primeiro ano de vida dos mesmos. O estudo foi realizado com 46 mães latinas, de nível sócio-econômico baixo, imigrantes nos Estados Unidos, e seus respectivos bebês prematuros de muito baixo peso. A interação entre as mães e seus filhos foi avaliada pela observação em situação de alimentação, e as mães foram avaliadas quanto a sintomas depressivos, por meio da escala *Center for Epidemiological Studies – Depression Scale* (CES-D), em dois momentos: um mês após a alta hospitalar do bebê e quando completava doze meses de idade corrigida. As díades foram divididas em quatro grupos, de acordo com as pontuações obtidas na escala de depressão materna no 1º e no 12º mês de vida do bebê. Dessa forma, o primeiro grupo foi formado pelas díades cujas mães apresentaram depressão nas duas avaliações; o segundo grupo foi formado pelas

mães que apresentaram depressão apenas no 1º mês de vida do bebê; o terceiro grupo foi formado pelas mães que não apresentaram depressão no 1º mês, mas apresentaram no 12º mês de vida da criança; e, por fim, o quarto grupo foi formado pelas mães que não estavam deprimidas em nenhuma das avaliações. Os resultados não mostraram diferenças significativas entre os quatro grupos analisados quanto aos comportamentos maternos e infantis, durante o período de interação analisado. Essas mães, imigrantes latinas de nível sócio-econômico baixo, pareciam interagir apropriada e positivamente com seus filhos. Os filhos, por sua vez, pareceram não refletir a depressão das mães, diferentemente das crianças de amostras de classe média americana. Portanto, nesse estudo, a prematuridade do bebê constituiu fator de fortalecimento em mães vulneráveis pela condição sócio-econômica e emocional.

Considerando-se que transtornos mentais após o parto, incluindo a depressão pós-parto, são de especial importância pelo impacto que exercem no desenvolvimento dos filhos, Drewett et al. (2004) examinaram a relação entre atraso no crescimento em crianças nascidas pré-termo e a termo e depressão pós-natal em suas mães. Ao todo, 12.391 crianças foram pesadas ao nascimento, na sexta semana e no nono mês de vida, sendo consideradas com atraso no crescimento aquelas cujo ganho de peso encontrava-se na faixa dos 5% com menor ganho de peso. Os sintomas depressivos maternos foram avaliados pela Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh, no período pré-natal, na 18ª e na 32ª semanas de gestação, e no período pós-natal, na 8ª semana e no 8º mês de vida da criança. Os resultados mostraram que a prevalência de atraso no crescimento foi substancialmente maior entre as crianças nascidas pré-termo, em comparação às crianças a termo. Quanto aos sintomas depressivos, após o nascimento da criança, altos níveis de depressão foram significativamente mais comuns nas mães de crianças nascidas pré-termo. Entretanto as mães de crianças nascidas pré-termo apresentaram níveis mais elevados de depressão

também no período pré-natal, na 18^a e na 32^a semanas de gestação. Tanto em relação às crianças nascidas pré-termo, quanto em relação às crianças nascidas a termo, não foram verificadas associações entre o atraso no crescimento e os sintomas depressivos maternos. Portanto, de acordo com os autores, nascimentos prematuros estão associados especificamente com níveis elevados de depressão no período pós-natal e com uma maior prevalência de atrasos no desenvolvimento. Por outro lado, níveis elevados de depressão no período pós-natal não estão associados com atrasos no crescimento das crianças, sejam elas prematuras ou não.

Drewett et al. (2004), após encontrarem mais níveis elevados de depressão em mães de bebês nascidos pré-termo, em comparação às mães de bebês a termo, no período pré e pós-natal, discutiram a possibilidade de os sintomas depressivos e o nascimento prematuro estarem relacionados a fatores de risco comuns, especialmente a variáveis ambientais. Com o objetivo de identificar fatores associados com sintomas depressivos maternos, aproximadamente um mês após o nascimento prematuro do bebê, Davis et al. (2003) avaliaram 62 mães cujos bebês nasceram com menos de 32 semanas de idade gestacional, sem anomalias congênitas. A hipótese dos autores era de que sintomas depressivos maternos, no 1^o mês após o nascimento prematuro do bebê, estariam associados a história prévia de depressão, baixa escolarização das mães, falta de suporte social (da família e/ou da equipe de saúde), altos níveis de estresse, uso limitado de estratégias de enfrentamento e características neonatais dos bebês (idade gestacional, peso de nascimento e escore de Apgar). De acordo com os resultados obtidos, a porcentagem de mães que reportaram sintomas depressivos, nessa amostra de mães de bebês muito prematuros (40%), foi maior do que a incidência na população geral (10-15%). A variável significativamente associada aos sintomas depressivos maternos foi o estresse materno. Também foram observadas associações entre os sintomas depressivos maternos e a percepção materna do suporte

recebido da equipe de saúde e o nível educacional materno, respectivamente. O risco de apresentarem sintomas depressivos era maior nas mães que recebiam menos apoio e suporte da equipe de saúde e nas mães com menor nível de escolarização, comparadas às mães que receberam mais apoio e suporte da equipe de saúde e com maior nível de escolarização. Não foram verificadas associações entre sintomas depressivos maternos e história prévia de depressão e características neonatais dos bebês, respectivamente.

A fim de promover e ativar mecanismos de proteção, para neutralizar adversidades advindas do nascimento prematuro do bebê, programas de intervenção oferecidos às mães após o nascimento prematuro de um(a) filho(a) têm auxiliado na diminuição dos níveis de estresse, ansiedade e depressão maternos.

Preyde e Ardal (2003) realizaram um estudo com 60 mães de recém-nascidos muito prematuros (<30 semanas de idade gestacional) ou com peso de nascimento abaixo de 1.500g, internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). As mães foram divididas em dois grupos. O primeiro grupo era composto por 32 mães, as quais receberam suporte psicossocial dado por outras mães que já haviam passado pela experiência de ter um filho prematuro internado em UTIN e que haviam sido previamente treinadas. O grupo controle era formado por 28 mães. Esse estudo tinha por objetivo avaliar a eficácia do “Programa Companheiro”, caracterizado pelo suporte psicossocial dado às mães por pares treinados. Os resultados mostraram que as mães que participaram do “Programa Companheiro” relataram menos estresse, ansiedade e depressão, medidos pela Escala de Estresse Parental: Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, do IDATE e do BDI, respectivamente, do que as mães que não participaram do programa. Além disso, as mães que participaram do “Programa Companheiro” apresentaram uma maior percepção do suporte psicossocial recebido do que as mães que não participaram desse programa.

O suporte psicossocial pode ser oferecido à família de maneira formal, como em um programa de intervenção, ou de maneira informal, enquanto apoio de familiares e amigos. Em ambas as situações, o suporte psicossocial tem se mostrado um importante mecanismo de proteção para os pais de bebês prematuros, diminuindo o grau de estresse experimentado por esses pais (PREYDE; ARDAL, 2003; YOUNGER et al., 1997).

Em um estudo com 31 mães, cujos bebês nasceram entre a 26^a e a 36^a semanas de gestação, Younger et al. (1997) exploraram a relação entre suporte social, estresse, depressão e controle sobre o estresse. O controle do estresse foi definido como uma resposta às circunstâncias difíceis, na qual competência, controle e domínio são adquiridos ou fortalecidos com a experiência estressante. Conceitualmente, controle de estresse difere de enfrentamento, na medida em que este último diz respeito ao processo de administração das demandas que excedem os recursos individuais, e o controle, ao contrário, diz respeito ao resultado positivo desse enfrentamento. As mães participantes desse estudo, todas gozando de boa saúde, responderam aos questionários Inventário Demográfico (DI), Instrumento de Controle de Estresse (MSI), Centro de Estudos Epidemiológicos – Escala de Depressão (CES-D), Inventário de Exposição de Recursos Sociais (ASR), entre o primeiro e o segundo dia após o parto. Os resultados mostraram que as mães de bebês prematuros experimentaram níveis elevados de estresse e depressão no período pós-parto, sendo que a maior parte delas não demonstrou controle sobre o estresse no momento da avaliação. Entretanto, para essas mulheres, o suporte social estava positivamente relacionado ao controle do estresse e inversamente correlacionado aos sintomas depressivos. A depressão, por sua vez, encontrava-se positivamente correlacionada ao estresse, enquanto o suporte social mostrou-se negativamente correlacionado ao estresse. De acordo com os resultados encontrados, os autores sugeriram que o suporte social tem um impacto amortecedor do estresse causado pelo parto prematuro.

A importância do suporte psicossocial oferecido às mães está relacionada ao fato de a mesma ter um papel privilegiado de cuidadora primária e a longo prazo do bebê. Segundo Als et al. (1982), em sua abordagem do cuidado desenvolvimental, a mãe do bebê pré-termo de muito baixo peso precisa ser “cuidada” para que possa desempenhar plenamente as funções que lhe são atribuídas de maneira eficiente e afetiva. De acordo com essa abordagem, a atuação da equipe de saúde na UTIN deve ser focalizada no bebê e na família, em especial na mãe (ALS et. al., 1982; LINHARES et al., 2004). Ao mesmo tempo, o suporte social materno é importante também após a alta hospitalar do bebê, quando a mãe assume inteiramente a responsabilidade pelos cuidados do bebê pela primeira vez (MEW et al., 2003).

Em síntese, o nascimento prematuro de um(a) filho(a) tende a configurar uma situação de múltiplo risco, na medida em que representa um risco biológico potencial para o desenvolvimento da criança, um risco potencial para a saúde mental materna e, conseqüentemente, um risco psicossocial para o desenvolvimento da criança. Como constatado na literatura, a interação entre mãe e a criança e a estimulação fornecida pela mãe à criança têm um importante papel no desenvolvimento da mesma. Entretanto transtornos mentais maternos, ou mesmo níveis elevados de sintomas de ansiedade e depressão, podem prejudicar a interação mãe-criança e trazer prejuízos para o exercício adequado da maternidade.

Os indicadores de ansiedade e disforia ou depressão, obtidos por meio de escalas psicométricas, são extremamente úteis, porém não abrangem a compreensão plena dos sentimentos maternos. Faz-se necessária a utilização de outros parâmetros, relacionados aos correlatos emocionais maternos. O relato verbal materno, coletado em um contexto de entrevista, por exemplo, pode fornecer à mãe a oportunidade de expressar verbalmente

seus sentimentos, suas angústias e dificuldades, em relação ao nascimento prematuro de um(a) filho(a), conforme salientado por Aylward (2002).

1. 6. Expressões verbais maternas e o nascimento pré-termo de muito baixo peso

Alguns autores têm estudado a experiência do nascimento prematuro de um(a) filho(a) mediante relato verbal da própria mãe, obtido em situações de entrevista (MONTEIRO; SILVA; SILVA, 2002; PINTO et al., 2004a).

Monteiro, Silva e Silva (2002) realizaram um estudo a fim de identificar as reações psicológicas de mães de crianças prematuras e verificar o preparo dispensado pela equipe de saúde às mães para lidarem com o(a) filho(a) prematuro. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, compostas por questões abertas e fechadas, com 10 mães de crianças prematuras. De acordo com a análise de conteúdo das respostas maternas, pôde-se extrair três categorias de respostas: reações das mães ao nascimento do filho prematuro, conhecimento sobre a prematuridade e preparo para lidar com o filho prematuro. Em relação às reações maternas, em geral, as mães relataram preocupação com o bem-estar do filho que aparentava fragilidade, medo das possíveis conseqüências do parto prematuro, temor pela saúde do bebê e, finalmente, tristeza por estarem numa situação diferente das mães que tiveram seus filhos a termo e podiam acariciá-lo, amamentá-lo e envolvê-lo nos braços, a todo momento. As mães desse estudo desconheciam totalmente o assunto da prematuridade, ignorando a possibilidade de o filho nascer prematuramente, e evidenciavam o despreparo em lidar com essa criança, desejando obter mais informações.

Pinto et al. (2004a), ao ampliarem a amostra do estudo de 50 para 80 mães de bebês pré-termo de muito baixo peso, que se encontravam internados em UTIN, identificaram que as verbalizações maternas sobre a experiência do nascimento prematuro do bebê

relacionaram-se predominantemente a expectativas (56%), concepções (21%) e enfrentamentos (13%). As expectativas e as concepções maternas mostraram-se predominantemente positivas, enquanto que as verbalizações sobre enfrentamento foram predominantemente negativas. Desse modo, segundo os autores, mesmo enfrentando uma situação adversa, tal como o nascimento de um bebê prematuro de muito baixo peso, com a conseqüente internação na UTIN, as mães apresentam verbalizações predominantemente positivas acerca do bebê. Os autores sugeriram que as concepções e as expectativas maternas positivas em relação ao bebê podem atuar como um fator de proteção para o enfrentamento materno da situação adversa da hospitalização do bebê.

Outros estudos têm focalizado o relato verbal materno sobre a experiência do nascimento prematuro de um(a) filho(a) expresso durante a participação das mães em grupos de apoio psicológico (CORREIA, 2005; LINHARES et al., 1999).

Em um estudo realizado com o objetivo de analisar os conteúdos temáticos das verbalizações maternas, durante a participação em grupos de apoio psicológico a mães de recém-nascidos hospitalizados na UTI Neonatal do Hospital das Clínicas da FMRP - USP, Linhares et al. (1999) detectaram a incidência de expressões relativas a preocupações, desejos e sentimentos de alívio. Diante do nascimento prematuro do bebê, as mães relatavam experimentar as seguintes emoções: preocupações com a sobrevivência do bebê e ansiedade persistente; preocupação com a separação do bebê, devido à internação deste na UTI Neonatal; impotência para desempenhar o papel de mãe; alívio ou esperança em relação à sobrevivência do bebê; desejo de alta hospitalar; culpa relativa a condições adversas antecedentes ao nascimento; problemas pessoais e familiares da mãe; alívio quanto às condições de saúde e desenvolvimento do bebê; frustração em relação às suas expectativas relacionadas ao bebê. Por um lado, as mães relataram experimentar sentimentos de culpa, ansiedade e medo, enquanto que, por outro, também manifestaram

sentimentos de esperança e otimismo. No grupo, evidenciava-se a presença de oscilação e ambivalência em relação aos sentimentos vivenciados pelas mães, de acordo com a evolução do bebê.

Correia (2005) realizou um estudo com o objetivo de identificar e comparar os conteúdos verbais maternos, expressos em contexto de um “Programa de Apoio Psicológico a mães de bebês pré-termo hospitalizados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN)”, entre dois grupos de mães diferenciadas quanto a indicadores clínicos de ansiedade e/ ou depressão. A amostra desse estudo foi composta por 20 mães de recém-nascidos (RN) pré-termo e muito baixo peso ao nascimento que participaram de sessões em grupo, audiogravadas do “Programa de Apoio Psicológico a mães de bebês pré-termo hospitalizados em UTIN”, nas quais foi utilizado um manual de orientações. Essa amostra foi, posteriormente, subdividida, de acordo com os indicadores clínicos emocionais de ansiedade e/ou depressão, avaliados pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado e pelo Inventário de Depressão de Beck, respectivamente, sendo 10 mães com indicadores clínicos emocionais e 10 mães sem esses indicadores. De acordo com os resultados obtidos, em ambos os grupos, as três principais categorias verbalizadas foram: “Sentimentos ou reações maternas com conotação negativa”, “Sentimentos ou reações maternas com conotação positiva” e “Comunicação e relação com a equipe de saúde”. Entretanto a análise comparativa dos grupos mostrou que as mães com indicadores clínicos de ansiedade e/ou depressão apresentaram maior número de expressões de “Sentimentos ou reações maternas com conotação negativa em relação ao bebê” do que as mães sem indicadores. Em relação às associações encontradas entre as variáveis neonatais do bebê e as verbalizações maternas, verificou-se que as mães com indicadores apresentaram associações entre o índice de risco clínico neonatal e expressões de adaptação, aceitação, superação, esperança ou tranquilidade diante da condição de prematuridade do bebê. Essas

mães também apresentaram associações entre o tempo de internação do bebê em UTIN e expressões maternas de busca ativa por informação do bebê. Por outro lado, as mães sem indicadores apresentaram uma única associação entre bebês nascidos pequenos para a idade gestacional e expressões maternas referentes à comunicação fornecida. Dessa forma, segundo a autora, as representações maternas parecem ser influenciadas tanto pelas características neonatais dos bebês quanto pelos níveis de indicadores clínicos emocionais de ansiedade e depressão, identificados nas mães.

Além das reações maternas ao nascimento prematuro do bebê e das concepções e expectativas maternas em relação ao bebê, faz-se necessário conhecer e compreender outras representações maternas relacionadas ao papel materno.

Em outro estudo realizado por Pinto et al. (2004b), com 80 mães de bebês pré-termo de muito baixo peso, dentre as quais 50 participaram também do presente estudo, foram identificados os conteúdos verbais maternos sobre o tema da maternidade, expressos em entrevista realizada durante a hospitalização do bebê. Segundo os autores, as mães identificaram mais aspectos que atrapalham o desempenho do papel da mãe ideal do que aspectos que poderiam ajudá-la. Entretanto as mães apresentaram concepções e expectativas positivas da maternidade.

Um aspecto importante a ser estudado, que está relacionado às concepções e às expectativas das mães em relação ao bebê prematuro e ao papel materno, refere-se à amamentação. Mães de bebês prematuros têm descrito a amamentação como o único cuidado que apenas elas podem fazer pelos seus bebês, no período de hospitalização dos mesmos, enquanto que os demais cuidados ficam por conta da equipe de saúde (KAVANAUGH et al., 1995).

Kavanaugh et al. (1995) realizaram um estudo com 20 mães de bebês nascidos prematuros, a fim de descrever as preocupações maternas em relação à amamentação, no

período após a alta, e delinear as estratégias usadas pelas mães para lidar com essas preocupações. Para a realização do estudo, as mães foram entrevistadas, seguindo-se um Roteiro de Entrevista semi-estruturado, um mês após a alta hospitalar dos bebês, e as verbalizações maternas foram analisadas qualitativamente. Todas as mães receberam orientações sobre a amamentação, durante a hospitalização dos bebês. Os resultados indicaram que a principal preocupação materna em relação à amamentação referia-se ao consumo de um adequado volume de leite por parte do bebê, durante a amamentação. Os resultados apontaram ainda as estratégias utilizadas pelas mães para lidar com esse tipo de preocupação. A maior parte delas complementavam o aleitamento natural da criança, dando-lhes fórmulas na mamadeira. Segundo os autores, diferentemente de bebês a termo, durante o período de hospitalização de bebês prematuros, a alimentação alterna o aleitamento natural e o uso de mamadeira, já que as mães não estão presentes em tempo integral no hospital para amamentarem seus bebês. Portanto, para as mães de bebês prematuros, a complementação com a mamadeira pode ser uma estratégia viável, influenciada pela experiência da hospitalização dos bebês, que lhes permite quantificar exatamente o volume de leite ingerido pelo bebê. Outras mães, por sua vez, relataram usar sinais da própria criança que demonstrem satisfação, como o crescimento da criança, sua hidratação e seu comportamento durante a amamentação e, assim, perseveraram no aleitamento natural.

Em nosso meio, identifica-se a necessidade de uma melhor compreensão acerca dos recursos e dificuldades emocionais maternas, no contexto da condição de enfrentamento do nascimento prematuro do seu bebê. Nesse sentido, idealizou-se o presente estudo, visando atender às questões principais: As mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que as mães de bebês nascidos a termo? Os níveis de ansiedade e depressão das mães de bebês nascidos pré-

termo de muito baixo peso são mais elevados no período em que os bebês encontram-se internados em UTINs e diminuem após a alta hospitalar do bebê? Há diferenças entre as verbalizações maternas sobre o bebê, sobre a amamentação e sobre a maternidade de mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso e de mães de bebês nascidos a termo?

2. OBJETIVO

O objetivo geral do presente estudo consiste na avaliação de indicadores emocionais maternos e na análise dos conteúdos das verbalizações expressas por mães de bebês pré-termo de muito baixo peso.

Para tanto, inclui os seguintes objetivos específicos:

- a) avaliar os indicadores de ansiedade, disforia e depressão em um grupo de mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso e compará-los aos indicadores avaliados em um grupo de mães de bebês nascidos a termo;
- b) comparar indicadores de ansiedade, disforia e depressão de mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, avaliados em dois momentos distintos: durante o período de hospitalização do bebê e após a sua alta hospitalar;
- c) comparar os conteúdos verbais acerca do bebê, da amamentação e da maternidade, expressos pelo grupo de mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso e pelo grupo de mães de bebês nascidos a termo.

3. MÉTODO

3. 1. Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 68 mães, distribuídas em dois grupos, a saber: *Grupo PT*, constituído por 43 mães de bebês nascidos pré-termo (≤ 37 semanas de idade gestacional) de muito baixo peso (≤ 1.500 gramas), e *Grupo AT*, constituído por 25 mães de bebês nascidos a termo (38 a 42 semanas de idade gestacional) com peso de nascimento igual ou superior a 2.500g.

O *Grupo PT* foi formado a partir de uma amostra de conveniência de 90 mães, cujos bebês encontravam-se internados na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) do Setor de Neonatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), no período de abril de 2001 a maio de 2002. Dessa amostra, 29 mães (32%) foram excluídas, devido a: ter antecedentes psiquiátricos (6), ser analfabeta (4), ser portadora do vírus HIV (1), ter complicações clínicas no pós-parto (1) ou ter bebês que foram a óbito (17). Das 61 mães restantes, 11 não aceitaram participar do estudo. A amostra final do *Grupo PT*, portanto, foi constituída por 50 mães avaliadas durante o período de hospitalização do bebê.

A amostra do estudo de 50 mães do *Grupo PT* corresponde a, aproximadamente, 30% da amostra de 167 bebês nascidos no HCFMRP-USP, no período em que se desenvolveu a coleta de dados.

Após a alta hospitalar, sete mães não retornaram para a reavaliação, ou o bebê foi a óbito, obtendo-se assim uma perda amostral de 14% nessa fase do estudo. A amostra de mães com duas avaliações realizadas, sendo a primeira durante a hospitalização do bebê e a segunda após a alta hospitalar, foi composta por 43 participantes.

O *Grupo AT*, por sua vez, foi formado a partir de uma amostra inicial de 52 mães, cujos bebês nasceram na MATER - Maternidade do Complexo Aeroporto (Ribeirão Preto – SP), no período de abril de 2002 a outubro de 2004. Das 52 mães, 2 (4%) foram excluídas porque tinham antecedentes psiquiátricos e 25 (48%) não aceitaram participar do estudo, alegando não terem tempo disponível ou não estarem interessadas. Portanto, a amostra final do *Grupo AT* foi constituída por 25 mães.

3. 2. Local e Contexto da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Setor de Neonatologia da Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e na Maternidade do Complexo Aeroporto - MATER.

O Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto é um hospital universitário, vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e de nível terciário, de acordo com a classificação do Sistema Único de Saúde (SUS). O HCFMRP-USP é um hospital de referência para Ribeirão Preto e região para casos de alto risco e de alta complexidade.

No HCFMRP-USP, durante o período de internação do bebê, as mães dos bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso recebem o atendimento de rotina da equipe de saúde da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), formada por médicos, enfermeiras, psicólogas, assistente social, fonoaudióloga e fisioterapeuta. As intervenções realizadas pelas psicólogas contratadas seguem um protocolo mínimo de rotina, que inclui: a) visita da mãe monitorada pelas psicólogas da UTIN e da UCIN, que tem por objetivo ajudar o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, focalizando o estímulo à amamentação e o cuidado

do bebê; b) grupo de suporte psicológico às mães; c) apoio psicológico à comunicação de diagnóstico ou intervenção médica entre a mãe e a equipe de saúde.

Após a alta hospitalar, a mãe e o bebê são convidados a participar do “Programa de Seguimento Longitudinal de Bebês Pré-termo de Muito Baixo Peso”, no qual os bebês têm acompanhamento psicológico (*follow-up*) para a avaliação do seu desenvolvimento e intervenções com orientações às mães. Esse programa ocorre rotineiramente no referido hospital no Setor de Psicologia Pediátrica, vinculado ao Setor de Neonatologia da Pediatria do HCFMRP-USP.

A MATER, por sua vez, é uma maternidade que foi fundada em 1998 pela Fundação Sinhá Junqueira. Essa mantém convênio com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, que coordenam os serviços de Enfermagem, Assistência Obstétrica e de Neonatologia. A referida maternidade é responsável por cerca de um terço dos partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Ribeirão Preto, e dedica-se aos casos de gravidez e parto de baixo risco. Os casos que exigem assistência especializada devido a sua complexidade clínica são encaminhados ao HCFMRP-USP.

Como parte dos protocolos de rotina dos atendimentos na MATER, as mães e os bebês são atendidos por enfermeiras na consulta de puerpério, realizada entre o 10^o e 15^o dia de vida do bebê, na qual são fornecidas orientações sobre amamentação, cuidados com o bebê e planejamento familiar.

3. 3. Aspectos Éticos

O presente estudo contou com a aprovação do Departamento de Pediatria e Puericultura e do Setor de Neonatologia do referido departamento (ANEXOS A e B), do

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (Processo nº 1785/2001) (ANEXO C), assim como com a aprovação da direção da MATER.

Para o desenvolvimento do projeto foram atendidas rigorosamente as diretrizes éticas propostas por Hossne e Vieira (1999), que recomendam: a) garantir a competência do pesquisador, especialmente no que se refere ao atendimento de crianças e familiares; b) ponderar riscos e benefícios do estudo e garantir o ressarcimento de gastos para o paciente, a fim de que o custo com a participação no estudo não represente prejuízo para o paciente; c) executar o delineamento do estudo com metodologia adequada e planejada, garantindo análise e interpretação de resultados que possam contribuir com menor margem de erro à investigação; d) estabelecer consentimento esclarecido do participante, que permita a obtenção e a compreensão de informações sobre o objetivo do estudo, das condições do sigilo de sua identidade e da aceitação imediata de desligamento do mesmo a qualquer momento, respeitando-se a tomada de decisão livre e espontânea do participante.

Desse modo, atendendo aos critérios citados acima, foi estabelecido o consentimento esclarecido das mães participantes, por meio da assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICES A e B), no qual eram explicitados os objetivos do estudo, as condições de participação no mesmo e de sigilo de identidade. Assegurou-se o direito de desligamento do estudo a qualquer momento, respeitando-se a tomada de decisão livre e espontânea das participantes. As mães adolescentes, menores de 18 anos, tiveram sua autorização de participação também assinada pelos pais ou responsáveis (APÊNDICES C e D).

3. 4. Instrumentos e Medidas

Foram utilizados os seguintes instrumentos e materiais:

Para a composição dos grupos

- *SCID/Não Paciente - Entrevista Clínica Estruturada para DSM III – R* (SPITZER et al., 1989). A SCID/NP consiste em um roteiro semi-estruturado de entrevista, norteador de uma investigação clínica de distúrbios psiquiátricos, designada para uso com indivíduos não identificados como pacientes psiquiátricos. Esse instrumento permite o julgamento clínico e, portanto, deve ser administrado por um profissional de Saúde Mental treinado e familiarizado com a classificação e os critérios diagnósticos do DSM III – R (DEL BEN, 1995).

Para a coleta de dados

- *IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado* (SPIELBERGER et al., 1970, com tradução e adaptação brasileira de BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979). O IDATE é composto de duas sub-escalas de auto-avaliação distintas, elaboradas para medir dois conceitos distintos de ansiedade: estado de ansiedade e traço de ansiedade. Ambas as sub-escalas consistem em afirmações, cuja intensidade das respostas varia de 1 a 4 pontos. A sub-escala de ansiedade-traço requer que o indivíduo descreva como geralmente se sente, enquanto que a sub-escala de ansiedade-estado requer que o indivíduo indique como se sente em um determinado momento ou situação. Na sub-escala de ansiedade-estado, foi solicitado às mães que, ao responderem os itens, pensassem na situação do nascimento do(a) filho(a). Os escores brutos obtidos na aplicação devem ser transformados em escores normalizados (escore “T”) ou em ordem percentílica, determinando-se a amostra normativa que mais se aproxime do caso em questão.

- *BDI - Inventário de Depressão de Beck* (BECK et al., 1961, com tradução e adaptação brasileira de CUNHA, 2001). O BDI é uma escala de auto-avaliação de depressão, que possibilita a avaliação rápida e objetiva de manifestações comportamentais de depressão, porém tal escala não tem finalidade diagnóstica. Essa escala é composta por vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, com quatro afirmações, cada uma refletindo um grau crescente (0 a 3) de severidade da depressão. Dessa forma, ao fim da aplicação, tem-se um escore que varia de 0 a 63. Em sua versão traduzida e adaptada para o Brasil, por sua vez, apresenta níveis de escores apenas para pacientes psiquiátricos (CUNHA, 2001). Os critérios sugeridos para pacientes não-diagnosticados são: pontuação maior que 15, indicativa de disforia, e pontuação maior que 20, indicativa de depressão. Segundo Gorenstein e Andrade (2000), embora a adequação desses critérios nunca tenha sido testada na população brasileira, parece não haver indicações clínicas e epidemiológicas de que as características da depressão sejam diferentes em nossa população. Portanto esses pontos de corte têm sido comumente utilizados em nosso meio.
- *Roteiro de Entrevista* (CARVALHO, 2004). O Roteiro de Entrevista inclui questões sobre dados sócio-demográficos das mães, tais como: idade, grau de escolaridade, número de filhos, ocupação profissional, nível de qualificação ocupacional, situação conjugal, entre outras informações. Além disso, o Roteiro de Entrevista contempla as representações maternas acerca de seu bebê, da amamentação e da maternidade. As representações maternas acerca do bebê são abordadas por meio de três perguntas: “*O que você esperava do seu bebê na gravidez?*”; “*Como você percebe seu bebê agora?*”; “*O que você espera daqui para frente?*”. As perguntas referentes às representações maternas acerca da amamentação, por sua vez, são: “*O que você pensa sobre a qualidade do leite materno?*”; “*E do seu leite?*”; “*O que representa*

amamentar para você?”; “Quais são os pontos positivos que a ajudam a amamentar o seu bebê?”; “E os negativos que a atrapalham?”; “O que você espera em relação à amamentação?”; “Quais são suas preocupações e dúvidas acerca da amamentação de seu filho prematuro?”. Por fim, as representações maternas acerca da maternidade são abordadas por meio de quatro perguntas: “Como deve ser a mãe ideal para cuidar de um bebê?”; “Que aspectos podem ajudar uma mãe para que ela seja dessa forma?”; “Que situações podem atrapalhar uma mãe para que ela seja dessa forma?”; “Que mãe você gostaria de ser para o seu bebê?”. (ANEXO D)

- *Escala de Eventos Vitais (SAVOIA, 1995; 2000). Essa escala possui 26 itens prévios sobre eventos vitais, que se caracterizam por mudanças relativamente inesperadas no ambiente social do indivíduo, gerando um certo nível de estresse e exigindo adaptações por parte do sujeito. Acrescentou-se a esses 26 itens um último item, correspondente a quaisquer outros eventos que não tenham sido contemplado no restante da escala e que as participantes julgassem relevantes (ANEXO E).*
- *Prontuários médicos dos bebês do HCFMRP-USP.*

3. 5. Procedimento

3. 5. 1. Coleta de dados

Seleção de participantes

Primeiramente, para a composição dos grupos de mães, foi aplicada a SCID/Não Paciente, a fim de identificar as mães com antecedentes psiquiátricos, com base no julgamento clínico permitido pelo instrumento, as quais foram excluídas do estudo.

A aplicação da SCID/NP no *Grupo PT* foi feita pela pesquisadora A⁽¹⁾, enquanto que no *Grupo AT* foi feita pela pesquisadora responsável pelo presente estudo (pesquisadora B).

A seguir, procedeu-se à avaliação de indicadores de ansiedade e disforia ou depressão e à coleta de informações sócio-demográficas das mães e das verbalizações maternas acerca dos bebês.

A coleta de dados se deu conforme o esquema apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Esquema de coleta de dados

<i>Grupo PT</i>		<i>Grupo AT</i>
1ª avaliação (Durante a hospitalização do bebê) ↓	2ª avaliação (Após a alta hospitalar do bebê) ↓	1ª avaliação (Entre o 10º e o 15º dia de vida do bebê) ↓
1ª sessão: Entrevista e Escala de Eventos Vitais +	1ª sessão: IDATE e BDI	1ª sessão: Entrevista, Escala de Eventos Vitais, IDATE e BDI
2ª sessão: IDATE e BDI		

Avaliação de indicadores de ansiedade e disforia ou depressão (Grupos PT e AT)

Para o *Grupo PT* foram realizadas, pela pesquisadora B, as avaliações dos níveis de ansiedade e disforia/depressão em dois momentos, a saber: durante o período de internação do bebê na UTIN ou na UCIN do HCFMRP-USP e após a alta hospitalar do bebê.

Desse modo, a primeira avaliação do *Grupo PT* foi realizada anteriormente ao atendimento psicológico em grupo das mães da rotina da UTIN e da UCIN desse hospital, a fim de garantir a não interferência do apoio psicológico na avaliação dos sintomas

⁽¹⁾ A pesquisadora A (Ana Emília Vita Carvalho) era psicóloga contratada da FAEPA – Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP, responsável pelo atendimento psicológico de rotina das mães cujos bebês estão internados na UTIN. A referida psicóloga é doutora em Psicologia pela FFCLRP-USP.

maternos de ansiedade e depressão, respeitando-se os aspectos éticos relativos à necessidade de cada mãe. A reavaliação das mães desse grupo foi realizada na 1ª consulta do “Programa de Seguimento Longitudinal de Bebês Pré-termo e Muito Baixo Peso”, ou por ocasião do retorno do bebê ao “Ambulatório de Prematuros”, na Pediatria.

Para o *Grupo AT* foi feita apenas uma avaliação dos níveis de ansiedade e depressão, após a “consulta do puerpério”, realizada rotineiramente na MATER, entre o 10º e o 15º dia de vida do bebê.

A avaliação dos níveis de ansiedade e depressão foi feita por meio do IDATE e do BDI, respectivamente, sendo que foi dada a opção às mães de lerem e preencherem sozinhas os questionários, após a explicação, ou, então, a pesquisadora poderia ler os questionários para elas. Independentemente da escolha feita pela mãe, suas dúvidas foram esclarecidas, sempre que solicitada a ajuda da pesquisadora.

Considerando-se o baixo nível de escolaridade das mães participantes deste estudo e a dificuldade das mesmas em compreender a gradação das alternativas de respostas do IDATE, foi utilizado o recurso visual de fichas de cartolina em tamanhos crescentes, correspondentes à gradação de intensidade ou frequência. Dessa forma, a menor ficha correspondia à resposta 1, que variava conforme a sub-escala (Ansiedade-Estado: “*Absolutamente não*”; Ansiedade-Traço: “*Quase nunca*”) e a maior delas, conseqüentemente, correspondia à resposta 4 (Ansiedade-Estado: “*Muitíssimo*”; Ansiedade-Traço: “*Quase sempre*”). As respostas encontravam-se escritas em cada uma das fichas, em cores diferentes, e eram apresentadas às mães para que apontassem as fichas correspondentes às suas respostas, caso elas assim preferissem (ANPÊNDICES E e F).

A fim de neutralizar a possível interferência da ordem de aplicação dos testes, foi realizado um balanceamento, alternando-se a ordem de aplicação dos instrumentos de avaliação (BDI e IDATE) em cada grupo estudado.

Informações sobre características sócio-demográficas das mães e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade (Grupos PT e AT)

Para o *Grupo PT* foram realizadas duas sessões, durante o período de hospitalização do bebê: a primeira sessão para avaliação dos indicadores de ansiedade e disforia/depressão, conforme descrito anteriormente, e uma segunda sessão para a realização de entrevistas individuais com as mães.

Com as mães do *Grupo AT* realizou-se uma única sessão para a avaliação dos indicadores de ansiedade e disforia/depressão e para a entrevista.

As entrevistas de ambos os grupos seguiram o Roteiro de Entrevista e foram audio-gravadas.

Informações sobre estressores psicossociais enfrentados pelas mães (Grupo PT e AT)

Após a realização da entrevista, aplicou-se a Escala de Eventos Vitais com as mães de ambos os grupos. Os eventos vitais, ou mudanças relativamente inesperadas no ambiente social do indivíduo, permitem investigar e caracterizar as fontes de estresse psicossocial vivenciado pelo mesmo (SAVOIA, 1995).

A fim de quantificar e caracterizar parte do estresse psicossocial enfrentado pelas mães dos diferentes grupos, era pedido que elas indicassem se experienciaram qualquer um dos acontecimentos descritos na Escala de Eventos Vitais, no período de um ano.

Informações sobre o risco neonatal e a evolução clínica dos bebês (Grupo PT)

Realizou-se a análise documental dos prontuários médicos dos bebês, a fim de coletar informações a respeito das condições neonatais e das intercorrências na evolução

clínica dos mesmos, no dia anterior e na data exata da 1ª avaliação dos indicadores de ansiedade e disforia ou depressão das mães.

Nos prontuários médicos dos bebês foram coletados os seguintes dados relativos às variáveis de risco neonatal do bebê: peso de nascimento (gramas), idade gestacional (semanas) e tempo de internação na UTIN (dias). Utilizou-se também, para a identificação da intensidade do risco neonatal, o Índice de Risco Clínico para Bebês – *Clinical Risk Infant for Babies* (CRIB) (COCKBURN et al., 1993), o Apgar do 5º minuto e a classificação relacionando peso de nascimento e idade gestacional.

A CRIB é uma escala composta por seis itens (nascimento, idade gestacional, malformação, acidose sangüínea, oxigenação mínima e oxigenação máxima), da qual se obtém um escore, sendo o ponto de corte o escore 6 pontos, ou seja, escores iguais ou acima de seis são indicativos de maior risco neonatal com prognóstico de mortalidade ou morbidade.

O Apgar é uma avaliação realizada no primeiro, no quinto e no décimo minuto de vida do bebê, atribuindo-lhe uma nota de 0 a 10, sendo o Apgar do 5º minuto sensível à evolução clínica do bebê. Para a definição do índice de Apgar são analisadas e medidas as seguintes variáveis no bebê: frequência cardíaca, cor, esforço respiratório, tônus e reatividade.

Quanto à classificação do bebê em função da relação entre seu peso de nascimento e a idade gestacional, tem-se: bebês pequenos para a idade gestacional (PIG), bebês com peso adequado para a idade gestacional (AIG) e bebês grandes para a idade gestacional (GIG), de acordo com Lubchenco (1984) e Marques (2003).

Independentemente das condições neonatais dos bebês, durante o período de hospitalização, principalmente durante o período de internação na UTIN e na UCIN, os bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso estão suscetíveis a intercorrências em sua

evolução clínica. Considerando-se que a primeira avaliação dos indicadores de ansiedade e disforia ou depressão das mães do *Grupo PT* foi realizada durante o período de hospitalização dos bebês, verificou-se a ocorrência das seguintes intercorrências em sua evolução clínica, no dia exato e no dia anterior à primeira avaliação das mães: apnéia, queda de saturação, icterícia, transfusão sangüínea, desconforto respiratório, bradicardia, hemorragia intra ventricular / hemorragia intra craniana, anemia, taquipnéia, desidratação, hipoativo / hiporeativo, membrana hialina, dispnéia, acidose metabólica, aminofilia, insuficiência renal.

3. 5. 2. Análise e tratamento de dados

Dados de características da amostra

Os *Grupos PT* e *AT* foram comparados quanto às seguintes variáveis: idade, anos de escolaridade, número de filhos e nível ocupacional, nos casos das mães que tinham trabalho remunerado fora do lar. A comparação entre os grupos foi feita por meio do Teste não-paramétrico U de Mann-Whitney para amostras independentes. As porcentagens de mães primigestas, solteiras e de mães que exercem algum tipo de trabalho remunerado fora do lar dos *Grupos PT* e *AT* foram comparadas utilizando-se o Teste do Qui-Quadrado.

Os eventos vitais enfrentados pelas mães do *Grupo PT* e do *Grupo AT* foram descritos em termos de frequência e incidência, e realizou-se a análise comparativa entre grupos, utilizando-se o Teste do Qui-Quadrado ou o Teste Exato de Fisher. A seguir, quantificou-se o número de eventos vitais enfrentados por cada uma das mães e calculou-se a mediana para cada grupo e seus respectivos valores mínimo e máximo. A comparação entre os grupos foi feita, então, por meio do Teste não-paramétrico U de Mann-Whitney para amostras independentes.

Por fim, realizou-se análise descritiva das variáveis neonatais dos bebês do *Grupo PT*, em termos de medida de mediana e amplitude de variação ou frequência e porcentagem, de acordo com a natureza do dado.

Dados sobre indicadores de ansiedade e disforia ou depressão

Os instrumentos de avaliação de ansiedade e disforia/depressão foram corrigidos de acordo com as normas dos testes e, em seguida, os dados dos *Grupos PT* e *AT* foram analisados por meio do Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para subsidiar a tomada de decisão sobre o tratamento estatístico dos dados.

Os dados referentes à avaliação dos indicadores de ansiedade e depressão foram analisados de duas maneiras: primeiramente, foram analisadas as medidas de tendência central (medianas) dos escores obtidos pelas mães nos instrumentos utilizados; em segundo lugar, a análise dos dados da avaliação dos indicadores de ansiedade e disforia/depressão baseou-se na discriminação das mães que apresentaram escores indicativos de sintomas em nível clínico.

Para a primeira análise, das medidas de tendência central, foram calculadas as medianas dos escores obtidos pelas mães dos *Grupos PT* e *AT*, nas duas sub-escalas do IDATE (Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço) e no BDI. Para o cálculo das medianas dos escores maternos, foram utilizados os escores normalizados no IDATE e os escores brutos no BDI, conforme as normas dos respectivos testes. A seguir, realizou-se a análise de comparação entre grupos quanto à mediana das escores (*Grupo PT versus Grupo AT*), em cada uma das sub-escalas do IDATE (Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço) e no BDI, utilizando-se o Teste não paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes. A análise de comparação intra-grupo (durante o período de hospitalização *versus* após a alta hospitalar do bebê), quanto à mediana dos escores do *Grupo PT*, nas duas avaliações

realizadas, em cada uma das sub-escalas do IDATE e no BDI, foi feita por meio do Teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras pareadas.

Para a realização da análise dos dados da avaliação dos indicadores de ansiedade e disforia/depressão em nível clínico, foi necessário proceder-se à identificação das mães de ambos os grupos que apresentavam escores relativos a sintomas clínicos de ansiedade, disforia e depressão. No IDATE, utilizou-se o critério de corte de pontuação igual ou acima do percentil 75, como indicativo de sintomas de ansiedade em nível clínico. No BDI, foram utilizados os critérios sugeridos para pacientes não-diagnosticados: pontuação maior que 15, indicativa de disforia, e pontuação maior que 20, indicativa de depressão.

Verificou-se, então, a distribuição das mães dos *Grupos PT* e *AT*, quanto aos escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade, disforia e depressão, quantificando-se as que apresentavam escores clínicos nas sub-escalas Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço do IDATE e na escala BDI (disforia ou depressão), respectivamente. As distribuições das mães do *Grupo PT* e do *Grupo AT*, de acordo com as análises realizadas, foram comparadas por meio do Teste do Qui-Quadrado ou do Teste Exato de Fisher. As distribuições das mães do *Grupo PT*, nas duas avaliações realizadas, foram comparadas por meio do Teste de McNemar.

Correlação entre indicadores de ansiedade e disforia ou depressão e variáveis das mães e dos bebês

Considerando que houve ampla variação em relação à idade cronológica do bebê, por ocasião da primeira avaliação das mães do *Grupo PT* (3 a 55 dias), foram calculadas correlações de Spearman entre a idade cronológica do bebê, na data da primeira avaliação das mães, e a pontuação materna no IDATE e no BDI. Também foram calculadas correlações de Spearman entre o número de dias decorridos após a alta do bebê, por

ocasião da segunda avaliação das mães, que variou de 4 a 216 dias (Med=42), e a pontuação materna no IDATE e no BDI, nesta avaliação.

A seguir, nos *Grupos PT e AT*, foram calculadas as correlações de Spearman entre os escores maternos no IDATE e no BDI, respectivamente, e variáveis maternas (idade, escolaridade e número de filhos). No *Grupo PT* também foram calculadas as correlações de Spearman entre os escores maternos no IDATE e no BDI, respectivamente, e variáveis do bebê (idade gestacional, peso de nascimento, adequação do peso de nascimento para a idade gestacional, tempo de internação na UTIN, Apgar do 5º minuto e índice de risco clínico neonatal/CRIB).

Independentemente das condições neonatais dos bebês, durante o período de hospitalização, principalmente durante o período de internação na UTIN, os bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso estão suscetíveis a intercorrências em sua evolução clínica. Considerando-se que a primeira avaliação dos indicadores de ansiedade e disforia ou depressão das mães do *Grupo PT* foi realizada durante o período de hospitalização dos bebês, foram calculadas correlações de Spearman entre a presença de intercorrências clínicas na evolução do bebê, no dia anterior e/ou no dia da primeira avaliação, e a pontuação materna no IDATE e no BDI.

Dados sobre conteúdos das expressões verbais maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade

Para a análise de conteúdo das verbalizações maternas, adotou-se o sistema Quantitativo-Interpretativo de análise de dados, proposto por Biasoli-Alves (1998). Segundo a autora, o sistema de análise Quantitativo-Interpretativo implica um certo nível de inferência, em que o pesquisador busca apreender o significado das respostas ou dos comportamentos dos participantes, de acordo com o contexto da pesquisa e da abordagem

conceitual adotada. Esse tipo de análise prevê uma etapa inicial interpretativa, caracterizada pela categorização das respostas por meio do estudo minucioso das verbalizações dos participantes, buscando agrupá-las de acordo com as inferências de seus significados, feitas pelo pesquisador. A etapa seguinte, por sua vez, remete-se à quantificação dos dados, com os procedimentos de tabulação dos dados, cálculos de porcentagem, elaboração de tabelas e gráficos e o emprego de testes estatísticos (BIASOLI-ALVES, 1998).

Desse modo, inicialmente, foram feitas as transcrições literais das respostas verbais de cada uma das mães do *Grupo PT* e do *Grupo AT* às seguintes perguntas do Roteiro de Entrevista, agrupadas em tópicos temáticos:

- Verbalizações acerca do bebê: *O que você esperava do seu bebê na gravidez?; Como você percebe seu bebê agora?; O que você espera daqui para frente?*
- Verbalizações acerca da amamentação: *O que você pensa sobre a qualidade do leite materno?; O que você pensa sobre o seu leite?; O que representa amamentar para você?; Quais são os pontos positivos que a ajudam a amamentar o seu bebê?; E os negativos que a atrapalham?; O que você espera em relação à amamentação?; Quais são suas preocupações e dúvidas acerca da amamentação de seu filho prematuro?*
- Verbalizações acerca da maternidade: *Como deve ser a mãe ideal para cuidar de um bebê?; Que aspectos podem ajudar uma mãe para que ela seja dessa forma?; Que situações podem atrapalhar uma mãe para que ela seja dessa forma?; Que mãe você gostaria de ser para o seu bebê?*

A seguir, com a colaboração da pesquisadora C⁽²⁾, elaborou-se um sistema de análise de conteúdo verbal materno.

⁽²⁾ A pesquisadora C (Ingrid Duarte Pinto) é aluna do curso de graduação em Psicologia da FFCLRP-USP e bolsista de Iniciação Científica do CNPq.

De acordo com Biasoli-Alves (1998), os sistemas de categorias construídos para a análise quantitativa-interpretativa de verbalizações devem seguir critérios de exaustividade, abrangendo todos os tipos de respostas, exclusividade, em que cada categoria abranja um conjunto de respostas distintas de outra categoria, e manutenção de um mesmo nível de inferência e/ou interpretação, a fim de que não se tenham grandes oscilações no que diz respeito a objetividade e a subjetividade. Esses critérios independem do tipo de Roteiro de Entrevista adotado, se ele permite a livre expressão dos participantes, ou se as respostas devem se encaixar em alternativas pré-fixadas.

A elaboração do sistema de categorias para análise de conteúdo verbal materno deu-se de acordo com as etapas descritas a seguir:

- 1^a) Definição de unidades de análise, considerando trechos temáticos representativos da resposta materna às perguntas do roteiro;
- 2^a) Identificação dos conteúdos contidos nas unidades verbais, considerando as principais palavras-chave representativas do conteúdo verbal expresso;
- 3^a) Agrupamento de palavras-chave com conteúdos afins para aglutinar em categorias temáticas que compartilhassem conteúdos equivalentes;
- 4^a) Revisão dos agrupamentos realizados por outra pesquisadora, psicóloga experiente, e por uma graduanda em Psicologia, ambas familiarizadas com os conteúdos verbais maternos;
- 5^a) Definição de exemplos de categorias e subcategorias temáticas. A fim de facilitar a aplicação do sistema de categorias foram estabelecidos códigos para cada categoria e subcategoria.

O sistema de categorias e subcategorias dos conteúdos verbais maternos, com as respectivas definições e exemplos, encontra-se descrito a seguir. Entre parênteses, as siglas PT e AT referem-se ao grupo ao qual a mãe pertencia e o número, à identificação da mãe.

SISTEMA DE CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE CONTEÚDO VERBAL MATERNO

I - EXPECTATIVAS QUANTO A GRAVIDEZ / PARTO / BEBÊ / ALEITAMENTO / MATERNIDADE

Expectativa Materna Positiva

As verbalizações maternas referem-se às suas expectativas, atribuindo um valor positivo, de forma específica relacionada ao bebê, à gravidez saudável, à chegada do parto, à amamentação, à maternidade, à fé religiosa ou de forma genérica.

Específica

1 - Relacionada ao bebê

- *Recém-nascido saudável/a termo/bonito*
 - “Ah, imaginava que ia ser um bebê bonito, forte, saudável, perfeito... Como se diz... gordinho! Pesando quase uns três quilos e meio, por aí, né?!” (PT 6)
 - “Ah, primeiramente, eu... acho que toda mãe espera, né, que seja perfeito e que tenha saúde. Era tudo o que eu esperava!” (PT 20)
 - “Ah... eu esperava isso que eu estou vendo, que ela fosse bonitinha, que ela fosse saudável...” (AT 1)
- *Desejo de alta hospitalar*
 - “Primeiro, eu quero levar ela embora logo, né?!” (PT 15)
 - “Eu espero que ela saia daqui depressa, pra ir para casa” (PT 16)
 - “Porque... Ai, é duro ficar aqui, olhando. Dá uma vontade de levar pra casa!” (PT 32)
- *Desenvolvimento/evolução/saúde do bebê no futuro*
 - “(...) que ele tenha saúde, que ele não tenha nenhuma seqüela, por ele ter nascido de seis meses e meio...” (PT 17)

- “Só espero que ele cresça com saúde, perfeito, alegre, (...)” (PT 25)
- “(...) e que ela sempre tenha a saúde que ela está tendo e que se desenvolva bem.” (AT 17)

2 - *Relacionada à gravidez saudável*

- “Ah, eu esperava, assim, uma gravidez saudável, sem nenhuma complicação...” (PT 4)

3 - *Relacionada à chegada do parto*

- “A única coisa que eu imaginava, assim, é que eu não via a hora dele nascer.” (PT 9)

4 - *Relacionada à amamentação*

- *Aceitação da amamentação por parte do bebê*

- “(...) e a L. sair daqui, e pegar o meu peito, (...)” (PT 27)
- “Às vezes quando eu tiro, assim, eu dou até risada. Falo: ‘Nossa! O V. podia estar aqui mamando, né?! Tadinho!’” (PT 31)
- “Acho que quando ela puder, assim (...)” (PT 43)

- *Quantidade/qualidade do leite materno*

- “Eu quero ter bastante, bastante, bastante leite pro L. A.” (PT 12)
- “Eu quero que ele [leite] continue bem pra minha filha...” (PT 23)
- “Ah, eu queria ter mais leite, né?! Pra não precisar dar outro leite pra ele.” (AT 12)

- *Vontade de amamentar*

- “Eu quero muito amamentar o L.A.!” (PT 12)
- “Por isso que eu tenho feito de tudo, que é pra não... pra mim conseguir amamentar os dois.” (PT 8)
- “Eu vou amamentar até quando... ela estiver querendo.” (AT 17)

5 - *Relacionada à maternidade*

- *Desejo de ser a mãe ideal*

-“Eu?! Uma mãezona! Uma mãe coruja. Eu quero estar, assim, perto da minha filha, tanto quanto eu penso. Porque nada mais... Nada melhor do que você viver na... do lado de uma pessoa que você ama! Ensinando... Orientando... Eu sonho alto!” (PT 3)

-“Pra minha filha?! Uma mãe calma, uma mãe compreensiva, uma mãe amiga... uma mãe que, não que pudesse resolver todos os problemas, mas o suficiente, que ela não conseguiria resolver, né?! Eu acho que é isso só, porque o resto...” (PT 50)

- “Quero poder ficar com ele, ser uma... ser responsável... Ser uma mãe ideal!” (AT 16)

- “Ah, quero ser uma mãe excelente pra minha filha!” (AT 20)

- *Cuidados do bebê*

- “E vou cuidar muito dele. Acho que eu vou dar...bastante afeto, bastante carinho, que ele merece, né ?!” (PT 4)

-“A gente tem um monte de plano, né?! Como criar... Fazer tudo direitinho, fazer todas as vontades. Sem deixar ela ficar mimada demais, né?!” (PT 5)

- “Eu quero criar ele na igreja!” (AT 16)

- “Mas, eu pretendo fazer tudo pra ele... Poder dar tudo o que eu não tive, pra ele.” (AT 21)

6 - Relacionada à fé religiosa

- “Daqui pra frente, eu vou pensar, primeiramente no meu Deus, que ele me dê muita força, que sem ele e os médicos, né, ele não estaria aqui hoje.” (PT 4)

Genérica

- “Ah, eu espero tudo dela. Tudo!” (PT 18)

- “Ah, que ela siga, assim, um caminho bom...” (PT 19)

- “Ai... Eu espero que seja tudo de bom, né?! Só coisa boa!” (AT 12)

Expectativa Materna Negativa

As verbalizações maternas referem-se às suas expectativas, atribuindo um valor negativo, de forma específica, relacionada à manifestação da recusa em amamentar ou à

disponibilidade de amamentar com restrições, relacionada ao problema do bebê, relacionada à não aceitação e/ou negação do bebê ou de forma genérica.

Específica

1 - Relacionada à manifestação da recusa em amamentar / da disponibilidade de amamentar com restrição

- “Ah, eu acho que eu vou dar um pouquinho. Sei lá! Por pouco tempo eu acho que dá. Se não secar...” (PT 16)

- “Eu já não queria mesmo amamentar” (PT 50)

- “Se eu tivesse que amamentar ela, ia ser por muito pouco tempo”. (PT 50)

2 - Relacionada ao problema do bebê

- “Ai, por causa desse DIU que eu coloquei, eu achava que ele ia nascer com problema.” (PT 30)

- “Assim... eu já sentia que ela não ia nascer no dia certo, né?! Eu já sentia, desde o começo isso.” (PT 50)

- “Eu já esperava que uma coisa ruim, entre aspas, fosse acontecer.” (PT 50)

- “Eu ficava pensando... Pensava que ele ia nascer doentinho, porque eu sentia muita dor, assim, na minha barriga.” (AT 16)

3 - Relacionada à não aceitação/negação do bebê

- “Ai... pensar mesmo [no bebê], foi só nos últimos meses [de gestação]. Nos primeiros meses, eu não... eu não queria nem saber! Não queria, não! Eu... achava...” (AT 25)

- “Eu não imaginava [sobre o bebê]. Eu não aceitava [a gravidez], entendeu?!” (AT 3)

Genérica

- “[Esperava] Que não seria tão fácil.” (PT 60)

Expectativa Materna Conflituosa

As verbalizações maternas referem-se às expectativas, atribuindo valores ambivalentes à questões relativas ao bebê, à amamentação e à maternidade.

- “Vai ser assim... Não vai ser muito difícil! Mas, também não vai ser fácil. De repente, é...” (PT 31)

- “[Pensava] se... o nenê estava crescendo... Eu pensava tanta coisa! Eu pensava se o nenê ia nascer com saúde, se ia... ter algum problema, por causa que eu fumava e ficava todo mundo falando na minha cabeça...” (AT 22)

Expectativa Materna *Neutra*

As verbalizações maternas referem-se às expectativas relativas ao bebê e à maternidade, sem atribuição de caráter valorativo.

1 - Relacionada ao bebê

- *Preferência por gênero*

- “E que fosse menino. Eu sempre quis menino.” (PT 14)

- “Ah, antes eu pensava que era moleque. Eu pensava que era um menininho porque ela mexia muito!” (PT 19)

- “[Esperava] Uma menina. Eu tinha certeza que ia ser uma menina.” (AT 24)

- *Atribuição de características físicas e comportamentais*

- “(...) como que ele ia ser, assim, fisicamente, porque eu tenho quatro, três moreninho e uma loirinha, né, que a mais nova é loirinha. Eu imaginava se ele ia ser moreninho, se ele ia ser loirinho... Eu acho que mais é isso mesmo.” (PT 17)

- “Eu achei, assim, que ela ia puxar mais a família do meu marido (...)” (AT 14)

2 - Relacionada à maternidade

- *Identificação com um modelo de mãe*

- “[Eu queria ser uma mãe igual] A que foi minha mãe! É, minha mãe!” (PT 2)

- “[Eu queria ser uma mãe] Igual a minha.” (PT 38)

- Manifestação do desejo de ter uma identidade própria de mãe
- “[Eu queria ser uma mãe igual a] Essa que eu estou sendo agora.” (PT 43)
- “[Eu queria ser uma mãe] Ah, do jeito que eu sou mesmo!” (AT 5)

Ausência de Expectativas

As verbalizações maternas referem-se às ausências de expectativas sobre a temática perguntada.

- “Eu nem imaginava nada, não!” (PT 36)
- “Ai... Pra falar a verdade, eu não esperava nada.” (PT 48)

II - CONCEPÇÕES QUANTO A GRAVIDEZ / PARTO / BEBÊ / ALEITAMENTO / MATERNIDADE

Concepção Materna *Positiva*

As verbalizações maternas referem-se à maneira como a mãe percebe e compreende, atribuindo um caráter positivo ao bebê, à amamentação e ao leite materno, à maternidade e à fé religiosa.

1 - Relacionada ao bebê

- *Relacionada ao desenvolvimento/evolução/saúde do bebê*
 - “Ele está crescendo... Eu acho que ele está pegando peso também, que ele já está até mais coradinho, gordinho, sabe?!” (PT 9)
 - “Ele tem a mesma fisionomia de quando ele nasceu, sabe?! Mas, você percebe, assim, que ele cresceu um pouquinho, mudou a textura da pele... Você passa a mão nele, você percebe que está um pouco mais... É fininha ainda, né?! Mas, no tato você percebe que está assim... Está diferente, né?! Ele está mais gordinho... Ele engordou, está com 900 gramas. Então... Ele está uma gracinha!” (PT 6)
 - “Ah, eu acho ela uma gracinha!” (AT 17)
- *Relacionada à expressão de orgulho/amor pelo bebê*

- “Ah, eu vejo ela, assim, um tudo. Tudo que eu tenho...” (PT 1)
- “Eu acho ele a coisa mais especial que aconteceu na minha vida.” (PT 9)
- “Ah, eu vejo [o bebê] como uma bênção, viu?! Uma bênção mesmo!” (AT 5)
- *Relacionada ao bebê real x bebê imaginário*
- “Ah, ele é igual ao que eu queria. Não tem que muda.” (PT 7)
- “Ah, [o bebê] é como eu imaginava.” (AT 1)
- “Eu queria que [o bebê] fosse assim mesmo, desse jeitinho. Está bom assim.” (AT 8)

2 - Relacionada à amamentação/leite

Específica

- *Relacionada ao crescimento/ desenvolvimento saudável do bebê*
- “Amamentar as criança pra poder...né, crescer forte, sem... sem problema, né?! Com saúde. Que a criança estando, é... mamando no peito, né, ela tem uma chance menor de ficar doente, né?!” (PT 1)
- “Você pode perceber que a criança que mama no peito tem menos doença...” (PT 9)
- “Ah, [o leite materno] é bom porque previne a criança de tudo quanto é tipo de doença...” (AT 2)
- *Relacionada à qualidade nutricional do leite*
- “É a principal, a principal alimentação pro nenê, né?! É o que ele mais precisa, o que, em geral, eles mais precisam.” (PT 10)
- “Porque o nenê tem que tomar o leite materno. Eu acho que até sete meses é o ... Toda mãe é obrigada, teria que ser obrigada a dar o leite materno, porque não tem coisa mais saudável que o leite materno. Toda proteína, vitamina, tudo o que tem, tem no leite materno.” (PT 12)
- “(...) e o leite sustenta ela. Dorme tranqüila... Eu vejo que sustenta ela.” (AT 19)

- *Relacionada ao vínculo mãe-bebê*

- “A gente pega mais amor, parece...” (PT 46)

- “Acho que é um momento especial pra mãe e pro filho.” (PT 41)

- “Ah, eu acho que é um vínculo entre mãe e filho. Eu acho que é uma... eu acho que é um elo, né, que une mãe e filho.” (AT 7)

- *Relacionada à emoção materna*

- “E eu fico bastante feliz de estar amamentando, de dar esse leite pra ele, né?!” (PT 49)

- “Ah, [amamentar é] muito bom! É uma sensação boa, assim, de saber, assim... Fico imaginado assim: tenho um monte de leite e está ajudando minha filha.” (AT 6)

- *Relacionada à praticidade e economia*

- “E não tem que comprar leite [quando se está amamentando]! Ainda mais agora que meu marido está desempregado.” (AT 6)

- “[Amamentar] É bom que economiza! Igual, toda hora tem leitinho pra ela.” (AT 15)

Inespecífica

- *Afirmção de qualidade genérica do leite/ amamentação*

- “Ah, [amamentar] é a melhor coisa do mundo!” (PT 24)

- “Eu acho que é muito importante o leite materno, né?! Pro bebê” (PT 35)

- “Ah, eu acho que [o leite materno] é o principal pro nenê, né?! Pro nenê que acabou de nascer. Acho que é importante.” (AT 1)

3 - Relacionada à maternidade

- *Crença de que toda mãe é ideal*

- “Mas, eu acho que é muito difícil classificar uma mãe ideal. Eu acho que todas as mães são ideais, para cada tipo de filho.” (PT 10)

- “Mãe ideal?! Acho que todas são ideal!” (AT 22)

- *Concepção da mãe ideal com ênfase nas atitudes/cuidados maternos*

- “Pra mim, a mãe ideal é aquela que nunca desampara seu filho pra nada, que sempre dá amor, carinho; que trate ele bem, sabe, sem bater... Pra mim, essa é uma mãe ideal! Que converse com o filho, sabe?!” (PT 9)

- “Ah, eu acho que uma mãe ideal é que dê muito apoio no seu filho, cuidar bem dele, não deixar faltar nada pra ele, educar ele bem, dar muito amor... Isso é uma mãe ideal!” (PT 13)

- “Ai.. A mãe ideal, acho que é aquela que não separa do filho, né?! Que cuida, que amamenta direitinho, está sempre na hora que ele está chorando lá, de noite...” (AT 12)

- *Concepção da mãe ideal com referência a um modelo externo*

- “Igual a minha [mãe].” (PT 38)

- “Mais amiga também, o que a minha mãe foi comigo. Só isso! Básico.” (PT 50)

- *Concepção da mãe ideal com referência a si própria como modelo*

- “Ah, eu sou uma ideal. Não sei, eu acho que eu sou!” (PT 14)

- “Pra ela?! Fala: ‘Eu sou uma mãe ideal, né, meu amor?!’” (AT 24)

- *Concepção acerca do vínculo mãe-bebê*

- “E quanto... Eu acho que quanto mais amor eu der pra ela, melhor ela vai ficar e mais rápido ela vai sair daqui.” (PT 21)

- “Então, o que eu posso chegar à conclusão? Não é só o leite que está dando pra menina, na boca dela, que está ajudando. Então eu acho que eu estar aqui, conversando...” (PT 21)

- *Concepção sobre o amadurecimento pessoal*

- “Sabe, quando você tem dezesseis anos não é... É totalmente diferente, sabe?! Essa gravidez da outra... Porque, agora, eu sei mais, sabe estou aprendendo mais...” (PT 31)

- “Então, é importante, né?! Precisa ter juízo, né, na cabeça?! O amor é o principal.” (PT 23)

4 - Relacionada à fé religiosa

- “[Eu vejo meu filho agora como] Uma dádiva de Deus!” (PT 3)
- “Porque, hoje é só Ele para nos livrar de todo o mal.” (PT 3)

Concepção Materna *Negativa*

As verbalizações maternas referem-se à maneira como a mãe percebe e compreende, atribuindo um caráter negativo à fragilidade do bebê nascido prematuro, à discrepância entre o bebê real e o bebê por ela imaginado, à amamentação, ao leite materno e às condutas maternas dela ou de outras mães.

1 - Relacionada à fragilidade do bebê

- “Ai, eu acho ela pequenininha! Tadinha da minha filha! Coitada!” (PT 23)
- “Como ele é prematuro... Às vezes, sempre, assim, como fala, tem... tem algum... É... Não é assim, tão... É... Ai... é um pouco diferente a criança prematura, né?! Ela é um pouco mais lento, né?!” (PT 31)

2 - Relacionada ao bebê real x bebê imaginário

- “No momento, ela ainda é diferente do que eu imaginava!” (PT 24)
- “Não é a criança que eu estava esperando!” (PT 25)

3 - Relacionada à amamentação/leite

- “Mas... não é tanto assim como eles falam: ‘Ai, protege disso, daquilo e aquilo!’ Eu já acho mentira! Porque não protege nada! Não é tão maravilhoso como eles dizem, não! Então fica meio... estranho” (PT 50)
- “E ainda também pra encher de leite, tem que estar com a mão... Ai, que coisa horrível e é uma dor danada!” (PT 2)
- “Antes, eu não gostava, não [de amamentar].” (AT 16)

- “Olha, no começo, [amamentar] foi dolorido, viu?!” (AT 5)

4 - Relacionada à maternidade

- “Já aquela que deixa o filho sair pra todo lugar, é a que não é uma mãe ideal, que ela está achando que é a mãe ideal, mas, no final, ela não está sendo.” (PT 2)

- “Não adianta nada você colocar um filho no mundo, mas não cuidar direito, largar ali...” (PT 23)

- “(...) porque, hoje, tem muita mulher que, você pode ver, que não cuida... deixa as crianças na rua. Não presta atenção no que o filho está fazendo... Quando vê, o filho já está preso, né?!” (AT 21)

Concepção Materna *Conflituosa*

As verbalizações maternas referem-se à maneira como a mãe percebe e compreende, atribuindo valores ambivalentes ao bebê, à amamentação e à maternidade.

- “Agora, já melhorou um pouquinho, mas não está 100% (...)” (PT 74)

- “Ah, eu acho que ela é maravilhosa, né?! Pra mim, ela é linda! Está pequenininha, está magrinha, mas, pra mim, ela é muito linda! É perfeitinha, graças a Deus, que eu pedi pra Deus.” (PT 27)

- “Eu gosto [de amamentar]! Só não gosto da dorzinha, no começo, do bico do peito. Mas, eu gosto.” (AT 1)

- “Ah, às vezes, é ruim [amamentar] porque... aonde eu for, eu tenho que levar ele... pra dar de mamar. Fora isso, é tudo bom...” (AT 23)

Concepção Materna *Neutra*

As verbalizações maternas referem-se à maneira como a mãe percebe e compreende características físicas e comportamentais do bebê, sem atribuição de caráter valorativo.

1 - Relacionada ao bebê quanto a características físicas e comportamentais

- “De qualquer forma, ela puxou muito pelo pai.” (PT 5)

- “Parece com o pai, não tem o que tirar!” (PT 20)
- “Ah, eu acho que ela parece mais comigo.” (AT 14)

Desconhecimento

As verbalizações maternas referem-se ao desconhecimento da mãe sobre o assunto abordado na pergunta.

- “Acho que não tenho como ver se você ainda não pegar ele no colo, não tem como saber. E que nem eu falei, você tem que aprender.” (PT 55)
- Ai... Eu não tenho muito conhecimento [sobre leite materno], né, que eu sou marinheira de primeira viagem!” (AT 15)

III – REAÇÃO E/OU SENTIMENTO QUANTO A GRAVIDEZ / PARTO / BEBÊ / ALEITAMENTO / MATERNIDADE / INTERNAÇÃO

Reação e/ou sentimento focalizados na emoção *Positiva*

As verbalizações maternas referem-se a expressões de descrição de reações e/ou sentimentos maternos focalizados na emoção positiva, do tipo: felicidade, alegria, euforia, esperança, confiança, segurança, adaptabilidade, aceitação.

- “E eu fico feliz, estou feliz mesmo!” (PT 4)
- “Quando eu sabia que ele ia pegando peso, isso foi me animando mais. Aí, eu soube que ele foi pro oitavo andar, aí eu já pulei até, de alegria! Depois que eu peguei ele no colo, porque eu não podia pegar, né, pra não acontecer alguma coisa. Aí, eu peguei ele no colo, falei: ‘Ah, está... melhorando.’” (PT 25)
- “[o bebê nasceu com saúde] Daí, eu fiquei tranqüila.” (AT 25)

Reação e/ou sentimento focalizados na emoção *Negativa*

As verbalizações maternas referem-se a expressões de descrição de reações e/ou sentimentos maternos focalizados na emoção negativa, do tipo: choro, tristeza, raiva, mal-estar, medo, angústia, insegurança, susto, espanto, apreensão, rejeição, revolta.

- “Quando ele nasceu, eu vi ele, que a médica me mostrou, mas... Meio atordoada eu estava né?! Aí, depois eu vi ele dentro da incubadora e falei assim: ‘Gente, não...’ Distanciei dele, porque eu olhava, assim e falava : (...)” (PT 25)
- “Todo o dia eu choro, quando eu vou embora. Eu não agüento deixar ela aqui! Eu falo pras médicas: ‘Eu sei que é melhor, que ela está sendo cuidada, mas eu olho o bercinho dela, eu choro à noite’. Eu quero que ela vem logo!” (PT 26)

Reação e/ou sentimento focalizados na emoção *Conflituosa*

As verbalizações maternas referem-se a expressões de descrição de reações e/ou sentimentos maternos focalizados na emoção conflituosa, demonstrando uma oscilação ou ambivalência de emoções ou sentimentos.

- “Eu fiquei muito contente, assim, em saber que eu estava grávida, tudo. Assustei bastante, mas... Eu ficava pensando nas coisa.” (PT 25)
- “(...) eu estou segura em parte e um pouco insegura ainda. Agora, está melhor do que antes, mas ainda tem uma insegurança. Sempre a gente tem, né, eu acho... Toda vez! O filho, qualquer coisinha que acontece, a gente tem essa insegurança, né?!” (PT 39)

IV - DESCRIÇÕES ACERCA DE GRAVIDEZ / PARTO / BEBÊ / ALEITAMENTO / MATERNIDADE

1 - Descrição do padrão de comportamento do bebê

As verbalizações maternas referem-se às expressões relativas à narração do padrão de comportamento do bebê.

- “Eu comecei sentir ela com quatro mês, novinha. E ela mexia muito! Viche! Desde pequenininha...” (PT 19)
- “Eu vejo as expressões dela. Eu sei assim, quando ela está irritada, quando ela está triste... Vejo no olhar dela, quando ela está contente, que ela dá umas risadinhas. Já vi ela fazendo manha. Então, já dá pra saber, mais ou menos o jeitinho dela.” (PT 5)

- “Se eu não acordar ela pra mamar, ela não acorda, não! Tem que chacoalhar ela: ‘G. vamos acordar...’ Se não, ela não acorda.” (AT 14)

2 - Descrição acerca do aleitamento

As verbalizações maternas referem-se a expressões relativas à descrição do aleitamento, focalizando a quantidade ou a qualidade de seu leite e/ou a experiência atual ou prévia de amamentar.

- *Focalizada na quantidade*

- “Tenho bastante. Eu tiro, vai para o banco e eu ainda amamento eles, todo dia.” (PT 11)
- “Eu tive só um pouquinho; só uns dois dias. Muito pouquinho! Depois já secou.” (PT 17)
- “Eu não estou tendo muito leite (...)” (AT 12)

- *Focalizada na qualidade*

- “Pelo menos a aparência, assim, você olha e ele parece ser forte!” (PT 20)
- “Eu achava que ele era fraco.” (PT 25)
- “Ai, não sei, assim, por outras pessoas, acho que o meu leite até é forte porque minha mãe fala que ele é mais... amarelinho. Não é tão clarinho!” (AT 15)

- *Focalizada na experiência de amamentar*

- “A L. eu amamentei até os 2 anos; o G., eu amamentei até o tempo... até meu segundo mês de gravidez dela [bebê]. Então eu sempre tive [o leite].” (PT 50)
- “Porque, que nem, eu tive os outros [filhos] ninguém me orientou como amamentar, nada. Então, eu ia no médico e falava: ‘Ai, eu não... O peito rachou!’. ‘Então, dá mamadeira’. Então, já era desestimulada e desistia.” (AT 25)

3 - Descrição acerca da maternidade

As verbalizações maternas referem-se a expressões relativas à descrição da maternidade focalizando a dificuldade de criação e/ ou educação de um filho, os comportamentos da mãe e/ou do bebê em episódios de interação mãe-bebê.

- *Menção da dificuldade de criação/educação de um filho*
- “(...) Eu acho que... na educação de um filho, hoje, assim, no mundo em que vivemos, é muito difícil você educar um filho, né?!” (PT 3)
- “Apesar que a gente... na situação que está hoje, a gente não pode dar tudo [para o filho], né?!” (AT 25)
- *Menção do padrão interativo mãe-bebê*
- “Que nem, a gente conversa... eu conversava com ela dentro da barriga... Essas coisas assim, né?!” (PT 23)
- “Eu conversava muito com ele, na minha barriga.” (PT 36)
- “Que elas fala que eu mimo, né?! Não mimo, assim, que eu não fico com ela no colo. Mas, eu fico conversando demais com ela. Sabe, eu vou conversando: ‘A mãe esta aqui. A mãe te ama!’ Aí, eu canto pra ela.” (PT 21)

4 - Descrição acerca da gravidez

As verbalizações maternas referem-se a expressões relativas à narração da descoberta da gravidez e de situações ocorridas no período de gestação.

- “Aí, quando eu fui fazer o ultrassom com 5 meses, aí, eu vi que era uma menina.” (AT 6)

V - IDENTIFICAÇÃO DE FATORES QUE INFLUENCIAM NO ALEITAMENTO / MATERNIDADE

Identificação de fatores que influenciam no aleitamento

As verbalizações maternas referem-se à identificação de fatores que influenciam no aleitamento, ajudando ou atrapalhando a realização do mesmo.

1 - Ajudam:

- *Bem-estar emocional/amadurecimento/pensamento positivo*

- “Ah, sempre ter pensamento positivo, né?! As pessoa que tiver em volta também... sempre estar animando ela. Não ficar falando coisa, assim, pra ela ficar triste, né?! Ter mais, assim, alegria, pensamento positivo... Eu acho que anima mais a mãe.” (PT 13)
- “O que está me ajudando [a amamentar]?! Ai... porque eu estou tranqüila!” (AT 4)
- “Acho que minha auto-estima [ajuda a amamentar].” (AT 13)
- *Características comportamentais do bebê*
 - “Ah, a hora que eu vejo a carinha dela, com aquela boquinha dela, eu fico, assim, tão feliz, assim... que eu vejo que ela fica chupando o canudinho, tadinha! Me dá uma dó! Que aí, eu não podia dar, né?!” (PT 1)
 - “ É quando ela começa a fazer aquele choro tipo... magoada... [ajuda a amamentar] Quando eu estou demorando pra dar de mamá pra ela, ela fica sentida comigo! Aí, quando eu vou dar mamá pra ela, ela... ela... ela demora pra pegar e fica com aquele chorinho de magoada...” (AT 22)
- *Condutas alimentares/nutricionais adequadas*
 - “Comer bem, se alimentar bem, tomar bastante água e ter bastante leite.” (PT 7)
 - “Eu acho que ela tem que ter uma boa alimentação, pra poder produzir o leite, pra poder amamentar ele.” (PT 9)
 - “Ah, eu como... faço uma alimentação adequada, bebo bastante líquido... [pra ajudar na amamentação].” (AT 2)
- *Esforço/responsabilidade/vontade materna*
 - “Então, é uma responsabilidade muito... Não vou dizer: 'Nossa! Que responsabilidade!' Mas, é uma responsabilidade, né?! Porque se o leite dela fica estragado, por exemplo, o que é meio difícil, mas passa pro nenê, quem vai ser prejudicado, vai ser o próprio filho dela. Então, é onde ela não quer nada de mal.” (PT 10)

- “Tem que ter bastante empenho!” (PT 22)
- “Então, a gente tem que fazer o possível [para amamentar], né?! Tem que se esforçar legal...” (AT 9)
- *Sentimentos positivos em relação ao bebê*
- “Ah, é que ele vai crescer saudável...vai pegar peso... Quando eu penso nisso, né, me dá uma vontade de amamentar ele ainda mais.” (PT 25)
- “Ai... Ah, eu acho que é o carinho que eu estou tendo por ele [que ajuda a amamentar], entendeu?! Isso me incentiva!” (AT 7)
- *Suporte psicossocial/Recursos ambientais*
- “O ambiente, né, bom... tranquilo...” (PT 2)
- “(...) Essas que são muito nova, que não entende, tem que ter como... uma pessoa pra orientar elas, né, sobre a amamentação, como é importante pro bebê.” (PT1 5)
- “Mas, a única coisa que eu pensava, assim, é porque... no pré-natal, a gente... eles [equipe do hospital] fazem muitos curso, né, e querendo, ou não, põem na cabeça da gente a importância de amamentar... Então, se não fosse esse curso, eu... eu já tinha parado [de amamentar]!” (AT 11)
- *Pensar na evolução/saúde do bebê*
- “Ver ela bem, assim gordinha como ela está. Aí, eu vou animando.” (AT 1)
- *Inespecíficos*
- “Ah, tudo. Principalmente, depois... das... Porque sempre diz que o leite materno é muito bom para a criança, né?! Principalmente amamentar...” (PT 8)
- “Acho que muita coisa pode ajudar!” (PT 17)
- *Dúvida ou desconhecimento*
- “Ah, eu não sei [o que está ajudando a amamentar]!” (PT 16)

- “Ah, não sei! Eu... eu... nem penso! Não pensei nisso, no que está me ajudando [a amamentar].” (AT 5)

- *Ausência de aspectos que ajudam*

- “Ajudando eu?! Ah, acho que nada!” (PT 35)

2 - *Atrapalham:*

- *Ausência de suporte psicossocial/recursos ambientais*

- “Acho que um lugar, assim, com... igual ela ficar na frente da televisão. Isso atrapalha! Ela tem que ficar num lugar, só ela e o bebê, tranqüilo, fazendo carinho, sem estar falando com ninguém...Só ela e o bebê curtindo aquele momento!” (PT 26)

- “O meu marido, isso sim. Isso atrapalha demais, essa situação...” (PT 36)

- *Características comportamentais do bebê*

- “Desanima um pouco porque ela ainda não pega no peito, ela ainda tem que aprender.” (PT 38)

- “Acho, assim, quando ele fica muito desinquieto, né, chorando... Daí, já fica mais difícil! Quando ele não consegue pegar o peito.” (PT 49)

- *Comentários alheios*

- “E também, não dar ouvido a tudo a que as pessoas fala. Porque, hoje em dia, tem muitas pessoas que, em vez de ajudar, só atrapalha.” (PT 4)

- “Não colocar conversa dos outros, assim, na cabeça. Tem muita gente, né, que dá conselho: ‘Ah, tira isso do peito! Esse leite aí, não vai servir de nada. Dá isso, dá aquilo’, né?! Não tem que ficar escutando conversa dos outros!” (PT 13)

- *Condutas alimentares/nutricionais inadequadas*

- “(...) alimentação, que às vezes, não é adequada... Quando não ingere líquido... Eu acredito que seja isso.” (PT 27)

- *Estresse emocional*

- “Ah, se passar muito nervoso, né?! Eles falam que não é bom, né, quando a gente está amamentando, a gente passar nervoso. Eles falam que seca, né, o leite, então não é muito bom.” (PT 1)
- “Ah, ficar preocupada, agitada.” (PT 4)
- “O nervoso. Se eu ficar muito nervosa, aí, eu já não consigo mais nada!” (AT 15)
- *Falta de interesse/vontade*
 - “Não, eu acho que é a falta de interesse!” (PT 3)
 - “Ah, eu acho que só se ela não quiser, né?!” (PT 17)
- *Sentimentos negativos em relação ao bebê*
 - “O não gostar do filho eu acho que é o único motivo que leva uma mãe a não amamentar.” (PT 5)
- *Problemas na amamentação quanto ao seio/leite/maneira adequada de amamentar*
 - “Eu acho que é a falta de cuidado com os seios, ele pode rachar, inchar demais, sabe, porque eles ensinam que a gente tem sempre que tirar o leite que sobra, né?!” (PT 9)
 - “A não ser que ela tenha um problema físico, sei lá, que ela não tenha tido leite, né?! Mas, se não for isso...” (PT 5)
 - “Ah, às vezes, quando está, assim... o peito dói. A dor atrapalha.” (AT 13)
 - “Quando o peito está muito cheio, a hora que vai sugar... a primeira sugada, dói. Dói! Aí, dá vontade de... dar mamadeira.” (AT 25)
- *Trabalho fora do lar*
 - “(...) eu acho que também tem o horário do meu serviço, quando eu voltar a trabalhar, né?!” (PT 29)
 - “O trabalho. Ter que trabalhar e dar o peito. Não dá tempo!” (PT 48)
 - “Vai depender muito, agora, do meu trabalho, quando eu voltar e dela, né, mamar também.” (AT 11)

- *Sono/Cansaço*

- “É difícil, assim, só de noite porque, assim, você não está acostumada a acordar toda hora. Aí, você está meio assim, mais sonolenta. Às vezes, você vai pôr o mamá na boca dele, você erra o buraquinho, a boquinha dele.” (AT 3)
- “Ai, quando eu estou com sono, cansada... Nossa!” (AT 22)

- *Dúvida ou desconhecimento*

- “Ai, essa não sei dizer, não! Não sei, não!” (PT 22)

- *Ausência de aspectos que atrapalham*

- “Nada me atrapalha.” (PT 8)
- “Nada! Desistir, nem pensar!” (AT 9)

Identificação de fatores que influenciam na maternidade

As verbalizações maternas referem-se à identificação de fatores que influenciam na maternidade, ajudando ou atrapalhando o exercício do papel de mãe (“maternagem”).

1 - Ajudam:

- *Aspectos relacionados à sua própria infância*

- “Eu acho que... eu acho que mais vem, assim, de... de trás, da criação dela, né?! Eu acho que é isso. Porque a minha mãe foi assim, que nem eu te falei, fechada, séria, não era de conversar.” (PT 17)
- “Ah, uma mãe, pra ser assim [uma boa mãe], eu acho que... vem vindo de baixo, né, lá de baixo, da educação que ela recebeu dos pais dela e, assim, em diante, pra ela poder passar pro filho dela, né?!” (AT 5)

- *Recursos pessoais maternos*

- “Eu acho que ela tem que ter muita paciência e tem que ter amor no filho, lógico, em primeiro lugar.” (PT 9)

- “Ah, saber controlar criança, né, saber a hora certa de dizer sim ou de não; ‘isso é certo, isso é errado’. Não ficar assim, a criança diz: ‘Ai, eu quero isso’, todo bem, você vai só ali, deixando, deixando, deixando... A criança chorou um pouquinho: ‘Ai, eu quero aquilo’, a mãe vai lá e já dá. Então... Procurar, né, manter o controle porque se não, depois, você não controla mais.” (PT 20)

- “Acho que, em primeiro lugar, tem que ter... na hora que ela for engravidar, ela tem que fazer... planejar bem, pensar bem pra, depois, ela não se arrepender e judiar da criança.” (AT 14)

- *Suporte psicossocial/Recursos ambientais*

- “Acho que tem que ter uma família equilibrada, né?!” (PT 6)

- “O que ajuda a gente é as outras mães, né, que já têm conhecimento. Uma pessoa da família, uma irmã... mesmo a mãe da gente. Ajuda sempre!” (PT 15)

- “Ai... ela precisa de apoio, né, de alguém.” (AT 4)

- “Ah, dentro de casa também, o marido pode ajudar um pouco, né?! Com certeza!” (AT 12)

- *Características/atitudes do bebê*

- “Tem que depender também do filho, ele tem que compreender.” (PT 2)

- “Sei lá! Eu acho que é o filho mesmo que ajuda a mãe!” (PT 22)

- *Inespecíficos*

- “Bastante paz...” (AT 24)

- *Dúvida ou desconhecimento*

- “Ai, não sei [o que ajuda uma mãe a ser a mãe ideal]!” (PT 30)

- “Ah... E agora? Não sei [o que ajuda uma mãe a ser a mãe ideal]!” (AT 15)

2 - Atrapalham:

- *Aspectos relacionados à sua própria infância*

- “Eu acho que é a maneira de ser criada, acho que vai muito da criação, na infância [da mãe]. Que eu conheço muita gente que não tem paciência com o filho.” (PT 12)
- *Descrição de comportamentos maternos de abandono/negligência em relação ao filho*
- “Uma mãe da vida, aquelas que têm nenê, não têm condições, e largam por aí ou põem no orfanato... Só se for esses casos!” (PT 10)
- “Ela [mãe] deixar o filho jogado...” (PT 13)
- *Falta de apoio/suporte/desequilíbrio familiar/falta de recursos/situação ambiental inadequada/trabalho fora do lar*
- “O pai não cumprir com a obrigação de pai.” (PT 4)
- “Acho que tem o problema financeiro, né?!” (PT 29)
- “Problemas de relacionamento com o marido e com a família. Isso atrapalha!” (PT 41)
- “Ai... Eu acho que as crise dentro de casa, eu acho, talvez, assim, né?! Brigas desentendimentos... Que nem, às vezes... É! Eu acho que é isso mesmo!” (AT 10)
- “Principalmente ser mãe solteira e ter que trabalhar, né?! Aí, não dá para ela cuidar do bebê.” (AT 16)
- *Características/atitudes maternas*
- “O que pode atrapalhar?! Eu acho que... a falta de interesse, né, da própria mãe, né?! (...)” (PT 3)
- “Ah, tem umas que é revoltada com a vida, né?! Desconta até no filho, né?!” (PT 22)
- “Ó, não consegue [ser uma boa mãe] quem não quer! Eu penso assim, tem que ter a vontade, tem que querer, porque o fato de pôr um filho no mundo... você tem que saber bem o que você quer, o que você quer pra ele... E não ter filhos e, depois, largar jogado com os outros. Eu penso assim.” (AT 20)
- “Acho que o que pode atrapalhar a mãe é, depois do parto, ter depressão... Então, assim...” (AT 22)

- *Características/atitudes do filho*

- “Ah, eu acho que... problemas de saúde de um filho atrapalham muito isso porque ela sempre vai achar que o filho é muito frágil... Vai achar que ele não suporta essas coisas!” (PT 5)
- “Ah, sei lá! Às vezes, se ela [criança] ficar... sozinha, ela acaba chorando... Daí, a gente não sabe nem o que faz; se faz o serviço ou se fica com ela...” (AT 17)

- *Inespecíficos*

- “Acho que tudo na vida da gente tem perigo de atrapalhar.” (PT 8)
- “(...) e muitas outras coisa [podem atrapalhar uma mãe a ser a mãe ideal], né, que não vêm na cabeça.” (AT 5)

- *Dúvida ou desconhecimento*

- “Não sei [o que pode atrapalhar uma mãe a ser a mãe ideal]!” (PT 2)
- “O que pode atrapalhar [uma mãe a ser a mãe ideal]?! Ah, não faço a mínima idéia!” (AT 18)

- *Ausência de situações que atrapalham*

- “Nada [atrapalha uma mãe a ser a mãe ideal].” (PT 7)
- “Ah, não! Esse negócio de mãe não tem nada que atrapalhe, não!” (PT 16)

VI- PREOCUPAÇÕES E DÚVIDAS SOBRE O ALEITAMENTO

1 - Informação/conhecimento sobre o aleitamento

As verbalizações maternas referem-se à ausência de dúvidas e preocupações sobre o aleitamento devido a esclarecimentos ou orientações recebidas.

- *Recebeu Orientações*

- “Nada. Eu acho que, assim, eu tive varias orientações, já, né?!” (PT 1)
- “Ah, eu fui bem orientada! Eles explicaram bastante aqui, no hospital.” (PT 11)

- “Agora, nada. Já foi tudo esclarecido.” (AT 25)

2 - Preocupações sobre o aleitamento

As verbalizações maternas referem-se à identificação de preocupações ou dúvidas quanto: a) ao leite secar, acabar ou ser insuficiente; b) à aceitação ou adaptação do bebê ao aleitamento; c) ao tipo de leite substituto ao materno e à aceitação do bebê em relação a esse leite; d) aos cuidados maternos em relação ao aleitamento do bebê; e) à estética do seio.

- *Relacionadas ao leite secar/acabar/ser insuficiente*

- “Minha preocupação é só secar o leite.” (PT 8)

- “A minha preocupação é que, quando eu começar a amamentar ele, se meu leite vai ser suficiente.” (PT 9)

- “Do leite não estiver... estiver... sustentando.” (AT 22)

- *Relacionadas à aceitação / adaptação do bebê ao aleitamento*

- “Ah, eu até esqueci de perguntar pra moça, do Banco de leite, se o fato dela estar recebendo outro leite, né, mesmo que seja por sonda, direto no estômago, se o meu, ela não corre o risco de rejeitar, de pegar e sentir diferente... É a única dúvida que eu tenho.” (PT 20)

- “Agora amamentação, vai dando devagarzinho, né?! Eu acho que ele ainda vai pegar ainda porque ele suga bastante. Ele tem uma boa sugação.” (PT 49)

- *Relacionadas ao leite substituto ao materno*

- “Ai... o leite, qual leite que é... Queria saber se é bom, o leite que ela vai ter que tomar.” (PT 19)

- “Eu fico pensando assim, ó, aqui, ela esta mamando do materno. Daí, eu fico pensando: ‘Será que ela vai acostumar com outro leite, quando ela for pra casa?’” (PT 28)

- *Relacionadas aos cuidados maternos do bebê em relação ao aleitamento*

- “O jeito que é... Porque agora, por enquanto, a gente está meio no escuro, né?! Então... Não é que nem bebê que nasce a termo, normal, né?! Então, tem que ter mais cuidados, né?! Então, a orientação que me derem eu vou seguir à risca, vírgula por vírgula”. (PT 6)

3 - Ausência de dúvidas e/ou preocupações

As verbalizações maternas referem-se à ausência de dúvidas e preocupações em relação ao aleitamento.

- “Nenhuma. [dúvida ou preocupação em relação à amamentação]” (PT 2)
- “Não tenho [dúvida ou preocupação em relação à amamentação]!” (AT 20)

RESÍDUO

As verbalizações maternas referem-se a: a) expressões de conteúdo apropriado à temática questionada, porém essas expressões não podem ser incluídas nas categorias elaboradas e também não se agrupam de modo a formar uma nova categoria; b) expressões de conteúdo que não eram objeto do Roteiro de Entrevista.

- “Porque era só assim... como se fosse, assim, uma chupeta para o bebê [amamentação], sabe, pra acalmar ele, então vinha... era uma acomodação minha! Propriamente minha! Então, eu gostava... Gosto, então, vamos em frente!” (PT 50)
- “Ele sempre vai no médico, mas ele não gosta que eu acompanho ele; ele gosta de ir sozinho. Então é o jeito dele, né?! [falando de outro filho]” (PT 17)
- “Minha vizinha lá não tem, a menina dela começa a gritar, ela grita, bate... Eu falo pra ela: ‘não é assim!’ Porque a mãe dela não deu carinho pra ela. A mãe dela largou muito de mão, tanto que ela tem três filhos, um de cada pai, que ela ficava mais na rua do que dentro de casa [comenta sobre outra pessoa].” (PT 12)

- Ah, porque os médico me falaram também porque... é importante dar mamá porque reduz a... É perigoso... Se, por exemplo, eu for ter uma câncer de mama, né. E, dando de mamar, reduz a possibilidade. É bem melhor pra mim também [amamentar].” (AT 12)
- “ A única coisa que eu tinha pavor era de alguém roubar [o bebê]. Eu tinha pavor! Era a única coisa que me preocupava. Eu entrava em desespero, quando eu via essas coisa na televisão!” (AT 11)

Após a elaboração do sistema de categorias, estabeleceu-se o índice de acordo entre avaliadores independentes para cada um dos tópicos temáticos do Roteiro de Entrevista, separadamente (*Representações Maternas acerca do Bebê, da Amamentação e da Maternidade*), e para o conjunto dos tópicos.

Para o cálculo do índice de fidedignidade foram utilizados os protocolos de entrevistas de 20 mães do *Grupo PT*, o que corresponde a 40% da amostra desse grupo no presente estudo. Cada unidade verbal foi categorizada por dois avaliadores independentes, familiarizados com o sistema de categorias e, em seguida, foram verificados os acordos e os desacordos entre os avaliadores. O índice de acordo foi obtido de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de acordo} = \frac{\text{Acordo}}{\text{Acordo} + \text{Desacordo}} \times 100$$

O índice de fidedignidade entre avaliadores para o tópico *Representações Maternas acerca do Bebê* do Roteiro de Entrevista foi de 91%, enquanto que, para o tópico *Representações Maternas acerca da Amamentação*, foi de 96%, e para o tópico de *Representações Maternas acerca da Maternidade*, 94%. Para o conjunto dos tópicos, o índice de fidedignidade encontrado foi de 94%. Após o estabelecimento desse índice, o sistema de categorias foi aplicado para o restante dos dados do *Grupo PT* e do *Grupo AT*.

Procedeu-se, então, à análise quantitativa e descritiva dos dados obtidos por meio da aplicação do sistema de categorias, em termos de frequência e porcentagem dos conteúdos verbais maternos. A frequência de cada categoria ou sub-categoria correspondia ao número de vezes em que essas foram expressas pelas mães quando lhes eram feitas as perguntas referentes às representações acerca do bebê. A porcentagem de cada categoria, por sua vez, foi calculada dividindo-se a frequência total das verbalizações maternas da categoria pela frequência total das verbalizações maternas expressas durante a entrevista, multiplicada por 100. A porcentagem de cada sub-categoria foi calculada dividindo-se a frequência de verbalizações referentes à determinada sub-categoria pela frequência total das verbalizações maternas da categoria correspondente, multiplicada por 100.

Calculou-se, então, a proporção de conteúdos verbais maternos referentes às categorias para cada um dos tópicos, separadamente, dividindo-se a frequência de verbalizações de uma determinada categoria pelo total de verbalizações maternas referentes ao conjunto dessas categorias. Por fim, foram calculadas as medianas e a amplitude de variação de cada categoria em cada um dos tópicos.

Correlação entre conteúdos das expressões verbais maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade e variáveis das mães e dos bebês

Para cada grupo, considerando-se os tópicos do Roteiro de Entrevista separadamente, foi realizado o teste de correlação de Spearman entre as proporções das categorias de conteúdo verbal expresso pelas mães em cada um dos tópicos do Roteiro de Entrevista e as seguintes variáveis maternas: pontuação materna no IDATE (sub-escalas Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço), pontuação materna no BDI, idade, anos de escolaridade, número de filhos, situação conjugal e trabalho fora do lar.

Especificamente, no *Grupo PT*, foi realizado o teste de correlação de Spearman entre as proporções das categorias de conteúdo verbal expresso pelas mães e as seguintes variáveis neonatais do bebê: sexo, peso ao nascimento, idade gestacional, adequação para a idade gestacional tempo de internação na UTIN, índice de Apgar no 5º minuto e índice de risco clínico neonatal (CRIB).

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) na versão 12.0 e estabeleceu-se o nível de significância de 0,05 (= 5%).

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três seções. Primeiramente, serão apresentados os dados relativos à caracterização da amostra, incluindo as características sócio-demográficas das mães do *Grupo PT* e do *Grupo AT*, os eventos vitais vivenciados pelas mães de ambos os grupos e os dados referentes às características dos bebês do *Grupo PT*.

Na segunda seção, serão apresentados os resultados relativos aos indicadores maternos de ansiedade e disforia ou depressão. Essa seção compreende os dados comparativos entre os indicadores emocionais maternos de ansiedade e disforia ou depressão dos *Grupos PT* e *AT*, sendo consideradas primeiramente as medianas dos escores maternos no IDATE e no BDI e, em seguida, os escores indicativos de ansiedade e disforia ou depressão em nível clínico, nos referidos testes. Também serão apresentados os resultados comparativos entre os indicadores emocionais maternos de ansiedade e disforia ou depressão do *Grupo PT* da 1ª avaliação (durante a hospitalização do bebê) e da 2ª avaliação (após a alta hospitalar do bebê). Na segunda seção, serão também apresentados os resultados da análise de correlação entre os dados da avaliação de ansiedade e disforia ou depressão do *Grupo PT* e variáveis maternas e do bebê.

Por fim, na terceira seção, serão apresentados os resultados relativos às verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade na seguinte ordem: a) dados descritivos das categorias e subcategorias de conteúdo verbal materno expresso pelos *Grupos PT* e *AT*, em termos de frequência e porcentagem; b) resultados da análise de correlação entre o conteúdo verbal materno e as variáveis maternas e do bebê, respectivamente. Esses resultados serão apresentados para cada um dos tópicos do Roteiro de Entrevista, separadamente.

4. 1. Caracterização da amostra

A Tabela 1 apresenta as características das mães do *Grupo PT* e do *Grupo AT* relativas a: idade, anos de escolarização, porcentagem de mães que exercem algum tipo de trabalho remunerado fora do lar e o nível ocupacional correspondente, porcentagem de mães solteiras, porcentagem de mães primigestas e número de filhos.

Tabela 1 – Características dos grupos de mães de bebês pré-termo de muito baixo peso (Grupo PT) e mães de bebês a termo (Grupo AT)

Características maternas	Grupo PT (n=50)	Grupo AT (n=25)	Valor de <i>p</i>
Idade (anos) ⁽¹⁾ – mediana (valor mínimo – valor máximo)	23 (14 – 43)	21 (16 – 29)	0,26
Escolaridade (anos) ⁽¹⁾ – Mediana (valor mínimo – valor máximo)	8 (1 – 12)	9 (4 – 12)	0,28
Trabalho remunerado fora do lar ⁽²⁾ – frequência (porcentagem)	20 (40%)	9 (36%)	0,74
Nível de ocupação ⁽¹⁾⁽³⁾ – mediana (valor mínimo – valor máximo)	1 (1 – 3)	2 (1 – 4)	0,28
Mães solteiras ⁽²⁾ – frequência (porcentagem)	13 (26%)	6 (24%)	0,85
Mães primigestas ⁽²⁾ – frequência (porcentagem)	30 (60%)	17 (68%)	0,50
Número de filhos ⁽¹⁾ – mediana (valor mínimo – valor máximo)	1 (1 – 5)	1 (1 – 4)	0,56

⁽¹⁾Teste U de Mann-Whitney; ⁽²⁾Teste do Qui-Quadrado; ⁽³⁾Classificação segundo Soares e Fernandes (1989): 1= Não-qualificada; 2= Qualificação inferior; 3= Qualificação Média; 4= Qualificação Média-Superior)

Na Tabela 1, verifica-se que não foram encontradas diferenças significativas entre os *Grupos PT* e *AT* quanto às características maternas, ou seja, as mães de ambos os grupos mostraram-se semelhantes quanto às variáveis de idade, nível de escolaridade, situação conjugal, número de filhos, porcentagem de mães primigestas, porcentagem de mães que trabalham do lar e nível ocupacional.

Ambos os grupos foram compostos por mães jovens, com idade em torno de 20 anos, escolarização mediana em torno do ensino fundamental (1^a a 8^a série), em sua maioria, com união conjugal estável. A maior parte das mães era do lar e não exercia nenhum tipo de trabalho remunerado. As mães que trabalhavam fora do lar, em sua maioria, desenvolviam ocupações de nível não qualificado ou de qualificação inferior. A maior parte das mães de ambos os grupos era primigesta e, por isso, predominou o reduzido número de filhos.

A Tabela 2 apresenta os eventos vitais, agrupados em categorias, enfrentados pelo *Grupo PT* e pelo *Grupo AT*, no período de um ano.

Tabela 2 – Eventos Vitais, agrupados em categorias, avaliados por meio de da Escala de Eventos Vitais, no Grupo PT (n=50) e no Grupo AT (n=25): frequência (f) e taxa de incidência (i)

Eventos Vitais	Grupo PT (n = 50)		Grupo AT (n = 24)		Valor de <i>p</i>
	f	i	f	i	
<i>Trabalho</i>					
Mudança de trabalho ⁽¹⁾	16	32%	7	29%	0,80
Dificuldades com a chefia ⁽²⁾	9	18%	4	17%	1,00
Perda de emprego ⁽¹⁾	18	36%	12	50%	0,25
Reconhecimento profissional ⁽²⁾	2	4%	3	12%	0,32
<i>Perda de suporte social</i>					
Morte de alguém da família ⁽¹⁾	21	42%	8	33%	0,47
Morte de um amigo ⁽²⁾	11	22%	3	12%	0,53
Morte do cônjuge	0	0	0	0	NA
<i>Família</i>					
Doença na família ⁽¹⁾	11	22%	5	21%	0,91
Separação ⁽²⁾	10	20%	3	12%	0,53
Reconciliação matrimonial ⁽²⁾	4	8%	1	4%	1,00
Casamento ⁽¹⁾	11	22%	7	29%	0,50
Gravidez	50	100%	24	100%	NA
Nascimento na família	50	100%	24	100%	NA
<i>Mudanças no ambiente</i>					
Mudança de escola ⁽²⁾	9	18%	1	4%	0,15
Mudança de casa ⁽¹⁾	24	48%	12	50%	0,87
Mudança do número de pessoas morando em casa ⁽¹⁾	20	40%	8	33%	0,58
<i>Dificuldades pessoais</i>					
Problemas de saúde ⁽²⁾	8	16%	0	0	0,05*
Mudança de hábitos pessoais ⁽²⁾	3	6%	0	0	0,55
Mudanças de atividades sociais ⁽²⁾	2	4%	0	0	1,00
Mudanças de atividades recreativas ⁽²⁾	2	4%	0	0	1,00
Mudanças de atividades religiosas ⁽²⁾	2	4%	0	0	1,00
Acidentes ⁽²⁾	5	10%	2	8%	1,00
Dificuldades sexuais ⁽²⁾	6	12%	2	8%	1,00
Aposentadoria ⁽²⁾	1	2%	0	0	1,00
<i>Finanças</i>					
Perdas financeiras ⁽¹⁾	12	24%	7	29%	0,63
Dívidas ⁽¹⁾	25	50%	18	75%	0,04*
<i>Outros</i> ⁽²⁾	4	8%	2	8%	1,00

(¹) Teste do Qui-Quadrado; (²) Teste Exato de Fisher; * $p \leq 0,05$; NA= Não Aplicável)

De acordo com a Tabela 2, em ambos os grupos, os eventos vitais com maior incidência foram: dívidas, mudança de casa, morte de alguém da família, mudança do número de pessoas morando na casa e perda de emprego.

Considerando-se cada evento vital separadamente, foram observadas diferenças estatísticas significativas em relação a dívidas e problemas de saúde. A incidência de problemas de saúde foi significativamente maior no *Grupo PT* do que no *Grupo AT*, enquanto que a incidência de dívidas foi significativamente maior no *Grupo AT*, em comparação ao *Grupo PT*.

Não foi possível realizar a análise comparativa entre grupos, em relação aos eventos: morte do cônjuge, gravidez, nascimento. Morte do cônjuge não foi observado em nenhum dos grupos, e gravidez e nascimento na família ocorreram em 100% das famílias de ambos os grupos.

Considerando-se a quantidade total de eventos vitais apontados pelos grupos, não foram observadas diferenças estatísticas significativas entre o *Grupo PT* e o *Grupo AT* (PT Med=6 [2-14]; AT Med=6 [2-10]; p=0,71).

A Tabela 3 apresenta as características dos bebês do *Grupo PT* quanto às seguintes variáveis: idade gestacional, peso ao nascimento, adequação do peso ao nascimento para a idade gestacional, Apgar do 5º minuto, índice de risco clínico neonatal (CRIB), tempo de internação em UTIN, tempo total de internação e idade cronológica do bebê, por ocasião da 1ª avaliação das mães.

Tabela 3 – Características dos bebês do grupo bebês pré-termo de muito baixo peso (Grupo PT)

Características neonatais dos bebês	Grupo PT (n=50)
Idade gestacional (semanas) – média (desvio-padrão)	31 (\pm 2)
Peso de nascimento (gramas) – média (desvio-padrão)	1.114 (\pm 246)
Adequação para a idade gestacional (PIG) – frequência (porcentagem)	39 (78%)
Apgar do 5 ^o minuto (score) – mediana (valor mínimo – valor máximo)	9 (5 – 10)
Índice de risco clínico neonatal [CRIB] (score) – mediana (valor mínimo – valor máximo)	2 (0 – 9)
Tempo de internação em UTIN (dias) – mediana (valor mínimo – valor máximo)	13,5 (0 – 92)
Tempo de internação total (dias) – mediana (valor mínimo e valor máximo)	53 (20 – 146)
Idade cronológica dos bebês por ocasião da avaliação (dias) – mediana (valor mínimo – valor máximo)	24 (3 – 55)

Na Tabela 3, nota-se que a idade gestacional média dos bebês do *Grupo PT* era de 31 semanas, com média de peso ao nascimento de 1.114 gramas, sendo que a maioria dos bebês era pequena para a idade gestacional, ou seja, eles tinham peso ao nascimento abaixo do esperado para a idade gestacional. A mediana dos escores de Apgar do 5º minuto desses bebês foi alta (9 pontos), e a mediana dos escores na CRIB foi baixa (2 pontos), denotando condições clínicas de risco leve para mortalidade e morbidade. As medianas do tempo de internação em UTIN e do tempo total de internação do bebê foram altas. Deve-se destacar que houve uma ampla variação individual no tempo de internação dos bebês na UTIN, no tempo total de internação, nos escores de Apgar do 5º minuto e nos escores da CRIB, o que pode ser observado por meio dos valores mínimo e máximo. As avaliações dos indicadores maternos de ansiedade, disforia e depressão foram realizadas entre o 3º e o 55º dia de vida dos bebês.

4. 2. Indicadores de ansiedade e disforia ou depressão materna

Comparação entre grupos - Grupo PT versus Grupo AT

A Tabela 4 apresenta as medianas e os valores mínimo e máximo dos escores nas duas sub-escalas do IDATE (Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço) e no BDI, obtidos pelas mães do *Grupo PT* e do *Grupo AT*.

Tabela 4 – Escores nas sub-escalas de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (IDATE), Disforia ou Depressão (BDI) do Grupo PT e do Grupo AT - mediana (Med) e valores mínimo e máximo (Mín - Máx)

Indicadores psicológicos (Medidas)	Grupo PT (n = 50)		Grupo AT (n = 25)		Valor de <i>p</i>
	Med	Mín – Máx	Med	Mín – Máx	
Ansiedade-Estado (IDATE)	49,5	0 – 72	46	37 – 66	0,14
Ansiedade-Traço (IDATE)	47	0 – 70	50	27 – 63	0,25
Disforia/Depressão (BDI)	9	0 – 41	7	1 – 19	0,32

(Teste de Mann-Whitney)

Verifica-se, por meio da Tabela 4, que não houve diferença significativa entre as medianas das pontuações totais obtidas nas sub-escalas de Ansiedade-Traço do IDATE e na escala BDI de Disforia ou Depressão dos *Grupos PT* e *AT*. Pode-se observar também que a amplitude de variação dos escores do *Grupo PT* nas sub-escalas analisadas foi maior que a do *Grupo AT*.

Considerando-se que uma das mães do *Grupo PT* obteve escore mínimo (zero) nas sub-escalas de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço do IDATE e na escala BDI de disforia ou depressão, a análise estatística foi realizada excluindo os escores dessa mãe especificamente. Os resultados, desconsiderando-se os escores dessa mãe, apontaram os mesmos resultados observados na Tabela 4.

A Tabela 5 apresenta a distribuição das mães quanto aos escores indicativos de sintomas clínicos apresentados nas escalas específicas de Ansiedade-Estado, Ansiedade-Traço e Disforia ou Depressão encontrados nos dois *Grupos PT* e *AT*.

Tabela 5 – Sintomas clínicos de Ansiedade (Estado e Traço), Disforia e Depressão, avaliados por meio de do IDATE e do BDI, respectivamente, no Grupo PT e no Grupo AT - frequência (f) e taxa de incidência (i)

Sintomas clínicos	Grupo PT (n = 50)		Grupo AT (n = 25)		Valor de <i>p</i>
	f	i	f	i	
Ansiedade- Estado ⁽¹⁾	16	32%	1	4%	0,006**
Ansiedade- Traço ⁽²⁾	7	14%	4	16%	1,00
Disforia ⁽²⁾	5	10%	2	8%	1,00
Depressão ⁽²⁾	7	14%	0	0	0,09

⁽¹⁾ Teste do Qui-Quadrado; ⁽²⁾ Teste Exato de Fisher; ** $p \leq 0,01$

Ao se considerar os sintomas clínicos, no entanto, pode-se verificar, na Tabela 5, que a incidência de mães do *Grupo PT* que apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade-estado foi significativamente maior do que no *Grupo AT*. Observa-se também uma tendência a maior incidência de mães do *Grupo PT* apresentarem escores indicativos de sintomas clínicos de depressão do que do *Grupo AT*. Não houve diferença significativa entre os dois grupos quanto à incidência de mães que apresentaram escores indicativos de ansiedade-traço e de disforia em nível clínico.

A Tabela 6 apresenta a distribuição das mães com indicadores clínicos de ansiedade e/ou depressão do *Grupo PT* e do *Grupo AT*, quanto ao número de sub-escalas em que as mães apresentam escores indicativos de sintomas em nível clínico.

Tabela 6 – Quantidade de escalas com escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade e disforia/depressão no Grupo PT e no Grupo AT - frequência (f) e proporção (p) de mães

Quantidade de escalas com indicadores de ansiedade, disforia ou depressão, em nível clínico	Grupo PT (n = 21)		Grupo AT (n =6)	
	f	p	f	p
1 sub-escala	12	0,57	5	0,83
2 sub-escalas	4	0,19	1	0,17
3 sub-escalas	5	0,24	0	0

Observa-se na Tabela 6 que, das 21 mães do *Grupo PT* (42%) que apresentaram escores indicativos de sintomas em nível clínico, mais da metade delas apresentou escores indicativos de sintomas clínicos em apenas uma das sub-escalas aplicadas. No *Grupo AT*, por sua vez, apenas seis mães (24%) apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos. Dentre as mães do Grupo AT que apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos, uma única mãe apresentou sintomas em nível clínico em mais de uma sub-escala.

Comparação intra-grupo - 1ª avaliação (durante a hospitalização do bebê) versus 2ª avaliação (após a alta hospitalar) no Grupo PT

Das 50 mães do *Grupo PT* avaliadas durante o período de hospitalização do bebê, sete mães não retornaram para a reavaliação, ou o bebê foi a óbito durante o período de hospitalização. Portanto os resultados da análise comparativa das duas avaliações realizadas com o *Grupo PT*, sendo a primeira durante a hospitalização do bebê e a segunda após a alta hospitalar, referem-se a 43 participantes.

A Tabela 7 apresenta as medianas e os valores mínimo e máximo dos escores nas duas sub-escalas do IDATE (Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço) e no BDI, obtidos pelas mães do *Grupo PT* nas duas avaliações realizadas, durante o período de hospitalização do bebê (1ª avaliação) e após a sua alta hospitalar (2ª avaliação).

Tabela 7 – Escores nas sub-escalas de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (IDATE), Disforia ou Depressão (BDI) do Grupo PT na 1ª avaliação e na 2ª avaliação - mediana (Med) e valores mínimo e máximo (Mín - Máx)

Indicadores psicológicos (Medidas)	1ª avaliação (n = 43)		2ª avaliação (n = 43)		Valor de <i>p</i>
	Med	Mín – Máx	Med	Mín – Máx	
Ansiedade-Estado (IDATE)	50	0-72	45	0-65	0,001**
Ansiedade-Traço (IDATE)	47	0-70	45	0-70	0,09
Disforia/Depressão (BDI)	9	0-41	9	0-36	0,09

(Teste de Wilcoxon; ** $p \leq 0,01$)

A Tabela 7 mostra que houve redução significativa da primeira para a segunda avaliação entre as medianas das pontuações do *Grupo PT* na sub-escala de Ansiedade-Estado do IDATE; após a alta hospitalar do bebê, houve redução do nível de ansiedade do tipo situacional, em relação à avaliação realizada durante a hospitalização do bebê.

A Tabela 8 apresenta a distribuição das mães quanto aos escores indicativos de sintomas clínicos apresentados nas escalas específicas de Ansiedade-Estado, Ansiedade-Traço e Disforia ou Depressão, encontrados no *Grupo PT*, nos dois momentos de avaliação: durante a hospitalização do bebê e após a sua alta hospitalar.

Tabela 8 – Sintomas clínicos de Ansiedade (Estado e Traço), Disforia e Depressão, avaliados por meio de do IDATE e do BDI, respectivamente, no Grupo PT, durante a internação hospitalar do bebê (1ª avaliação) e após a alta hospitalar (2ª avaliação) - frequência (f) e taxa de incidência (i)

Sintomas em nível clínico (Grupo PT)	1ª avaliação (n = 43)		2ª avaliação (n = 43)		Valor de <i>p</i>
	f	i	f	i	
	Ansiedade- Estado	15	35%	5	
Ansiedade- Traço	7	16%	8	19%	1,00
Disforia	5	12%	4	9%	1,00
Depressão	6	14%	5	12%	1,00

(Teste de McNemar; ** $p \leq 0,01$)

Verifica-se, na Tabela 8, que houve uma redução significativa do número de mães que apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade do tipo estado da primeira para a segunda avaliação, que foi realizada após a alta hospitalar do bebê. No entanto, não houve diferença significativa entre as duas avaliações quanto aos demais escores nas escalas de Ansiedade-Traço e de Disforia ou Depressão.

A Tabela 9 apresenta a distribuição das mães com indicadores clínicos de ansiedade e/ou depressão do *Grupo PT* na primeira avaliação, realizada durante a hospitalização do bebê em UTIN, e na segunda avaliação, realizada após a alta hospitalar do bebê, quanto ao número de sub-escalas em que elas apresentam escores indicativos de sintomas em nível clínico.

Tabela 9 – Quantidade de escalas com escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade e disforia/depressão do Grupo PT, na 1ª avaliação e na 2ª avaliação - frequência (f) e proporção (p) de mães

Quantidade de escalas com indicadores de ansiedade, disforia ou depressão, em nível clínico (Grupo PT)	1ª avaliação (n = 21)		2ª avaliação (n = 11)	
	f	p	f	p
	1 sub-escala	12	0,57	4
2 sub-escalas	4	0,19	3	0,28
3 sub-escalas	5	0,24	4	0,36

Observa-se na Tabela 9 que, das 21 mães do *Grupo PT* (42%) que apresentaram escores indicativos de sintomas em nível clínico na primeira avaliação, realizada durante a hospitalização do bebê, mais da metade delas apresentou escores indicativos de sintomas clínicos em apenas uma das sub-escalas aplicadas. Após a alta hospitalar do bebê, 11 mães (26%) apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos em pelo menos uma das sub-escalas utilizadas, tendo diminuído a proporção de mães que apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos em apenas uma sub-escala.

Associações entre indicadores de ansiedade e disforia ou depressão e variáveis das mães e dos bebês

Considerando-se a ampla variação em relação à idade cronológica do bebê, por ocasião da 1ª avaliação das mães do *Grupo PT* (3 a 55 dias), foi calculada correlação de Spearman entre a idade cronológica do bebê na data da primeira avaliação das mães e o

escore materno no IDATE e no BDI, respectivamente. Não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre essas variáveis.

Também foi realizado o teste de correlação de Spearman entre o número de dias decorridos após a alta do bebê, por ocasião da segunda avaliação das mães e a escore materna no IDATE e no BDI nessa avaliação. Também não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre essas variáveis.

A fim de verificar possíveis influências de variáveis intervenientes nos resultados do *Grupo PT*, foram realizadas correlações entre as pontuações das mães desse grupo nas duas sub-escalas do IDATE e no BDI e variáveis maternas (idade, escolaridade, número de filhos, trabalho fora do lar e situação conjugal) e variáveis neonatais do bebê (idade gestacional, peso ao nascimento, adequação do peso ao nascimento para a idade gestacional, tempo de internação na UTIN, Apgar do 5^o minuto e o índice de risco clínico neonatal, medido pelo CRIB), que se encontram na Tabela 10.

Tabela 10 – Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r) entre os escores nas sub-escalas de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço do IDATE, na escala de Disforia ou Depressão BDI e variáveis dos bebês e das mães do Grupo PT

Variáveis	Ansiedade-Estado r	Ansiedade-Traço r	Disforia/Depressão r
<i>Do bebê</i>			
Idade gestacional	- 0,29*	- 0,05	0,04
Peso de nascimento	- 0,35*	- 0,19	-0,04
Adequação do peso para a idade gestacional	0,01	- 0,12	- 0,16
Índice de APGAR no 5º minuto	- 0,18	-0,03	0,10
Índice de Risco Clínico Neonatal (CRIB)	0,28	0,19	0,01
Tempo de internação na UTIN	0,33*	0,11	- 0,05
<i>Da mãe</i>			
Idade	0,18	0,04	- 0,06
Escolaridade	- 0,23	- 0,39**	- 0,29*
Número de filhos	0,18	0,30*	0,05
Trabalho fora do lar	-0,05	0,02	-0,11
Situação conjugal	0,05	0,09	0,00

(* p≤0,05; ** p≤0,01)

Foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas entre os escores maternos na sub-escala de Ansiedade-Estado e o peso ao nascimento e a idade gestacional do bebê, respectivamente, do *Grupo PT*. Além disso, foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre os escores maternos na sub-escala de Ansiedade-Estado e o tempo de internação do bebê na UTIN. Isso significa que, para o *Grupo PT*, quanto menor o peso ao nascimento e a idade gestacional do bebê e maior o tempo de internação na UTIN, maior o nível de ansiedade materna do tipo situacional.

Não foram detectadas correlações estatisticamente significativas entre os escores nas escalas de ansiedade e disforia/depressão e as demais variáveis neonatais do bebê.

Quanto às variáveis maternas analisadas, foram verificadas correlações negativas estatisticamente significativas entre os escores maternos na sub-escala de Ansiedade-Traço do IDATE e na escala BDI de disforia ou depressão e o nível de escolaridade materno. Portanto quanto menor o nível de escolaridade materno, maiores os níveis de ansiedade do tipo traço e de disforia/depressão. Além disso, foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre os escores maternos na sub-escala de Ansiedade-Traço e o número de filhos; quanto maior o número de filhos, mais elevado o nível de ansiedade do tipo traço estável.

Independentemente das condições neonatais dos bebês, durante o período de hospitalização, principalmente durante o período de internação na UTIN, os bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso estão suscetíveis a intercorrências em sua evolução clínica. Considerando-se que a primeira avaliação dos indicadores de ansiedade e disforia ou depressão das mães do *Grupo PT* foi realizada durante o período de hospitalização dos bebês, analisou-se se havia presença de intercorrências na evolução clínica dos bebês no

dia exato e no dia anterior à primeira avaliação das mães. As intercorrências analisadas diziam respeito a patologias, sintomas clínicos e alguns tratamentos.

Dos 50 bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, internados no HCFMRP-USP, 23 bebês (46%) apresentaram algum tipo de intercorrência no dia da avaliação dos indicadores de ansiedade e disforia ou depressão das mães, ou no dia anterior à avaliação. Dentre esses bebês, 14 (61%) apresentaram apenas uma intercorrência, 4 (17%) apresentaram duas intercorrências, 4 (17%) apresentaram duas e, por fim, um único bebê apresentou seis intercorrências.

As incidências das intercorrências verificadas, em ordem de maior ocorrência foram: apnéia (16%); queda de saturação (10%); icterícia (8%); transfusão sangüínea (6%); desconforto respiratório (6%); bradicardia (4%); hemorragia intra ventricular / hemorragia intra craniana (4%); anemia (4%); taquipnéia (4%); desidratação (4%); hipoativo / hiporeativo (4%); membrana hialina (2%); dispnéia (2%); acidose metabólica (2%); aminofilia (2%); insuficiência renal (2%).

Em seguida, calculou-se correlação de Spearman entre a presença de intercorrências clínicas na evolução do bebê e o escore materno no IDATE e no BDI, respectivamente, por ocasião da primeira avaliação. Não foram verificadas correlações estatisticamente significativas entre essas variáveis.

Para o *Grupo AT* foram calculadas correlações entre as pontuações das mães desse grupo nas duas sub-escalas do IDATE e no BDI e variáveis maternas, tais como idade, escolaridade e número de filhos.

A Tabela 11 apresenta as correlações de Spearman entre os escores nas sub-escalas do IDATE e na escala do BDI e variáveis maternas e do bebê do *Grupo AT*.

Tabela 11 – Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r) entre os escores nas sub-escalas de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço do IDATE, na escala de Disforia ou Depressão BDI e variáveis das mães do Grupo AT

Variáveis	Ansiedade-Estado r	Ansiedade-Traço r	Disforia/Depressão r
<i>Da mãe</i>			
Idade	-0,32	-0,05	0,02
Escolaridade	-0,05	-0,32	-0,33
Número de filhos	-0,07	0,02	0,20
Trabalho fora do lar	-0,48*	-0,31	-0,12
Situação conjugal	0,05	0,30	0,27

(* $p \leq 0,05$)

Quanto às variáveis maternas do *Grupo AT* analisadas, verificou-se correlação negativa estatisticamente significativa entre os escores maternos na sub-escala de Ansiedade-Estado do IDATE e o trabalho remunerado fora do lar. Portanto mães que não trabalhavam fora do lar apresentavam níveis de ansiedade do tipo estado mais elevados. Diferentemente do *Grupo PT*, não foram verificadas correlações estatisticamente significativas entre os escores maternos na sub-escala de Ansiedade-Traço do IDATE e na escala BDI de disforia ou depressão e variáveis maternas.

4. 3. Expressões verbais maternas

Nesta seção serão apresentados os resultados relativos às verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade. Para cada um desses tópicos do Roteiro de Entrevista serão apresentados, primeiramente, os dados descritivos das categorias e subcategorias de conteúdo verbal materno expresso pelos *Grupos PT e AT*, em termos de frequência e porcentagem. Em seguida, serão apresentados os resultados da análise de correlação entre o conteúdo verbal materno e as variáveis maternas e do bebê, respectivamente.

Expressões verbais maternas acerca do bebê

A Tabela 12 apresenta, em ordem de maior ocorrência, a frequência e a porcentagem de ocorrência das categorias e subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas acerca do bebê nos *Grupos PT e AT*. A frequência de cada categoria ou subcategoria corresponde ao número de vezes em que essas foram expressas pelas mães quando lhe eram feitas as perguntas referentes às representações acerca do bebê. A

porcentagem de cada categoria, por sua vez, foi calculada dividindo-se a frequência total das verbalizações maternas da categoria pela frequência total das verbalizações maternas expressas durante a entrevista, multiplicada por 100. A porcentagem de cada sub-categoria foi calculada dividindo-se a frequência de verbalizações referentes à determinada sub-categoria pela frequência total das verbalizações maternas da categoria correspondente, multiplicada por 100.

Tabela 12 – Categorias e subcategorias do conteúdo verbal materno nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE CONTEÚDO VERBAL MATERNO	PT (n=50)		AT (n=25)	
	f	%	f	%
EXPECTATIVAS quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	230	54	68	57
Expectativa Materna <i>Positiva</i>	167	73	35	52
Expectativa Materna <i>Neutra</i>	39	17	17	25
Expectativa Materna <i>Negativa</i>	11	5	11	16
Expectativa Materna <i>Conflituosa</i>	10	4	4	6
Ausência de Expectativas	3	1	1	1
CONCEPÇÕES quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	95	23	39	33
Concepção Materna <i>Positiva</i>	61	64	33	85
Concepção Materna <i>Negativa</i>	23	24	1	2
Concepção Materna <i>Conflituosa</i>	4	5	0	0
Concepção Materna <i>Neutra</i>	7	7	5	13
REAÇÕES E/OU SENTIMENTOS quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	53	12	1	1
Focalizados na Emoção <i>Positiva</i>	16	30	1	100
Focalizados na Emoção <i>Negativa</i>	32	60	0	0
Focalizados na Emoção <i>Conflituosa</i>	5	10	0	0
DESCRIÇÕES acerca de gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	16	4	4	3
IDENTIFICAÇÃO DE FATORES QUE INFLUENCIAM no aleitamento / maternidade	3	1	0	0
OUTRAS	9	2	4	3
RESÍDUO	16	4	4	3
TOTAL	422	100	120	100

De acordo com a Tabela 12, as verbalizações referentes a expectativas e concepções maternas quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade foram as mais frequentes em ambos os grupos. Cabe ressaltar que as três perguntas do Roteiro de

Entrevista analisadas reportavam-se à expectativa materna em relação ao bebê durante a gestação, à concepção materna do bebê no momento da entrevista e à expectativa materna em relação ao futuro do bebê.

Nos dois grupos, considerando-se as expectativas maternas, predominaram as expectativas positivas, seguidas das verbalizações referentes a expectativas neutras.

Quanto às concepções maternas relativas a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, tanto no *Grupo PT* quanto no *Grupo AT*, predominaram as concepções positivas. Entretanto, no *Grupo PT*, observa-se uma porcentagem mais alta de verbalizações referentes a concepções negativas em comparação ao *Grupo AT*. Neste, as verbalizações referentes a concepções positivas são seguidas por verbalizações de concepções neutras.

Nota-se ainda, no *Grupo PT*, uma maior frequência de conteúdos verbais relativos a reações e sentimentos quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, predominantemente focalizados na emoção negativa, em comparação ao *Grupo AT*.

A Tabela 13 apresenta a frequência e a porcentagem de ocorrência das subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas, referentes à categoria de Expectativas Maternas quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, nos *Grupos PT e AT*.

Tabela 13 – Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Expectativas Maternas quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)

EXPECTATIVAS QUANTO A GRAVIDEZ / PARTO / BEBÊ / ALEITAMENTO / MATERNIDADE	PT		AT	
	(n=50)		(n=25)	
	f	%	f	%
Expectativa Materna Positiva	167	73	35	52
<i>Específica</i>				
Relacionada ao bebê				
- Desenvolvimento / evolução / saúde do bebê no futuro	42	18	14	21
- Recém nascidos saudável / a termo / bonito	33	14	4	6
- Desejo de alta hospitalar	26	11	0	0
Relacionada à maternidade				
- Cuidados do bebê	28	12	8	12
- Desejo de ser a mãe ideal	3	2	3	4
Relacionada à chegada do parto	6	3	1	1
Relacionada à gravidez saudável	2	1	0	0
Relacionada à fé religiosa	2	1	0	0
Relacionada à amamentação				
- Vontade de amamentar	1	1	0	0
<i>Genérica</i>	24	10	5	8
Expectativa Materna Neutra	39	17	17	25
Relacionada ao bebê				
- Atribuição de características físicas e comportamentais	22	9	11	16
- Preferência por gênero	17	8	6	9
Expectativa Materna Negativa	11	5	11	16
<i>Específica</i>				
Relacionada ao problema do bebê	11	5	6	9
Relacionada a não aceitação / negação do bebê	0	0	4	6
<i>Genérica</i>	0	0	1	1
Expectativa Materna Conflituosa	10	4	4	6
Ausência de expectativas	3	1	1	1
TOTAL	230	100	68	100

Observa-se, na Tabela 13, que nos dois grupos predominaram expectativas positivas, sendo que o *Grupo PT* apresentou mais expectativas positivas do que o *Grupo AT*. Em ambos os grupos, as expectativas positivas referiam-se principalmente às expectativas relacionadas ao desenvolvimento, à evolução e à saúde do bebê no futuro, como nas seguintes verbalizações:

“Ah, espero que ela possa evoluir, né, assim, bem... que não aconteça nada, assim, mais daqui pra frente com ela, né?! Que ela seja uma criança perfeita, né, assim, com bastante saúde...” (PT 23)

“Ai, eu espero, assim, que não aconteça nada, né, que ele cresça com saúde (...)” (AT 25)

No *Grupo PT*, observa-se ainda alta frequência de conteúdos verbais referentes ao desejo de alta hospitalar do bebê e do papel materno nos cuidados do bebê após a alta, além de expectativas de ter um bebê saudável, a termo e bonito, durante a gestação. No *Grupo AT*, além das expectativas positivas relacionadas ao desenvolvimento, à evolução e à saúde do bebê no futuro, verifica-se a alta porcentagem de verbalizações referentes aos cuidados maternos em relação ao bebê.

As expectativas maternas neutras, desprovidas de conotação positiva ou negativa, corresponderam a 17% das verbalizações do *Grupo PT* e 25% do *Grupo AT*. As expectativas neutras referiam-se, em ambos os grupos, à expectativa de que o bebê tivesse determinadas características físicas e/ou comportamentais ou à preferência materna pelo sexo do bebê, como nas verbalizações:

“Oh, eu esperava que ela ia ter cabelo pretinho...” (PT 26)

“Aí, eu ficava imaginando que ele ia ser um pouco de mim e um pouco do meu marido, né?! E era isso mesmo que eu imaginava, com quem ele ia parecer, como que ele ia ser, se ele ia ser claro ou se ele ia ser escuro...” (AT 5)

“Eu queria um menino, né?! Eu sonhava com um menino, no começo... Até os 4 meses, assim...” (AT 6)

Os conteúdos verbais referentes a expectativas negativas e conflituosas foram pouco freqüentes em ambos os grupos. Entretanto, o *Grupo PT* apresentou menos expectativas negativas do que o *Grupo AT*.

A Tabela 14 apresenta a freqüência e a porcentagem de ocorrência das subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas, referentes à categoria de Concepções Maternas quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, nos *Grupos PT e AT*.

Tabela 14 – Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Concepções Maternas quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)

CONCEPÇÕES QUANTO A GRAVIDEZ / PARTO / BEBÊ / ALEITAMENTO / MATERNIDADE	PT		AT	
	(n=50)		(n=25)	
	f	%	f	%
Concepção Materna Positiva	61	64	33	85
Relacionada ao bebê				
- Relacionada ao desenvolvimento / evolução / saúde do bebê	35	37	15	39
- Relacionada à expressão de orgulho / amor pelo bebê	14	15	7	18
- Relacionado ao bebê real X bebê imaginário	6	6	10	26
Relacionada à maternidade				
- Concepção acerca do vínculo mãe-bebê	4	4	0	0
- Concepção acerca do amadurecimento pessoal materno	1	1	0	0
Relacionada á fé religiosa	1	1	0	0
Relacionada à amamentação / leite				
- Relacionada ao crescimento / desenvolvimento saudável do bebê	0	0	1	2
Concepção Materna Negativa	23	24	1	2
Relacionada à fragilidade do bebê	21	22	0	0
Relacionada ao bebê real X bebê imaginário	2	2	1	2
Concepção Materna Neutra	7	7	5	13
Relacionada ao bebê				
- Atribuição de características físicas e comportamentais	7	7	5	13
Concepção Materna Conflituosa	4	5	0	0
TOTAL	95	100	39	100

De acordo com a Tabela 14, em ambos os grupos predominaram concepções positivas, mas observa-se que o *Grupo PT* apresentou menos concepções positivas do que o *Grupo AT*.

Nos dois grupos, predominaram concepções positivas relacionadas ao desenvolvimento, à evolução e à saúde do bebê, como nas verbalizações seguintes:

“Agora ele está bem! Está uma gracinha! Está lindo! Está diferente...” (PT 6)

“[Vê a filha] Perfeitinha e com saúde!” (AT 2)

Observou-se ainda, nos dois grupos, alta frequência de expressões de orgulho e amor pelo bebê, como nas verbalizações:

“Eu acho ele [o bebê] a coisa mais especial que aconteceu na minha vida” (PT 9)

“Nossa, [o bebê] é a coisa mais importante da minha vida!” (AT 11)

Contudo, além desses tipos verbalizações, o *Grupo AT* verbalizou frequentemente a satisfação pelo fato de o bebê ser como a mãe o havia imaginado durante a gestação, o que não foi verificado no *Grupo PT*. A seguir, encontra-se um exemplo deste tipo de verbalização, observado no *Grupo AT*:

“(...) Eu não aceitava [a gravidez], entendeu?!” (AT 3)

Ao mesmo tempo, verifica-se que, diferentemente do *Grupo AT*, no *Grupo PT*, 24% das mães expressaram também concepções negativas, relacionadas principalmente à fragilidade do bebê, como na verbalização:

“Ai, eu acho ela pequenininha (...) Pra mexer nela, tem que ter muito cuidado. Acho isso!” (PT 23)

A Tabela 15 apresenta a frequência e a porcentagem de ocorrência das subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas, referentes à categoria de Reações e Sentimentos Maternos quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, nos *Grupos PT e AT*.

Tabela 15 – Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Reações e Sentimentos Maternos quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)

REAÇÕES E/OU SENTIMENTOS QUANTO A GRAVIDEZ / PARTO / BEBÊ / ALEITAMENTO / MATERNIDADE	PT (n=50)		AT (n=25)	
	f	%	f	%
Focalizados na Emoção Negativa	32	60	0	0
Focalizados na Emoção Positiva	16	30	1	100
Focalizados na Emoção Conflituosa	5	10	0	0
TOTAL	53	100	1	100

Pode-se notar, pela Tabela 15, que 90% das mães do *Grupo PT* verbalizaram suas reações e seus sentimentos quanto à gravidez, ao parto, ao bebê, ao aleitamento ou à maternidade, focalizados nas emoções negativas ou conflituosas. O seguinte exemplo refere-se a uma verbalização sobre reações e sentimentos focalizados na emoção negativa:

“De vez em quando, ela [bebê] me dá cada susto, né?! Eu ainda tenho muito medo... Sabe, eu cheguei a sonhar duas vezes que ela tinha tido o mesmo problema dele [irmão gemelar que foi a óbito]. De tanto medo que eu tive, eu já não conseguia nem dormir mais!” (PT 8)

No *Grupo AT*, por sua vez, apenas uma única mãe verbalizou a sua reação e seu sentimento positivo em relação ao bebê.

Associações entre as expressões verbais maternas acerca do bebê e variáveis das mães e dos bebês

Primeiramente, serão apresentadas as correlações entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas e do bebê, respectivamente, do *Grupo PT*. Em seguida, serão apresentadas as correlações entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas do *Grupo AT*.

Considerando-se que as verbalizações de caráter negativo e conflituoso foram pouco frequentes, essas verbalizações foram agrupadas. Portanto, para o tópico de *Representações Maternas acerca do Bebê*, juntaram-se as categorias de *Expectativa Materna Negativa* e *Expectativa Materna Conflituosa*, assim como as categorias *Concepção Materna Negativa* e *Concepção Materna Conflituosa* e as categorias *Reações e/ou Sentimentos focalizados na emoção Negativa* e *Reações e/ou Sentimentos focalizados na emoção Conflituosa*. Obtiveram-se, assim, as seguintes categorias: *Expectativa Materna Positiva*, *Expectativa Materna Negativa ou Conflituosa*, *Expectativa Materna Neutra*, *Concepção Materna Positiva*, *Concepção Materna Negativa ou Conflituosa*, *Reações e/ou Sentimentos focalizados na emoção Positiva*, *Reações e/ou Sentimentos focalizados na emoção Negativa ou Conflituosa*.

A Tabela 16 apresenta os coeficientes de correlações de Spearman (r), que foram estatisticamente significativas, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas do *Grupo PT*.

Tabela 16 – Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas no Grupo PT

Categorias de conteúdo verbal	Variáveis maternas	r	Valor de p
<i>Variáveis Emocionais</i>			
Expectativa Materna Neutra	Escore no IDATE (Ansiedade-Traço)	-0,33	0,02
	Escore no BDI	-0,48	≤ 0,01
Concepção Materna Positiva	Escore no IDATE (Ansiedade-Estado)	-0,34	0,02
Reações e/ou Sentimentos focalizados na emoção Negativa ou Conflituosa	Escore no IDATE (Ansiedade-Estado)	0,49	≤ 0,01
	Escore no IDATE (Ansiedade-Traço)	0,42	≤ 0,01
	Escore no BDI	0,33	0,02
<i>Variáveis Sócio-demográficas</i>			
Expectativa Materna Positiva	Número de filhos	-0,35	0,01
Expectativa Materna Neutra	Anos de escolaridade	0,30	0,03
Concepção Materna Negativa ou Conflituosa	Trabalho fora do lar	-0,28	0,05

De acordo com a Tabela 16, no *Grupo PT*, quanto maior o nível de escolaridade materno e menores os níveis de disforia ou depressão e de ansiedade do tipo disposicional, maior a proporção de conteúdos verbais referentes a expectativas neutras.

Observa-se que quanto maior o nível de ansiedade materna do tipo situacional, maior a proporção de concepções maternas positivas em relação a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade.

Por fim, pode-se notar que as concepções maternas negativas ou conflituosas, por sua vez, estão associadas significativamente ao fato de as mães serem do lar e não exercerem trabalho remunerado fora dele.

Quanto às reações e sentimentos focalizados na emoção negativa e/ou conflituosa, verificou-se que quanto maiores os níveis de ansiedade, tanto disposicional quanto situacional, e de indicadores de depressão das mães do *Grupo PT*, maior a proporção de verbalizações a respeito de reações e sentimentos focalizados nesse tipo de emoção.

Por fim, pode-se notar que quanto menor o número de filhos, mais expectativas maternas positivas em relação a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade.

A Tabela 17 apresenta os coeficientes de correlações de Spearman (r), que foram estatisticamente significativas, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis neonatais do bebê do *Grupo PT*.

Tabela 17 – Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis neonatais do bebê no Grupo PT

Categorias de conteúdo verbal	Variáveis neonatais do bebê	r	Valor de p
Concepção Materna Positiva	Peso ao nascimento	0,37	0,01
	Idade gestacional	0,29	0,04
	Tempo de internação na UTIN	-0,30	0,03
	Índice de risco clínico neonatal (CRIB)	-0,31	0,04

Concepção Materna Negativa ou Conflituosa	Peso ao nascimento	-0,49	≤ 0,01
	Tempo de internação na UTIN	0,31	0,03
	Índice de risco clínico neonatal (CRIB)	0,50	≤ 0,01

Na Tabela 17, pode-se observar que houve correlações positivas estatisticamente significativas entre as concepções maternas positivas e o peso ao nascimento e a idade gestacional, respectivamente. Portanto quanto maior o peso ao nascimento e a idade gestacional do bebê, maior a proporção de concepções maternas positivas.

Por outro lado, observam-se correlações negativas estatisticamente significativas entre concepções positivas e o índice de risco clínico neonatal do bebê e o seu tempo de internação na UTIN; quanto maior o índice de risco clínico neonatal do bebê e maior o seu tempo de internação na UTIN, menor a proporção de conteúdos verbais maternos referentes a concepções positivas.

Além disso, pode-se notar que quanto menor o peso ao nascimento do bebê, maior o índice de risco clínico neonatal e maior o tempo de internação do bebê na UTIN, mais concepções maternas negativas ou conflituosas.

Em relação ao *Grupo AT*, verifica-se apenas uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a proporção de expectativas neutras por parte das mães e o escore materno na sub-escala de Ansiedade-Traço do IDATE. Dessa forma, quanto mais elevado o nível de ansiedade do tipo traço, maior a quantidade de respostas referentes a expectativas neutras em relação ao bebê.

Expressões verbais maternas acerca da amamentação

A Tabela 18 apresenta, em ordem de maior ocorrência, a frequência e a porcentagem de ocorrência das categorias e subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas nos *Grupos PT* e *AT*. A frequência de cada categoria ou sub-categoria corresponde ao número de vezes em que essas foram expressas pelas mães quando lhes eram feitas as perguntas referentes às representações acerca do bebê. A porcentagem de cada categoria, por sua vez, foi calculada dividindo-se a frequência total das verbalizações maternas da categoria pela frequência total das verbalizações maternas expressas durante a entrevista, multiplicada por 100. A porcentagem de cada sub-categoria foi calculada dividindo-se a frequência de verbalizações referentes a determinada sub-categoria pela frequência total das verbalizações maternas da categoria correspondente, multiplicada por 100.

Tabela 18 – Categorias e subcategorias do conteúdo verbal materno nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE CONTEÚDO VERBAL MATERNO	PT		AT	
	(n=50)		(n=25)	
	f	%	f	%
CONCEPÇÕES quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	181	27	85	31
Concepção Materna <i>Positiva</i>	143	79	68	80
Concepção Materna <i>Negativa</i>	31	17	10	12
Desconhecimento	5	3	1	1
Concepção Materna <i>Conflituosa</i>	2	1	6	7
IDENTIFICAÇÃO DE FATORES QUE INFLUENCIAM no aleitamento	151	23	67	24
Fatores que <i>Atrapalham</i>	79	52	31	46
Fatores que <i>Ajudam</i>	72	48	36	54
EXPECTATIVAS quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	120	18	44	16
<i>Expectativa Materna Positiva</i>	115	96	43	98
<i>Expectativa Materna Negativa</i>	4	3	0	0
<i>Expectativa Materna Conflituosa</i>	0	0	1	2
<i>Ausência de Expectativas</i>	1	1	0	0
DESCRIÇÕES acerca de gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	104	16	45	16
PREOCUPAÇÕES E DÚVIDAS sobre a aleitamento	63	9	26	9
REAÇÕES E/OU SENTIMENTOS quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	10	1,5	2	1
Focalizados na Emoção Positiva	3	30	1	50
Focalizados na Emoção Negativa	7	70	1	50
OUTRAS	32	5	7	2,5
RESÍDUO	3	0,5	1	0,5

Nota-se, na Tabela 18, que verbalizações referentes a concepções maternas quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade foram as mais freqüentes em ambos os grupos, seguidas pelas verbalizações de identificação de fatores que influenciam na amamentação e pelas expectativas maternas quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, respectivamente. Cabe ressaltar que as perguntas do tópico sobre amamentação do Roteiro de Entrevista reportavam-se a concepções e expectativas em relação à amamentação e à identificação de fatores que ajudam e que atrapalham na amamentação.

Nos dois grupos, foram observadas também verbalizações referentes a descrições acerca de gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade e relativas a preocupações e dúvidas acerca do aleitamento e da amamentação.

Considerando-se as concepções e as expectativas maternas, elas foram predominantemente positivas, em ambos os grupos. Quanto aos fatores que influenciam na amamentação, por sua vez, observa-se que no *Grupo PT* houve o predomínio de fatores que atrapalham em comparação aos fatores que ajudam, enquanto que no *Grupo AT* predominaram os fatores que ajudam.

A Tabela 19 apresenta a freqüência e a porcentagem de ocorrência das subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas, referentes à categoria de Concepções Maternas quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, nos *Grupos PT e AT*.

Tabela 19 – Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Concepções Maternas quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)

CONCEPÇÕES QUANTO A GRAVIDEZ / PARTO / BEBÊ / ALEITAMENTO / MATERNIDADE	PT		AT	
	(n=50)		(n=25)	
	f	%	f	%
Concepção Materna Positiva	143	79	68	80
Relacionada à amamentação / leite - <i>Inespecífica</i>				
- Afirmação de qualidade genérica do leite / amamentação	65	36	25	29
Relacionada à amamentação / leite - <i>Específica</i>				
- Relacionada ao crescimento / desenvolvimento saudável do bebê	24	13	15	18
- Relacionada à emoção materna	20	11	10	12
- Relacionada à qualidade nutricional do leite	14	8	9	10
- Relacionada ao vínculo mãe-bebê	15	8	4	5
- Relacionada à praticidade e economia	0	0	5	6
Relacionada à fé religiosa	4	2	0	0
<i>Relacionada à maternidade</i>				
- Concepção acerca do amadurecimento pessoal	1	1	0	0
Concepção Materna Negativa	31	17	10	12
Relacionada à amamentação e/ou ao leite	13	7	10	12
Relacionada à fragilidade do bebê	12	7	0	0
Relacionada à maternidade	6	3	0	0
Desconhecimento	5	3	1	1
Concepção Materna Conflituosa	2	1	6	7
TOTAL	181	100	85	100

De acordo com a Tabela 19, em ambos os grupos, houve o predomínio de concepções positivas, principalmente concepções inespecíficas, relacionadas à qualidade genérica do leite e da amamentação, como nas verbalizações:

“Ah, eu acho o leite materno ótimo, né?!” (PT 4)

“Acho que a coisa mais linda que tem é amamentar.” (PT 8)

“Ah, [o leite materno] é o melhor leite que tem pro nenê, né?!” (AT 18)

Foram verificadas também concepções positivas específicas quanto à amamentação e ao leite materno, relacionadas ao crescimento e desenvolvimento saudável do bebê, como nas verbalizações abaixo:

“E [o leite materno] vai ajudar ele a se recuperar logo...” (PT 13)

“Porque todo bebê que eu conheço, até agora, que foi amamentado, nunca vi um, assim, doentinho... É sempre um neném saudável!” (PT 24)

“Ah, que [o leite materno] é bom pra saúde do bebê, que protege de muitas doença... Que nem, agora, eu estou com gripe, né?! Se fosse o leite... outro tipo de leite, não ia proteger ela tanto dessa gripe.” (AT 22)

Quanto às concepções negativas, no *Grupo AT*, elas foram exclusivamente em relação à amamentação e/ou ao leite materno, enquanto que no *Grupo PT* foram observadas também concepções negativas em relação à fragilidade do bebê e em relação à maternidade.

A Tabela 20 apresenta a frequência e a porcentagem de ocorrência das subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas, referentes à categoria de Identificação de Fatores que Influenciam na Maternidade, nos *Grupos PT e AT*.

Tabela 20 – Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Identificação de Fatores que Influenciam no Aleitamento nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)

IDENTIFICAÇÃO DE FATORES QUE INFLUENCIAM NO ALEITAMENTO	PT		AT	
	(n=50)		(n=25)	
	f	%	f	%
Fatores que Atrapalham	79	52	31	46
Estresse emocional	26	18	3	4
Problemas na amamentação quanto ao seio / leite / maneira adequada de amamentar	14	9	11	17
Ausência de aspectos que atrapalham	9	6	8	12
Falta de interesse / vontade	7	5	0	0
Falta de maturidade / pensamento negativo	5	3	0	0
Ausência de suporte psicossocial / recursos ambientais	5	3	0	0
Comentários do outro	3	2	0	0
Condutas alimentares / nutricionais inadequadas	3	2	0	0
Características comportamentais do bebê	2	1	0	0
Desconhecimento	2	1	0	0
Trabalho fora do lar	2	1	6	9
Sentimentos negativos em relação ao bebê	1	1	0	0
Sono / cansaço	0	0	3	4
Fatores que Ajudam	72	48	36	54
Condutas alimentares / nutricionais adequadas	15	10	3	4
Bem-estar emocional / amadurecimento / pensamento positivo	12	8	5	8
Esforço / responsabilidade / vontade materna	11	7	9	14
Sentimentos positivos em relação ao bebê	10	7	4	6
Suporte psicossocial / Recursos Ambientais	9	6	6	9
Características comportamentais do bebê	5	3	3	4
Desconhecimento	3	2	4	6
Inespecíficos	3	2	0	0
Pensar na evolução / saúde do bebê	2	1	2	3
Não trabalhar fora do lar	1	1	0	0
Ausência de aspectos que ajudam	1	1	0	0
TOTAL	151	100	67	100

Observa-se, na Tabela 20, que no *Grupo PT* houve o predomínio de verbalizações referentes à identificação de aspectos que atrapalham na amamentação, enquanto que no *Grupo AT* predominaram as verbalizações referentes à identificação de fatores que ajudam na amamentação.

Dentre os vários aspectos que atrapalham a amamentação, identificados pelo *Grupo PT*, as verbalizações referiram-se predominantemente ao estresse emocional, como na verbalização:

“Ah, se passar muito nervoso, né?! Eles falam que não é bom, né, quando a gente está amamentando, a gente passar nervoso. Eles falam que seca, né, o leite. Então, não é muito bom!” (PT 1)

No *Grupo PT*, as verbalizações relativas à identificação do estresse emocional materno como um fator que atrapalha na amamentação foram seguidas pela identificação de problemas na amamentação quanto ao seio, como, por exemplo, rachaduras no seio, quanto ao leite ou à maneira adequada de amamentar. Os seguintes exemplos referem-se a esse tipo de verbalização:

“Só se ela [mãe] deixar pro leite empedrar e não conseguir dar...” (PT 18)

“Ah, a única coisa que me atrapalha é que eu não tenho... Como se diz? Eles falam o bico, né?! Então, já fica um pouco difícil porque a boquinha dele é pequena, né?! Então, fica difícil. Mas, do resto não tem nada. Só o meu bico que não está muito formadinho.” (PT 34)

No *Grupo AT*, diferentemente do *Grupo PT*, o estresse emocional não foi muito citado pelas mães (4%), tendo predominado verbalizações referentes à identificação de problemas na amamentação quanto ao seio, como, por exemplo, dor no momento da sucção do bebê, quanto ao leite ou à maneira adequada de amamentar. A ausência de

aspectos que atrapalham a amamentação, por sua vez, foi citada por mais mães do *Grupo AT* (12%) do que pelas do *Grupo PT* (6%).

Em relação aos aspectos que ajudam na amamentação, o *Grupo PT* citou, predominantemente, as condutas alimentares e nutricionais adequadas, como na verbalização:

“Ah, comer bem, né?! Vitaminas... Ah, o médico me explicou bastante que tinha que comer bastante verdura, fruta, legumes, né?! E, agora, ele falou que é pra beber bastante água, pra dar bastante leite!” (PT 11)

O *Grupo PT* citou também, em ordem de maior ocorrência: bem-estar emocional, amadurecimento pessoal e pensamento positivo; esforço, responsabilidade e vontade maternos; sentimentos positivos em relação ao bebê e presença de suporte psicossocial e recursos ambientais, entre outros menos citados.

No *Grupo AT*, o esforço, a responsabilidade e a vontade materna foram os mais citados, seguidos pelo bem-estar emocional, amadurecimento pessoal e pensamento positivo e pela presença de suporte psicossocial e recursos ambientais.

A influência positiva do esforço, da responsabilidade e da vontade materna na amamentação pode ser verificada nas seguintes verbalizações:

“[O que pode a ajuda a amamentar o bebê] Ai, a vontade! Querer amamentar!” (AT 17)

“[O que pode a ajuda a amamentar o bebê] Ah, isso vem de mim mesmo!” (AT 20)

A Tabela 21 apresenta a frequência e a porcentagem de ocorrência das subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas, referentes à categoria de Expectativas Maternas quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, nos *Grupos PT e AT*.

Tabela 21 – Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Expectativas Maternas quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)

EXPECTATIVAS quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	PT (n=50)		AT (n=25)	
	f	%	f	%
Expectativa Materna Positiva	115	96	43	98
<i>Específica</i>				
Relacionada à amamentação				
- Vontade de amamentar	59	49	33	75
- Quantidade / qualidade do leite materno	21	18	5	12
- Aceitação da amamentação por parte do bebê	16	13	0	0
Relacionada ao bebê				
- Desenvolvimento / evolução / saúde do bebê no futuro	8	7	1	2
- Desejo de alta hospitalar	6	5	0	0
- Cuidados do bebê	0	0	4	9
Relacionada à fé religiosa				
	3	2	0	0
<i>Genérica</i>				
	2	2	0	0
Expectativa Materna Negativa	4	3	0	0
Relacionada à manifestação da recusa em amamentar / da disponibilidade de amamentar com restrição	4	3	0	0
Ausência de Expectativas	1	1	0	0
Expectativa Materna Conflituosa	0	0	1	2
TOTAL	120	100	44	100

Pode-se notar, na Tabela 21, que nos dois grupos predominaram expectativas positivas, principalmente as expectativas relacionadas à vontade materna de amamentar, o que pode ser observado nas verbalizações:

“Espero que o A. comece a mamar logo.” (PT 9)

“Espero amamentar minha filha até quando ela quiser.” (PT 18)

“Ah... Eu espero amamentar bastante tempo.” (AT 11)

Nos dois grupos, esse tipo de verbalização é seguido pelas expectativas maternas positivas, relacionadas à quantidade ou à qualidade do leite materno, como nas verbalizações:

“Ah, eu espero ter bastante leite, né, pra amamentar ela (...)” (PT 15)

“Ah, eu espero que vá em frente, né?! Que o leite não acaba logo, né?!” (PT 42)

“Ah, eu queria ter mais leite, né?! Pra não precisar dar outro leite pra ele.” (AT 12)

No Grupo *PT*, observam-se ainda expectativas maternas positivas relacionadas à aceitação da amamentação por parte do bebê, como, por exemplo:

“Eu espero que ele continue mamando, que ele não largue do meu peito!” (PT 25)

“Eu espero que ela consiga pegar o peito rápido.” (PT 40)

As expectativas maternas negativas, relacionadas à manifestação da recusa em amamentar ou da disponibilidade de amamentar com restrição, foram observadas apenas no Grupo *PT*, porém foram pouco frequentes.

A Tabela 22 apresenta a frequência e a porcentagem de ocorrência das subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas, referentes à categoria de Descrições acerca de gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, nos Grupos *PT* e *AT*.

Tabela 22 – Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Descrições acerca de gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)

DESCRICOES acerca de gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	PT (n=50)		AT (n=25)	
	f	%	f	%
Descrição acerca do aleitamento	104	100	42	93
Focalizada na quantidade	54	52	17	38
Focalizada na qualidade	32	31	11	24
Focalizada na experiência de amamentar	18	17	14	31
Descrição do padrão de comportamento do bebê	0	0	3	7
TOTAL	104	100	45	100

Quanto às descrições, de acordo com a Tabela 22, os dois grupos expressaram predominantemente verbalizações sobre a quantidade do próprio leite. Esse tipo de verbalização pode ser observado nos seguintes trechos:

“Então, a respeito do meu leite, eu penso, assim, né, que... se eu não... O meu leite eu acho que é pouco, né?! Mas, o médico falou que não, que não é pouco, que é porque ela não começou a mamar ainda, né?!” (PT 1)

“O meu leite?! Tem bastante.” (PT 14)

“Eu tenho bastante[leite]! Estou até doando...” (AT 15)

“Olha! Assim... Eu acho que ele [leite] está menos do que... das outras [gestações]. Bem menos!” (AT 10)

No Grupo PT, as descrições focalizadas na quantidade do próprio leite foram seguidas pelas descrições da qualidade do próprio leite, enquanto que no Grupo AT foram seguidas pelas descrições focalizadas na experiência de amamentar; neste foram

observadas também descrições do padrão de comportamento do bebê, o que não foi observado no *Grupo PT*.

A Tabela 23 apresenta a frequência e a porcentagem de ocorrência das subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas, referentes à categoria de Preocupações e Dúvidas sobre aleitamento ou amamentação, nos *Grupos PT e AT*.

Tabela 23 – Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria Preocupações e Dúvidas sobre aleitamento / amamentação nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)

PREOCUPAÇÕES E DÚVIDAS sobre aleitamento / amamentação	PT (n=50)		AT (n=25)	
	f	%	f	%
Ausência de preocupações e dúvidas	26	41	22	85
Informação / conhecimento sobre aleitamento / amamentação	8	13	3	11
Recebeu orientações	8	13	3	11
Preocupações sobre aleitamento / amamentação	29	46	1	4
Relacionadas ao leite secar / acabar / ser insuficiente	20	32	1	4
Relacionadas à aceitação / adaptação do bebê ao aleitamento	6	9	0	0
Relacionadas ao leite substituto ao materno	2	3	0	0
Relacionadas aos cuidados maternos do bebê	1	2	0	0
TOTAL	63	100	26	100

Pode-se notar, na Tabela 23, que no *Grupo PT* as mães expressaram mais preocupações e dúvidas em relação ao aleitamento e à amamentação, do que as do *Grupo AT*, principalmente quanto ao leite materno secar, acabar ou ser insuficiente para satisfazer o bebê, como nos trechos:

“A minha preocupação é que, quando eu começar a amamentar ele, se o meu leite vai ser suficiente... pra ele.” (PT 9)

“Ah, assim, como ele é pequenininho, né, eu fico pensando: ‘Será que encheu a barriguinha dele? Será que ele vai precisar de mais leite, assim, sem ser o meu? De um complemento?’ É isso que eu fico pensando, se o meu leite vai ser suficiente.” (PT 25)

Foram observadas ainda, no *Grupo PT*, preocupações e dúvidas quanto à aceitação e adaptação do bebê ao aleitamento, quanto ao leite substituto ao materno, caso acabe ou não seja suficiente, e em relação aos cuidados maternos do bebê.

No *Grupo AT*, a grande maioria das mães relatou não ter dúvidas e preocupações em relação ao aleitamento e à amamentação (85%), ou disseram ter recebido informações e orientações sobre o assunto (11%). Apenas uma mãe do Grupo AT expressou preocupação quanto ao leite materno secar, acabar ou ser insuficiente para satisfazer o bebê.

Associações entre as expressões verbais maternas acerca da amamentação e variáveis das mães e dos bebês

Primeiramente, serão apresentadas as correlações entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas e do bebê, respectivamente, do *Grupo PT*. Em seguida, serão apresentadas as correlações entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas do *Grupo AT*.

Assim como no tópico sobre as *Representações Maternas acerca do Bebê*, considerando-se que as verbalizações de caráter negativo e conflituoso foram pouco frequentes, essas verbalizações foram agrupadas. Portanto foram obtidas as seguintes categorias: *Expectativa Materna Positiva, Expectativa Materna Negativa ou Conflituosa, Expectativa Materna Neutra, Concepção Materna Positiva, Concepção Materna Negativa ou Conflituosa, Reações e/ou Sentimentos focalizados na emoção Positiva, Reações e/ou Sentimentos focalizados na emoção Negativa ou Conflituosa, Descrições acerca da*

Gravidez, do Parto, do Bebê, do Aleitamento e da Maternidade, Identificação de Fatores que Ajudam na Amamentação, Identificação de Fatores que Atrapalham na Amamentação, Ausência de Preocupações e Dúvidas sobre a Amamentação (acrescidas das respostas em que as mães disseram ter recebido orientações e/ou informações) e *Preocupações e Dúvidas sobre a Amamentação*.

A Tabela 24 apresenta os coeficientes de correlações de Spearman (r), que foram estatisticamente significativas, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas do *Grupo PT*.

Tabela 24 – Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas no Grupo PT

Categorias de conteúdo verbal	Variáveis maternas	r	Valor de p
<i>Variáveis Emocionais</i>			
Descrições acerca de gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	Escore no IDATE (Ansiedade-Estado)	0,33	0,02
	Escore no IDATE (Ansiedade-Traço)	0,32	0,02
<i>Variáveis Sócio-demográficas</i>			
Expectativa Materna Positiva	Anos de escolaridade	0,34	0,02
	Número de filhos	-0,40	0,01
Expectativa Materna Negativa ou Conflituosa	Número de filhos	0,30	0,03
Concepção Materna Negativa ou Conflituosa	Anos de escolaridade	0,40	0,01
Descrições acerca de gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	Anos de escolaridade	-0,29	0,04
Preocupações e Dúvidas sobre a Aleitamento	Idade da mãe	0,33	0,02
Ausência de Preocupações e Dúvidas sobre o Aleitamento	Idade da mãe	-0,28	0,05
	Situação conjugal materna	-0,29	0,04

De acordo com a Tabela 24, no *Grupo PT*, foram observadas correlações positivas significativas entre as verbalizações referentes a descrições e as pontuações nas sub-escalas de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço do IDATE. Observou-se também correlação negativa entre as verbalizações referentes a descrições e o nível de escolaridade das mães. Portanto, quanto maiores os níveis de ansiedade do tipo estável e disposicional e menor o nível de escolaridade das mães, maior a proporção de descrições sobre gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade.

Nota-se que, no *Grupo PT*, as expectativas maternas positivas foram correlacionadas com o nível de escolaridade das mães e com menor número de filhos. Desse modo, quanto maior o nível de escolaridade e menor o número de filhos das mães do *Grupo PT*, mais expectativas positivas. As expectativas negativas ou conflituosas, por sua vez, mostraram-se positivamente correlacionadas ao número de filhos.

As verbalizações sobre concepções maternas negativas e/ou conflituosas mostraram-se significativamente correlacionadas ao nível de escolaridade das mães; as mães mais escolarizadas expressaram mais esse tipo de verbalização.

Em relação às preocupações e dúvidas quanto à amamentação, quanto mais velhas as mães, maior a proporção de verbalizações sobre dúvidas e preocupações. Por outro lado, verifica-se associação entre a idade das mães e o estado conjugal com a ausência de dúvidas e preocupações em relação à amamentação; mães mais jovens e solteiras expressaram mais esse tipo de verbalização.

A Tabela 25 apresenta os coeficientes de correlações de Spearman (r), que foram estatisticamente significativas, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis neonatais do bebê do *Grupo PT*.

Tabela 25 – Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis neonatais do bebê no Grupo PT

Categorias de conteúdo verbal	Variáveis neonatais do bebê	r	Valor de p
Expectativa Materna Negativa ou Conflituosa	Idade gestacional	-0,28	0,05
Identificação de Fatores que Atrapalham na Amamentação	Peso ao nascimento	-0,33	0,02
	Tempo de internação na UTIN	0,37	0,01
	Escore na CRIB	0,36	0,01
Preocupações e Dúvidas sobre o Aleitamento	Escore na CRIB	0,39	0,01

Na Tabela 25, observa-se correlação negativa significativa entre as expectativas maternas negativas ou conflituosas e a idade gestacional do bebê. Portanto quanto menor a idade gestacional do bebê, mais expectativas negativas ou conflituosas por parte da mãe.

Em relação à identificação de fatores que atrapalham na amamentação, quanto menor o peso ao nascimento do bebê, maior o índice de risco clínico neonatal e maior o tempo de internação do bebê na UTIN, maior a proporção de verbalizações sobre os fatores que atrapalham amamentar. Ao mesmo tempo, observa-se que quanto maior o índice de risco clínico neonatal do bebê, maior a proporção de verbalizações acerca de preocupações e dúvidas sobre o aleitamento.

A Tabela 26 apresenta os coeficientes de correlações de Spearman (r), que foram estatisticamente significativas, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas do Grupo AT.

Tabela 26 – Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas no Grupo AT

Categorias de conteúdo verbal	Variáveis maternas	r	Valor de p
<i>Variáveis Sócio-demográficas</i>			
Descrições acerca de gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	Número de filhos	0,45	0,02
	Trabalho fora do lar	-0,54	0,01

Na Tabela 26, observa-se apenas duas correlações estatisticamente significativas entre as verbalizações maternas e variáveis sócio-demográficas, no *Grupo AT*. Primeiramente, verificou-se que quanto maior o número de filhos, maior a proporção de descrições acerca de gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade. Em segundo lugar, houve correlação negativa significativa entre as verbalizações referentes a descrições e o trabalho fora do lar; as mães que não exercem nenhum tipo de trabalho remunerado fora do lar verbalizaram mais descrições acerca de gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade.

Expressões verbais maternas acerca da maternidade

A Tabela 27 apresenta, em ordem de maior ocorrência, a frequência e a porcentagem de ocorrência das categorias e subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas nos *Grupos PT* e *AT*. A frequência de cada categoria ou sub-categoria corresponde ao número de vezes em que essas foram expressas pelas mães, quando lhes eram feitas as perguntas referentes às representações acerca do bebê. A porcentagem de cada categoria, por sua vez, foi calculada dividindo-se a frequência total das verbalizações maternas da categoria pela frequência total das verbalizações maternas expressas durante a

entrevista, multiplicada por 100. A porcentagem de cada sub-categoria foi calculada dividindo-se a frequência de verbalizações, referentes a determinada sub-categoria, pela frequência total das verbalizações maternas da categoria correspondente, multiplicada por 100.

Tabela 27 – Categorias e subcategorias do conteúdo verbal materno nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE CONTEÚDO VERBAL MATERNO	PT (n=50)		AT (n=25)	
	f	%	f	%
IDENTIFICAÇÃO DE FATORES QUE INFLUENCIAM na maternidade	137	41	64	47
Fatores que <i>Atrapalham</i>	73	53	38	59
Fatores que <i>Ajudam</i>	64	47	26	41
CONCEPÇÕES quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	110	33	36	26
Concepção Materna <i>Positiva</i>	88	80	30	83
Concepção Materna <i>Negativa</i>	21	19	4	11
Concepção Materna <i>Conflituosa</i>	1	1	0	0
Desconhecimento	0	0	2	6
EXPECTATIVAS quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	61	19	27	20
<i>Expectativa Materna Positiva</i>	44	72	25	93
<i>Expectativa Materna Neutra</i>	14	23	2	7
<i>Expectativa Materna Conflituosa</i>	3	5	0	0
DESCRIÇÕES acerca de gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	7	2	2	1
REAÇÕES E/OU SENTIMENTOS quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	2	1	0	0
Focalizados na Emoção Positiva	1	0,5	0	0
Focalizados na Emoção Negativa	1	0,5	0	0
OUTRAS	6	2	5	4
RESÍDUO	5	2	3	2
TOTAL	328	100	137	100

Pode-se notar, na Tabela 27, que verbalizações referentes à identificação de fatores que influenciam na maternidade foram as mais frequentes em ambos os grupos, seguidas pelas concepções e expectativas maternas quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou

maternidade, respectivamente. Cabe ressaltar que duas das quatro perguntas do tópico sobre maternidade do Roteiro de Entrevista reportavam-se à identificação de fatores que ajudam e que atrapalham no exercício adequado do papel materno.

Nos dois grupos, considerando-se os fatores que influenciam na maternidade, houve o predomínio de fatores que atrapalham em comparação aos fatores que ajudam.

Quanto às concepções maternas relativas a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, tanto no *Grupo PT* quanto no *Grupo AT*, as concepções positivas foram bem mais frequentes que as negativas ou conflituosas.

Com relação às expectativas quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, nota-se o predomínio de expectativas positivas no *Grupo PT*, seguida pelas expectativas neutras e conflituosas, respectivamente. No *Grupo AT*, as verbalizações referentes a expectativas maternas foram quase que exclusivamente positivas (93%).

A Tabela 28 apresenta a frequência e a porcentagem de ocorrência das subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas referentes à categoria de Identificação de Fatores que Influenciam na Maternidade nos *Grupos PT e AT*.

Tabela 28 – Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Identificação de Fatores que Influenciam na Maternidade nos Grupos PT (n=50) e AT (n=25) - frequência (f) e porcentagem (%)

IDENTIFICAÇÃO DE FATORES QUE INFLUENCIAM na maternidade	PT (n=50)		AT (n=25)	
	f	%	f	%
	Fatores que Atrapalham	73	53	38
Identificação de características / atitudes maternas	25	18	15	23
Identificação de falta de apoio / suporte / desequilíbrio familiar / falta de recursos / inadequações de situações ambientais	24	18	15	23
Identificação de aspectos relacionados à sua própria infância	5	4	0	0
Ausência de situações que atrapalham	6	4	0	0
Desconhecimento	5	4	2	3
Descrição de comportamentos maternos de abandono / negligência em relação ao filho	3	2	0	0
Inespecíficos	3	2	4	7
Identificação de características / atitudes do filho	2	1	2	3
Fatores que Ajudam	64	47	26	41
Identificação de recursos pessoais maternos	36	26	11	17
Identificação de suporte psicossocial e recursos ambientais	15	11	10	16
Desconhecimento	5	4	2	3
Identificação de características / atitudes do filho	4	3	0	0
Identificação de aspectos relacionados à sua própria infância	3	2	2	3
Inespecíficos	1	1	1	2
TOTAL	137	100	64	100

Observa-se, na Tabela 28, que em ambos os grupos houve o predomínio de verbalizações de identificação de fatores que atrapalham na maternidade. Essas verbalizações referiam-se principalmente a fatores relacionados às próprias características e atitudes maternas, como no exemplo:

“Olha, achar que está sempre certa [pode atrapalhar uma mãe para que ela seja uma boa mãe]! Nossa! Achar que está sempre certa” (PT 18)

Também foram freqüentes, em ambos os grupos, verbalizações sobre fatores externos que atrapalham na maternidade, como falta de apoio e/ou suporte psicossocial, desequilíbrio familiar, falta de recursos e inadequações de situações ambientais, conforme os exemplos:

“Eu acho que o relacionamento com o marido; se os dois não vive bem, eu acho que acaba atrapalhando[uma mãe para que ela seja uma boa mãe], né, o relacionamento da mãe com o filho... do pai com o filho...” (PT 17)

“Ai... Eu acho que as crise dentro de casa melhor [podem atrapalhar uma mãe para que ela seja uma boa mãe], eu acho, talvez, assim, né?! Brigas, desentendimentos... Que nem, às vezes... É! Eu acho que é isso mesmo.” (AT 10)

Quanto aos fatores que ajudam no desempenho adequado da maternidade, as mães de ambos os grupos identificaram, principalmente, recursos pessoais maternos e suporte psicossocial e recursos ambientais.

São exemplos de verbalizações sobre recursos pessoais maternos que ajudam no desempenho adequado da maternidade:

“Ah, a mãe tem que estar feliz... Aí, ela consegue ser uma boa mãe!” (PT 41)

“Quando ela melhor[mãe] tem carinho, não precisa ninguém ajudar.” (PT44)

“Saber entender, né?! Lógico! Saber entender o filho e saber se entender também.” (PT 10)

A verbalização abaixo, por sua vez, refere-se à influência positiva de suporte psicossocial e recursos ambientais, no exercício adequado da maternidade.

“Eu acho que a situação financeira um pouco melhor [pode ajudar uma mãe para que ela seja uma boa mãe], né?! Porque, às vezes, a mãe trabalha pra ajudar o marido, né, porque precisa.” (AT 10)

A Tabela 29 apresenta a frequência e a porcentagem de ocorrência das subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas, referentes à categoria de Concepções Maternas quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, nos Grupos PT e AT.

Tabela 29 – Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Concepções Maternas quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT e AT - frequência (f) e porcentagem (%)

CONCEPÇÕES quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	PT (n=50)		AT (n=25)	
	f	%	f	%
Concepção Materna Positiva	88	80	30	83
Relacionada à maternidade				
- Concepção de mãe ideal com ênfase nas atitudes / cuidado materno	65	58	27	74
- Concepção de que toda mãe é ideal	10	9	1	3
- Concepção de mãe ideal com referência a um modelo externo	4	4	1	3
- Concepção de mãe ideal com referência a si própria como modelo	4	4	1	3
- Concepção acerca do vínculo mãe-bebê	2	2	0	0
- Concepção acerca do amadurecimento pessoal	1	1	0	0
Relacionada à fé religiosa	1	1	0	0
Relacionada à amamentação / leite				
- Relacionada à qualidade nutricional do leite	1	1	0	0
Concepção Materna Negativa	21	19	4	11
Relacionada à fragilidade do bebê	2	2	0	0
Relacionada à maternidade	19	17	4	11
Concepção Materna Conflituosa	1	1	0	0
Desconhecimento	0	0	2	6
TOTAL	110	100	36	100

De acordo com a Tabela 29, em ambos os grupos predominaram concepções positivas relacionadas à maternidade, principalmente concepções de mãe ideal, com ênfase nas atitudes maternas e no cuidado da mãe para com o bebê, como nas verbalizações:

“Ah, ser mãe é dar apoio, carinho, né, sempre estar conversando com o filho (...)”
(PT 15)

“Ah, eu acho que ela [mãe ideal] ela tem que ter muito amor no filho, né?! Compreender, não ser muito nervosa, porque eu sou nervosa, sabe?! Ah, ter cuidado, né, ter responsabilidade, porque criança é...” (PT 23)

“Mãe ideal?! Ai... saber educar seus filhos... Dar uma educação boa pra ela, não brigar com a criança, né?! Mas, brigar quando precisar, julgar necessário. Só isso!” (AT 2)

As concepções negativas foram pouco frequentes, tanto no Grupo PT como no Grupo AT, tendo predominado concepções negativas em relação à maternidade, como no exemplo:

“Tem umas mãe que... Sei lá, né?! Elas acham que não dá conta e dão os filho.”
(AT 5)

A Tabela 30 apresenta a frequência e a porcentagem de ocorrência das subcategorias de conteúdo das verbalizações maternas, referentes à categoria de Expectativas Maternas quanto a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, nos Grupos PT e AT.

Tabela 30 – Subcategorias do conteúdo verbal materno relativas à categoria de Expectativas Maternas quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade nos Grupos PT (n=50) e AT (n=25) - frequência (f) e porcentagem (%)

EXPECTATIVAS quanto a gravidez / parto / bebê / aleitamento / maternidade	PT		AT	
	(n=50)		(n=25)	
	f	%	f	%
Expectativa Materna Positiva	44	72	25	93
<i>Específica</i>				
Relacionada à maternidade				
- Desejo de ser a mãe ideal	43	70	21	78
- Cuidados do bebê	0	0	3	11
Relacionada ao bebê				
- Desenvolvimento / evolução / saúde do bebê no futuro	1	2	1	4
Expectativa Materna Neutra	14	23	2	7
Relacionada à maternidade				
- Manifestação do desejo de ter uma identidade própria de mãe	10	16	1	3,5
- Identificação com um modelo de mãe	3	5	1	3,5
Relacionada ao bebê				
- Atribuição de características físicas e comportamentais	1	2	0	0
Expectativa Materna Conflituosa	3	5	0	0
TOTAL	61	100	27	100

Na Tabela 30, nota-se que nos dois grupos predominaram expectativas positivas, embora o *Grupo PT* tenha apresentado menos expectativas positivas do que o *Grupo AT*.

Em ambos os grupos, as expectativas positivas relacionavam-se principalmente ao desejo de ser a mãe ideal, o que pode ser verificado em expressões como:

“Ah, eu quero ser essa mãe ideal! Pelo menos é isso que eu tenho pensado sempre e pedido pra Deus que ele me permita ser assim.” (PT 5)

“Ai, uma mãe bem.. sabe, carinhosa, assim, com ela, bem cuidadosa, bem compreensiva, não ser ignorante pra ela... Ah, tudo de bom!” (AT 6)

No *Grupo AT*, observam-se, ainda, expectativas positivas maternas de cuidados do bebê, o que não foi observado no *Grupo PT*.

As expectativas maternas neutras, desprovidas de conotação positiva ou negativa, corresponderam a 23% das verbalizações do *Grupo PT* e a apenas 7% do *Grupo AT*. No *Grupo PT*, as expectativas neutras referiam-se principalmente à manifestação do desejo de ter uma identidade própria de mãe, sem seguir modelos previamente estabelecidos, como no exemplo abaixo:

“Ah, eu gostaria de ser eu mesma! Muita coisa que a gente não sabe, a gente vai, igual o povo fala, né, vivendo e aprendendo. Aprende uma coisinha, um bocadinho aqui hoje, um bocadinho amanhã... Vai passando pro filho... Que nem eles falam assim: ‘Ah, aquela mulher tem 70 anos, 80 anos, já é vivida’. Mas, eu tenho certeza que ela tem alguma coisinha que ela pode aprender. Sempre tem alguma coisinha pra aprender. Ah, isso tem!” (PT 13)

Associações entre as expressões verbais maternas acerca da maternidade e variáveis das mães e dos bebês

Assim como nos tópicos anteriores, primeiramente serão apresentadas as correlações entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas e do bebê, respectivamente, do *Grupo PT*. Em seguida, serão apresentadas as correlações entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas apenas do *Grupo AT*, já que não foram coletados dados de características neonatais dos bebês nascidos a termo.

Para o t3pico de *Representa33es Maternas acerca da Maternidade*, considerando-se os agrupamentos de categorias j3 descritos anteriormente, foram obtidas as seguintes categorias: *Expectativa Materna Positiva*, *Expectativa Materna Negativa ou Conflituosa*, *Expectativa Materna Neutra*, *Concep333o Materna Positiva*, *Concep333o Materna Negativa ou Conflituosa*, *Rea333es e/ou Sentimentos focalizados na emo333o Positiva*, *Rea333es e/ou Sentimentos focalizados na emo333o Negativa ou Conflituosa*, *Descri3333es acerca da Gravidez, do Parto, do Beb33, do Aleitamento e da Maternidade*, *Identifica333o de Fatores que Ajudam na Maternidade* e *Identifica333o de Fatores que Atrapalham na Maternidade*.

A Tabela 31 apresenta os coeficientes de correla333es de Spearman (r), que foram estatisticamente significativas, entre as categorias de cont33ido verbal e as vari33veis maternas do *Grupo PT*.

Tabela 31 – Coeficientes de correla333o de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de cont33ido verbal e as vari33veis maternas no Grupo PT

Categorias de cont33ido verbal	Vari33veis maternas	r	Valor de p
<i>Vari33veis S33cio-demogr33ficas</i>			
Expectativa Materna Negativa ou Conflituosa	Idade da m33e	0,33	0,02
Descri3333es acerca de gravidez / parto / beb33 / aleitamento / maternidade	Idade da m33e	0,32	0,02
Identifica333o de Fatores que Ajudam na Maternidade	Idade da m33e	-0,30	0,03

Observa-se, na Tabela 31, correla333es significativas entre a idade materna e alguns tipos de cont33ido verbal expressos pelas m33es. Dessa forma, no *Grupo PT*, quanto mais velha a m33e, maior a propor333o de verbaliza333es referentes a expectativas negativas e/ou

conflituosas, descrições sobre a gravidez, o parto, o bebê, o aleitamento ou a maternidade e menos verbalizações de identificação de fatores que ajudam na maternidade. Não foram observadas correlações significativas entre os conteúdos verbais maternos, no tópico sobre maternidade, e as variáveis emocionais maternas.

A Tabela 32 apresenta os coeficientes de correlações de Spearman (r), que foram estatisticamente significativas, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis neonatais do bebê do *Grupo PT*.

Tabela 32 – Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis neonatais do bebê no Grupo PT

Categorias de conteúdo verbal	Variáveis neonatais do bebê	r	Valor de p
Expectativa Materna Positiva	Adequação para a idade gestacional	0,29	0,04
Expectativa Materna Negativa ou Conflituosa	Peso ao nascimento	-0,28	0,05
Identificação de Fatores que Ajudam na Maternidade	Sexo do bebê	-0,36	0,01

Na Tabela 32, pode-se observar que as mães dos bebês com peso adequado para a idade gestacional (AIG) apresentaram mais expectativas positivas, enquanto que as mães dos bebês com menor peso ao nascimento verbalizaram mais expectativas negativas ou conflituosas.

Observa-se ainda, na Tabela 32, uma associação estatisticamente significativa entre sexo do bebê e identificação de fatores que ajudam na maternidade; as mães dos bebês do sexo masculino expressaram mais esse tipo de verbalização.

A Tabela 33 apresenta os coeficientes de correlações de Spearman (r), que foram estatisticamente significativas, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas do *Grupo AT*.

Tabela 33 – Coeficientes de correlação de postos de Spearman (r), estatisticamente significativos, entre as categorias de conteúdo verbal e as variáveis maternas no Grupo AT

Categorias de conteúdo verbal	Variáveis maternas	r	Valor de p
<i>Variáveis Sócio-demográficas</i>			
Expectativa Materna Neutra	Anos de escolaridade	0,40	0,05
Concepção Materna Positiva	Trabalho fora do lar	-0,40	0,04
	Número de filhos	0,49	0,01
Identificação de Fatores que Atrapalham na Maternidade	Trabalho fora do lar	0,44	0,03
	Situação conjugal	-0,42	0,03

Verifica-se, na Tabela 33, correlação positiva significativa entre verbalizações referentes a expectativas neutras e os anos de escolaridade das mães do *Grupo AT*. Desse modo, quanto maior o nível de escolaridade materno, mais expectativas neutras em relação à maternidade.

Observou-se também que as mães do lar, que não exerciam atividade remunerada fora do lar, e as mães com maior número de filhos expressaram mais conteúdos verbais relativos a concepções positivas. Ao mesmo tempo, as mães do *Grupo AT* que trabalhavam fora do lar e as mães solteiras verbalizaram mais os fatores que atrapalham na maternidade.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo avaliar indicadores de ansiedade e disforia ou depressão e as verbalizações maternas sobre o bebê, a maternidade e a amamentação, em grupo de mães de bebês pré-termo de muito baixo peso, durante o período de hospitalização do bebê e após a sua alta hospitalar, comparados aos de um grupo de mães de bebês a termo.

Primeiramente, para contextualizar os achados deste estudo, foram analisadas as características maternas de ambos os grupos, podendo-se verificar que os grupos eram comparáveis entre si. Ambos os grupos foram compostos por mães jovens, com idade em torno de 20 anos, escolarização mediana na faixa do ensino fundamental (1^a a 8^a série), em sua maioria, com união conjugal estável. A maior parte das mães (60% no *Grupo PT* e 64% no *Grupo AT*) era do lar e não exercia nenhum tipo de trabalho remunerado. As mães que trabalhavam fora do lar, em sua maioria desenvolviam ocupações de nível não qualificado ou de qualificação inferior, segundo classificação de Soares e Fernandes (1989). A maior parte das mães de ambos os grupos era primigesta (60% no *Grupo PT* e 68% no *Grupo AT*) e, por isso, predominou o reduzido número de filhos.

Ao analisar as variáveis do contexto ambiental familiar dos bebês, verificou-se que, em ambos os grupos, os eventos vitais com maior incidência foram acontecimentos potencialmente negativos relacionados a dívidas, mudança de casa, morte de alguém da família, mudança do número de pessoas morando na casa e/ou perda de emprego.

Os Grupos *PT* e *AT* não se diferenciaram quanto à quantidade total de eventos vitais enfrentados pelas famílias, que esteve em torno de seis eventos no período de um ano. Porém, considerando-se cada evento vital separadamente, observou-se que a incidência de problemas de saúde foi significativamente maior no *Grupo PT* do que no *Grupo AT*, ao passo que, com a incidência de dívidas, ocorreu o inverso. Em relação aos problemas de saúde, os resultados encontrados no presente estudo eram esperados na medida em que no

Grupo PT concentram-se as mães dos bebês nascidos prematuros, cujos antecedentes pré-natais e ocorrências pós-natais são permeados por doenças ou intercorrências clínicas.

Os eventos vitais constituem mudanças relativamente inesperadas no ambiente social do indivíduo, gerando um certo nível de estresse e exigindo adaptações por parte do mesmo. Entretanto o número de eventos vitais não é o determinante da relevância desses eventos no desencadeamento dos transtornos psiquiátricos em geral. As estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas pelas pessoas, ou seja, as habilidades desenvolvidas pelo sujeito, para o domínio das situações de estresse e adaptação a elas, e o impacto desses eventos em suas vidas representam importantes influências no desencadeamento de transtornos psiquiátricos (SAVOIA, 2000). Neste estudo, os eventos vitais foram investigados a fim de verificar a ocorrência ou não de fontes potenciais de estresse psicossocial vivenciado pelas mães de ambos os grupos. Porém não foi pedido às mães que avaliassem o impacto desses eventos em suas vidas, nem ao menos que relatassem as estratégias de enfrentamento utilizadas por elas para lidar com as situações potencialmente adversas. Com isso, apenas constataram-se os possíveis estressores de vida presentes nos grupos estudados.

Quanto à caracterização dos bebês do *Grupo PT*, observou-se que a idade gestacional média era de 31 semanas, com média de peso ao nascimento de 1.114 gramas, sendo que a maioria desses bebês era pequena para a idade gestacional, ou seja, tinham peso ao nascer abaixo do esperado para a idade gestacional. A avaliação nas primeiras horas de vida revelou que a mediana dos escores de Apgar do 5º minuto foi alta (9 pontos) e a mediana dos escores na CRIB foi baixa (2 pontos), denotando condições clínicas de risco leve para mortalidade e morbidade e bom prognóstico para sua evolução clínica. Por outro lado, as medianas do tempo de internação em UTIN (13,5 dias) e do tempo total de internação do bebê (53 dias) foram altas, o que significa que a sua evolução clínica, após as

primeiras horas, exigiu cuidados intensivos, com procedimentos que assegurassem sua sobrevivência.

O primeiro objetivo deste estudo buscou responder à seguinte questão: as mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que as mães de bebês nascidos a termo?

Em resposta a esse objetivo, foram obtidos, primeiramente, os resultados sobre os escores nas escalas de avaliação, independentemente da identificação de nível clínico. Em seguida, foram discriminados os escores sugestivos de sintomas de ansiedade e disforia ou depressão em nível clínico.

Os resultados relativos às medidas de tendência central dos escores maternos, nas escalas de avaliação utilizadas, sem haver a discriminação de escores sugestivos de sintomas em nível clínico, revelaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre as medianas dos escores maternos dos *Grupos PT* e *AT*, nas sub-escalas de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço do IDATE e na escala BDI de disforia/depressão. No entanto houve maior amplitude de variação dos escores do *Grupo PT* nas sub-escalas de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço do IDATE e na escala BDI de disforia/depressão, em comparação ao *Grupo AT*.

Nas três sub-escalas aplicadas, o *Grupo PT* apresentou escores que variavam da pontuação mínima possível (zero) até escores bastante elevados, indicativos de sintomas em nível clínico. Tanto os escores que se encontram acima do percentil 75, indicativos de sintomas clínicos, quanto os escores que se encontram abaixo do percentil 25, são indicativos de respostas desajustadas, considerando-se a faixa padronizada de normalidade. Os escores muito baixos (abaixo do percentil 25) do *Grupo PT* podem ser sugestivos de que as mães estariam defendendo-se da situação de estresse passível de ocorrer quando o bebê luta para sobreviver, durante o período de internação hospitalar na UTIN. Linhares et al.

(2000), em um estudo sobre a análise do conteúdo temático das verbalizações de mães de bebês pré-termo de muito baixo peso, internados na UTIN, durante participação em um grupo de apoio psicológico, identificaram verbalizações maternas que sugeriam esse tipo de defesa psicológica. De acordo com os resultados desse estudo, algumas mães temem apegar-se ao bebê e este não sobreviver, o que lhes causaria sofrimento. Ao mesmo tempo, se não visitam os bebês na UTIN, e este vai a óbito, acentua-se nas mães o sentimento de culpa experimentado por não terem estabelecido o vínculo afetivo com o bebê. A mãe passaria, então, a vivenciar um conflito entre aproximação e afastamento de seu bebê.

Para a identificação das mães que apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos foram utilizados os critérios de escores acima do percentil 75, nas duas sub-escalas do IDATE, e escores acima de 15 para disforia, no BDI, e acima de 20 para depressão. Os resultados relativos aos escores maternos indicativos de sintomas clínicos, nas escalas de ansiedade e depressão revelaram que, durante o período de hospitalização do bebê, 42% das mães do *Grupo PT* apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos em uma ou mais escalas, sugestivos de problemas emocionais que demandam cuidados especiais para a regulação emocional materna. No *Grupo AT*, por sua vez, 24% das mães apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos, sendo que, em cinco casos, os escores clínicos foram apresentados pelas mães em apenas uma das escalas aplicadas, e apenas uma mãe apresentou escores clínicos em duas escalas. Portanto, no *Grupo PT*, verificou-se maior sobreposição das escalas em comparação ao *Grupo AT*, o que sugere maior co-ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão no primeiro grupo, em relação ao segundo.

Quanto aos escores maternos indicativos de sintomas clínicos nas escalas específicas de Ansiedade-Estado, Ansiedade-Traço e Disforia/Depressão, houve uma diferença significativa na incidência de mães que apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade do tipo estado entre os dois grupos avaliados. A incidência

de mães do *Grupo PT* que apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade do tipo estado (32%) foi significativamente maior do que no *Grupo AT* (4%).

Portanto pode-se afirmar que as mães de bebês pré-termo de muito baixo peso apresentaram, durante o período de hospitalização do bebê, escores indicativos de ansiedade do tipo situacional, em nível clínico, com maior frequência do que as mães de bebês a termo.

Esse dado é similar ao encontrado na literatura, tanto em estudos de comparação dos níveis de ansiedade entre mães de bebês nascidos pré-termo e mães de bebês nascidos a termo (SINGER et al., 1999), como em estudos que comparam o grau de ansiedade entre mães e pais de bebês nascidos pré-termo (DOERING et al., 2000; PINELLI, 2000; ZANARDO; FREATO, 1999).

O elevado nível de ansiedade situacional experimentado pelas mães de bebês pré-termo de muito baixo peso pode acarretar dificuldades maternas no exercício da “maternagem” e prejuízos para a consolidação do vínculo mãe-bebê (GENNARO et al., 1993; SOBOTKOVÁ et al., 1996; VIEIRA FILHO, 2004). Esses aspectos devem ser considerados pela equipe de saúde ao se organizar a rotina de atendimento na UTIN e ao se incentivarem as mães para que visitem o bebê, para que o acariciem e para que participem nos cuidados do bebê, por meio de programas como o “Mãe-Canguru”.

O encorajamento do contato precoce da mãe com a criança e de sua participação ativa no cuidado do bebê, dentro da própria UTIN, pode atenuar o impacto imediato desfavorável do nascimento prematuro para a relação mãe-bebê, como salientado por Als et al. (1982) Kennell e Klaus (1993) e Linhares et al. (2000). Entretanto a equipe de saúde precisa estar atenta às necessidades psicológicas individuais das mães e, conseqüentemente, ajustar o estímulo à aproximação entre a mãe e o bebê, de acordo com a disponibilidade emocional materna. De acordo com Linhares et al. (2000), algumas mães

temem apegar-se ao bebê e este não sobreviver, o que lhes causaria sofrimento. Dessa forma, o distanciamento da mãe em relação ao bebê, muitas vezes, pode funcionar como forma de autoproteção ou defesa, por parte da mãe, para enfrentar o período de estresse experimentado durante o período de internação hospitalar na UTIN. Faz-se necessário, então, o equilíbrio entre o incentivo do contato da mãe com o bebê e o respeito às necessidades individuais maternas, do ponto de vista do funcionamento psicológico, a fim de regular o incentivo do contato da mãe com o bebê às demandas maternas e não sobrecarregá-la emocionalmente.

Por meio do segundo objetivo do presente estudo, buscou-se responder à questão: os níveis de ansiedade e depressão das mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso são mais elevados, no período em que os bebês encontram-se internados em UTINs, e diminuem após a alta hospitalar do bebê?

De acordo com esse objetivo, o de comparar indicadores de ansiedade e disforia ou depressão de mães de bebês pré-termo de muito baixo peso ($\leq 1.500\text{g}$), entre dois momentos distintos, ou seja, durante o período de hospitalização do bebê e após a sua alta hospitalar, os resultados indicaram que houve redução estatisticamente significativa das medianas dos escores do *Grupo PT*, na sub-escala de Ansiedade-Estado do IDATE, da primeira para a segunda avaliação.

Considerando-se os escores maternos indicativos de sintomas clínicos, verificou-se que, durante o período de hospitalização do bebê na UTIN, 42% das mães do *Grupo PT* apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos em, pelo menos, uma das sub-escalas aplicadas. Após a alta hospitalar do bebê, 26% das mães apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos em, pelo menos, uma das sub-escalas, sendo que a maior redução foi a da proporção de mães que apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos em apenas uma das sub-escalas aplicadas.

Quanto aos escores maternos indicativos de sintomas clínicos, nas escalas específicas de Ansiedade-Estado, Ansiedade-Traço e Disforia/Depressão, verificou-se que, após a alta hospitalar dos bebês, houve uma redução estatisticamente significativa do número de mães do *Grupo PT* que apresentaram especificamente escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade do tipo estado.

Os resultados encontrados reforçam a hipótese de que o período de hospitalização do bebê nascido pré-termo de muito baixo peso constitui uma situação imprevisível para a mãe, que a expõe à falta de controle dos acontecimentos e, portanto, torna-se altamente ansiogênica (KENNELL; KLAUS, 1993). O afastamento precoce da mãe e do bebê, devido à necessidade de cuidados médicos especializados, oferecidos em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), assim como o ambiente complexo e atemorizante dessas unidades requerem adaptação por parte das mães (WIGGINS, 1999).

Portanto, considerando-se tanto as medidas de tendência central quanto a frequência de escores indicativos de sintomas em nível clínico, os resultados do presente estudo indicaram que os níveis de ansiedade do tipo estado, apresentados pelas mães do *Grupo PT* diminuíram significativamente após a alta hospitalar do bebê, em comparação ao seu período de internação.

Resultado semelhante foi encontrado por Zanardo e Freato (2001), em um estudo prospectivo realizado com pais de 10 bebês prematuros com broncodisplasia pulmonar, no qual foram observados níveis elevados de ansiedade do tipo estado, avaliados por meio do IDATE, antes da alta da UTIN. De maneira semelhante aos resultados encontrados no presente estudo, os autores observaram que, uma semana após a alta do bebê e após o término da terapia com oxigênio, os níveis de ansiedade do tipo estado ou situacional diminuíram.

De acordo com Kaplan e Mason (apud KENNEL; KLAUS, 1993), para estabelecer um relacionamento adequado com o bebê, a mãe de um prematuro deve, após as etapas de “luto antecipatório” e de admissão em sua falha em dar à luz um bebê a termo, ser capaz de responder à melhora do bebê com esperança e expectativa. Segundo os autores, essa etapa envolve a preparação da mãe para a vinda do bebê para casa e a possibilidade de um resultado final positivo de sua gestação. Pode-se supor, então, que a passagem do tempo e a melhora na evolução clínica do bebê, culminando com sua alta hospitalar, representariam uma adaptação positiva das mães, as quais passariam a apresentar níveis menos elevados de ansiedade do tipo estado. Entretanto é importante salientar que, entre a primeira e a segunda avaliação realizadas no presente estudo, todas as mães do *Grupo PT* receberam apoio psicológico, como parte da rotina implementada pelo Setor de Psicologia Pediátrica na Neonatologia do HCFMRP-USP.

O suporte psicossocial formal de programas de intervenção é apontado, em alguns estudos, como um importante mecanismo de proteção para as mães de bebês prematuros, diminuindo os graus de ansiedade e depressão experimentados por essas mães (CARVALHO, 2005; PREYDE; ARDAL, 2003). Além do apoio para as próprias mães, a intervenção psicológica pode trazer benefícios para o bebê, considerando-se que a mãe tem um papel privilegiado de cuidadora primária e a longo prazo do bebê e que, portanto, ela precisa ser “cuidada” para que possa desempenhar plenamente as funções que lhe são atribuídas de maneira eficiente e afetiva (ALS et al., 1982; LINHARES et al., 2004).

Portanto não se pode concluir que apenas a melhora clínica do bebê e sua conseqüente alta hospitalar, no decorrer da passagem do tempo, sejam suficientes para aliviar os sentimentos desagradáveis experimentados pelas mães dos bebês prematuros. Permanece a hipótese sobre a contribuição do suporte psicológico fornecido às mães para o

alívio das tensões desencadeadas pelo nascimento prematuro do bebê, em contraposição à contribuição da própria melhora e sobrevivência do mesmo.

Os resultados do estudo de Carvalho (2005), realizado com 59 mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, das quais 40 participaram também do presente estudo, apontaram para a contribuição positiva da intervenção psicológica para o enfrentamento da situação do nascimento prematuro de um(a) filho(a). No estudo de Carvalho (2005), as mães participantes foram divididas em dois grupos, os quais receberam intervenções psicológicas distintas durante o período de hospitalização dos bebês. Ao primeiro grupo foi fornecida a intervenção psicológica de rotina, associada ao acolhimento estruturado com material de apoio (vídeo e manual sobre o tema da prematuridade e aspectos psicológicos maternos). O segundo grupo, por sua vez, recebeu intervenção psicológica de rotina, sem o referido material de apoio. De acordo com os resultados encontrados, após a intervenção psicológica e a alta hospitalar do bebê, houve uma redução dos níveis de ansiedade e depressão maternas, em ambos os grupos. Entretanto, considerando-se os indicadores de ansiedade e depressão materna em nível clínico, verificou-se redução significativa dos níveis de ansiedade do tipo estado, no primeiro grupo, que recebeu intervenção psicológica associada ao material de apoio, comparado ao segundo.

Considerando-se o constructo de estado de ansiedade, medido pela sub-escala Ansiedade-Estado do IDATE, na concepção de Biaggio e Natalício (1979), pode-se supor que as mães do *Grupo PT* apresentaram um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos e por alterações fisiológicas decorrentes do aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. O estado de ansiedade refere-se, portanto, a determinada reação a uma situação e tempo, com demarcação específica.

A situação estressante capaz de desencadear reações maternas de elevação do nível de ansiedade experimentado pelas mães relaciona-se fortemente com o nascimento prematuro de um(a) filho(a), com as complicações de saúde e com a conseqüente necessidade de cuidados intensivos e especializados para o bebê no ambiente hospitalar. Entretanto torna-se necessário investigar a possível relação entre características maternas e do bebê e os níveis de ansiedade e depressão materna, conforme estudo longitudinal realizado por Singer et al. (1999), que avaliaram o impacto diferencial das condições clínicas do nascimento prematuro no estresse experimentado pelas mães. Os resultados desse estudo apontaram que, no primeiro mês de vida das crianças, não foram observadas diferenças entre as mães das crianças nascidas com muito baixo peso de “alto risco” e de “baixo risco”, quanto aos níveis de estresse experimentado por elas, especialmente sintomas de depressão e ansiedade e comportamentos obsessivos compulsivos. Cabe ressaltar que o grupo de crianças nascidas com muito baixo peso de “baixo risco” diferia do grupo de “alto risco” em relação ao grau de complicações médicas observadas. Porém as mães dos bebês de muito baixo peso, de “alto risco” e de “baixo risco”, apresentaram níveis mais elevados de estresse do que as mães das crianças nascidas a termo. Além disso, ao longo dos três primeiros anos de vida das crianças, os autores observaram que as mães das crianças nascidas com muito baixo peso de “alto risco” permaneceram com elevados níveis de estresse durante um período mais prolongado, comparados aos das mães das crianças nascidas com muito baixo peso de “baixo risco”. Os autores concluíram que a condição clínica mais grave do bebê estava associada a níveis elevados de estresse materno durante um período de tempo mais prolongado.

De acordo com os resultados observados no presente estudo, quanto menor o peso ao nascimento e a idade gestacional do bebê e, conseqüentemente, maior o tempo de internação do bebê na UTIN, mais elevado o nível de ansiedade situacional experimentada

pela mãe. Por outro lado, não foram detectadas correlações estatisticamente significativas entre variáveis maternas e presença de intercorrências clínicas na evolução do bebê, na data da primeira avaliação das mães e no dia anterior, respectivamente, e o nível de ansiedade situacional do *Grupo PT*.

Dessa forma, os níveis elevados de ansiedade do tipo estado vivenciado pelas mães do *Grupo PT*, durante o período de hospitalização do bebê, parecem estar mais relacionados à preocupação com a condição de nascimento pré-termo de muito baixo peso do bebê e sua conseqüente internação na UTIN do que com variáveis pessoais maternas e com as complicações médicas observadas durante o período de hospitalização do bebê. Essa preocupação pode gerar mais dúvidas nas mães acerca da sobrevivência do bebê e de possíveis seqüelas futuras no seu desenvolvimento.

Portanto, considerando-se a preocupação materna com a condição do nascimento prematuro do bebê e sua conseqüente internação na UTIN, as dúvidas das mães devem ser consideradas pela equipe médica e de enfermagem quanto às informações fornecidas às mesmas. O apoio psicológico especializado se mostra importante em relação à reflexão dos sentimentos maternos e ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das adversidades, enquanto que o suporte informativo depende da equipe médica e de enfermagem. De acordo com Wiggins (2001), a equipe hospitalar tem um papel importante na medida em que pode contribuir para maximizar as oportunidades de sobrevivência do bebê e promover o bem-estar de suas famílias. Entretanto as informações devem ser dosadas, levando-se em consideração o nível de ansiedade das mães, já que indivíduos que apresentam elevados níveis de ansiedade tendem a interpretar os fatos de maneira diferente, podendo superdimensionar as adversidades. Linhares et al. (2000) recomendam que a equipe de saúde ajude as mães na compreensão das informações médicas sobre diagnósticos e tratamentos, tomando-se o cuidado para não passar indiscriminadamente

informações de prognósticos fechados, com previsões lineares sobre o desenvolvimento futuro do bebê. Essa conduta pode agravar o estado de ansiedade das mães, adicionando preocupações de forma antecipada a um momento de internação que, por si só, já se mostra ansiogênico.

Paralelamente, verificou-se que não houve diferença significativa entre os dois grupos e entre as duas avaliações do *Grupo PT* quanto ao número de mães que apresentaram escores indicativos de ansiedade do tipo traço em nível clínico. Além disso, quanto menor o nível de escolaridade da mãe e maior o número de filhos, mais elevado o nível de ansiedade materna do tipo traço, avaliada por meio do IDATE.

Os sintomas de ansiedade do tipo traço dizem respeito a diferenças individuais, traços relativamente estáveis da personalidade, na tendência a reagir com elevação no estado de ansiedade, diante de situações percebidas pelo indivíduo como ameaçadoras (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979). Considerando-se que os grupos não se diferenciavam entre si quanto às características maternas, tais como o nível de escolaridade e o número de filhos, e que não houve diferença significativa no número de mães que apresentaram escores indicativos de ansiedade do tipo traço em nível clínico, entre os dois grupos e entre as duas avaliações do *Grupo PT*, pode-se dizer que os grupos não se diferenciaram quanto à propensão a reagir de maneira ansiosa frente às situações estressantes.

Esse resultado reforça a hipótese de que o nascimento prematuro de muito baixo peso e a conseqüente internação do bebê parecem ser percebidos pelas mães do *Grupo PT* como situações altamente ansiogênicas, permeadas pela preocupação com a evolução clínica e sobrevivência do bebê, exacerbando os sintomas de ansiedade do tipo reativa e situacional.

Os resultados do presente estudo demonstram que, assim como observado por Doering et al. (2000), Pinelli (2000) e Zanardo e Freato (2001), a experiência de ter um(a)

filho(a) hospitalizado em uma UTIN pode ser altamente estressante para os pais, em especial para as mães, as quais relataram mais intensamente sentimentos de ansiedade do que os pais.

Além disso, considerando-se o constructo de traço de ansiedade enquanto uma característica pessoal relativamente estável, era esperado que os escores do *Grupo PT* na sub-escala Ansiedade-Traço não sofressem alterações significativas ao longo do tempo (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

Com relação aos sintomas disfóricos ou depressivos em nível clínico, não houve diferença significativa entre o número de mães do *Grupo PT* que apresentaram escores indicativos desses sintomas, nas duas avaliações realizadas. Desse modo, as mães que apresentaram sintomas depressivos representam um grupo de maior risco, tendo em vista que a melhora clínica do bebê e sua conseqüente alta hospitalar parecem não ter proporcionado um alívio desses sintomas clínicos nas mães do *Grupo PT*. Além disso, no *Grupo PT*, verificou-se que quanto menor o nível de escolaridade, mais elevados os níveis de depressão das mães do *Grupo PT*. Isso denota o múltiplo risco, quando se combinam dois fatores adversos como a baixa escolaridade e a depressão, podendo afetar principalmente o equilíbrio psicológico materno, assim como o desenvolvimento do bebê.

A incidência de mães do *Grupo PT* que apresentaram escores indicativos de disforia ou depressão em nível clínico não diferiu significativamente do *Grupo AT*, mas houve uma tendência de maior incidência de mães do *Grupo PT* apresentarem escores indicativos de sintomas clínicos de depressão, em comparação à do *Grupo AT*. É importante salientar essa tendência, considerando-se a diferença no tamanho amostral dos *Grupos PT* e *AT*. Supõe-se que a diferença entre os grupos poderia ser detectada estatisticamente, caso o tamanho amostral do *Grupo AT* fosse maior.

Cabe ressaltar, entretanto, que as incidências de sintomas depressivos no *Grupo PT*, durante o período de hospitalização do bebê (14%) e após a sua alta hospitalar (12%), encontram-se próximas à taxa de prevalência de depressão puerperal na população em geral (13%), apontada por Vieira Filho (2004). Essa taxa de incidência também é menor do que a incidência de 40,3% encontrada por Davis et al. (2003), em um estudo com mães de bebês com menos de 32 semanas de idade gestacional. Younger et al. (1997), ao avaliarem níveis de depressão em 31 mães de recém-nascidos pré-termo, entre o primeiro e o segundo dia após o parto, também observaram alta incidência (68%) de escores maternos indicativos de depressão de acordo com a avaliação pela CES-D.

Lambreos et al. (1996), em um estudo prospectivo com três grupos de mães, diferenciados quanto às condições de nascimento dos bebês, encontraram maior incidência de depressão entre as mães de bebês prematuros, em comparação aos resultados do presente estudo. A prevalência de depressão entre as mães de bebês prematuros neste estudo foi de 28% na sexta semana de vida do bebê, 29% aos seis meses e 26% aos 12 meses. Entretanto a prevalência de depressão entre as mães de bebês prematuros foi similar à observada entre as mães de bebês a termo (26%), aos 12 meses de idade das crianças.

Ao mesmo tempo, apesar da suposição de que não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas quanto à incidência de mães do *Grupo PT* e do *Grupo AT* que apresentaram escores indicativos de disforia ou depressão em nível clínico, devido ao número reduzido de participantes no *Grupo AT*, a diferença no tamanho amostral dos grupos não se mostrou uma limitação metodológica em relação aos sintomas de ansiedade do tipo estado. Quanto a esses indicadores foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mesmo com o tamanho amostral reduzido do *Grupo AT*.

Portanto o nascimento prematuro do bebê parece não ter tido um impacto forte para o surgimento e o agravamento de sintomas depressivos, os quais parecem estar mais

relacionados ao nível de escolaridade materna, independentemente da condição de nascimento do bebê. Outros estudos têm relatado a associação entre sintomas depressivos, em mães de bebês nascidos prematuros e adversidades ambientais, tais como desemprego materno, morar na periferia (LAMBREMOS et al., 1996), falta de suporte social (YOUNGER et al., 1997) e, de maneira semelhante aos resultados do presente estudo, baixo nível de escolarização materna (DAVIS et al., 2003).

Cabe ressaltar que, no presente estudo, foram excluídas as mães que apresentavam antecedentes psiquiátricos, avaliados por meio da SCID/NP, as quais constituem um grupo de maior risco para apresentarem sintomas de ansiedade e depressão diante de uma situação adversa, como o nascimento prematuro de um(a) filho(a). De acordo com Vieira Filho (2004), a maior parte das mães que apresentam sintomas depressivos no puerpério apresentam também episódios depressivos em outros momentos de sua vida, não sendo comum a ocorrência de sintomatologia de depressão exclusivamente no puerpério. Desse modo, de acordo com o autor, história pessoal pregressa de depressão representa um fator de risco para o desencadeamento de depressão pós-parto. Portanto o menor índice de depressão na amostra estudada em relação aos outros estudos, pode estar relacionado ao critério de exclusão referido.

Drewett et al. (2004) encontraram níveis mais elevados de depressão, avaliados por meio da Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh, nas mães de bebês pré-termo, em comparação às mães de bebês a termo, na 8^a semana e no 8^o mês após o nascimento do bebê. Entretanto as mães de bebês pré-termo apresentavam níveis mais elevados de depressão também durante o período pré-natal, na 18^a e na 32^a semanas de gestação. Ao mesmo tempo, os autores observaram uma associação entre o níveis de depressão materna, na 8^a semana após o nascimento do bebê, e variáveis sociais (casa própria, uso de um carro e o número de crianças morando na casa). Também foi observada uma associação entre o

nível de depressão na 18^a semana de gestação e o nascimento prematuro do bebê. Os autores discutem o papel das variáveis ambientais e de eventos vitais na etiologia dos sintomas depressivos.

De acordo com os resultados do presente estudo, sintomas clínicos de ansiedade, principalmente os sintomas de um estado de ansiedade relativo a uma situação específica, apareceram como mais característicos do que os sintomas disfóricos e depressivos no *Grupo PT*, em que foram excluídas as mães com antecedentes psiquiátricos, enquanto que as mães participantes eram acompanhadas no Serviço de Psicologia Pediátrica do HCFMRP-USP.

Devido à complexidade e diversidade dos sintomas ansiosos e depressivos, as escalas de avaliação de ansiedade e depressão priorizam determinados sintomas e aspectos de cada constructo. Faz-se necessário, então, discutir quais aspectos foram medidos pelas escalas utilizadas no presente estudo.

A ansiedade é um estado emocional com componentes fisiológicos e psicológicos, abrangendo sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, pensamento dominado por idéias de catástrofe ou incompetência pessoal, aumento do estado de vigília ou alerta, sensação de constrição respiratória, tensão e dor muscular, tremor, inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos conseqüentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo. A escala de ansiedade IDATE, instrumento utilizado para a realização deste estudo, tem uma grande proporção de seus itens medindo aspectos inespecíficos que podem estar presentes em qualquer situação de estresse (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000).

A depressão, por sua vez, possui várias categorias de sintomas: humor, sintomas vegetativos ou somáticos, motores, sociais, cognitivos, ansiedade, irritabilidade. O instrumento utilizado para medir depressão neste estudo, o BDI, pelo fundamento teórico

que o embasa, valoriza a categoria de sintomas cognitivos do tipo: desesperança, desamparo, idéias de culpa e de suicídio, indecisão e perda do reconhecimento de que está doente (CALIL; PIRES, 2000).

Desse modo, as mães do *Grupo PT*, que apresentaram mais sintomas de ansiedade, medidos pelo IDATE, do que de depressão, medidos pelo BDI, parecem vivenciar aspectos inespecíficos relacionados à situação de estresse. Considerando que o IDATE fornece uma medida da tendência geral de resposta emocional, uma medida geral de indicador psicopatológico, as mães do *Grupo PT* podem apresentar uma tendência geral a respostas desajustadas, frente à situação do nascimento prematuro do bebê e sua conseqüente hospitalização, percebida por elas como estressante.

De acordo com os resultados encontrados, o nascimento pré-termo de muito baixo peso e a conseqüente hospitalização do bebê configuram uma situação adversa, geradora de sentimentos desagradáveis e respostas desajustadas por parte das mães. Parece que tais sentimentos encontram-se mais exacerbados no *Grupo PT* do que no *Grupo AT*, caracterizando uma acentuação da “crise psicológica” do período puerperal, apontada por Maldonado (1997). Caplan (apud KENNEL; KLAUS, 1993) define “crise psicológica” como uma situação de desequilíbrio e desorganização comportamental e psicológica, desencadeada por uma situação inesperada, a qual o indivíduo encontra-se temporariamente incapaz de enfrentar. Desse modo, o enfrentamento da situação do nascimento prematuro de um(a) filho(a) excede os recursos maternos disponíveis naquele momento e, então, a mãe passa a apresentar sintomas de ansiedade exacerbada (apud KENNEL; KLAUS, 1993). Portanto o nascimento prematuro do bebê pode ter um impacto desfavorável à saúde mental materna, conforme salientado por diversos autores (DOERING et al., 2000; KENNEL; KLAUS, 1993; RUTTENBERG et al., 1997;

SINGER et al., 1999; WIJNROKS, 1999; YOUNGER et al., 1997; ZANARDO; FREATO, 1999).

Os indicadores de ansiedade e disforia ou depressão, obtidos por meio de escalas psicométricas, são extremamente úteis, porém não abrangem a compreensão dos sentimentos maternos que se configuram particularmente em cada mãe. Faz-se necessária a utilização de outros parâmetros, relacionados aos correlatos emocionais maternos. O relato verbal materno, coletado em um contexto de entrevista guiada, por exemplo, pode fornecer à mãe a oportunidade de expressar verbalmente seus sentimentos, suas angústias e dificuldades, em relação ao nascimento prematuro de um(a) filho(a), conforme salientado por Aylward (2002).

Considerando-se a importância da utilização de outros parâmetros para a melhor compreensão dos sentimentos maternos, como, por exemplo, o relato verbal materno sobre sua experiência subjetiva de ser mãe de um bebê prematuro, o terceiro objetivo deste estudo procurou responder à seguinte questão: há diferenças entre as verbalizações maternas sobre o bebê, a amamentação e a maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso e em mães de bebês nascidos a termo?

Os resultados de comparação dos conteúdos verbais acerca do bebê mostraram que, embora as expectativas das mães de bebês pré-termo de muito baixo peso e de bebês a termo tenham sido predominantemente positivas, as primeiras apresentaram mais expectativas positivas do que as segundas. Em ambos os grupos, as expectativas maternas positivas referiam-se principalmente ao desenvolvimento, à evolução e à saúde do bebê no futuro.

Em decorrência da situação vivenciada pelas mães de bebês pré-termo de muito baixo peso, elas verbalizaram também o desejo de ocorrer alta hospitalar do bebê e as

expectativas em relação ao papel materno nos cuidados do bebê após a alta, além de expectativas, durante a gestação, de ter um bebê saudável, a termo e bonito.

Inesperadamente, as mães expressaram poucas expectativas negativas e conflituosas, sendo que, no *Grupo PT*, essas expectativas foram menos frequentes do que no *Grupo AT* e relacionavam-se exclusivamente ao problema do bebê, ou seja, ao nascimento prematuro.

Quanto às concepções maternas, predominaram, tanto no *Grupo PT* quanto no *Grupo AT*, as concepções positivas relacionadas ao desenvolvimento, à evolução e à saúde do bebê, expressões de orgulho e amor pelo bebê e verbalizações de satisfação pelo fato de o bebê ser como a mãe o havia imaginado durante a gestação.

Carvalho (2005), em um estudo com 59 mães de bebês pré-termo de muito baixo peso, dentre as quais 40 participaram também do presente estudo, observou que as mães dos neonatos prematuros apresentaram percepção positiva sobre seus bebês, seguindo a tendência do presente estudo. No referido estudo, as mães avaliaram seus próprios bebês como melhores do que a maior parte dos outros bebês, por meio do Inventário de Percepção Neonatal (IPN).

Apesar de haver o predomínio de concepções positivas em relação ao bebê em ambos os grupos, as mães do *Grupo PT* apresentaram menos concepções positivas, quando comparadas às mães do *Grupo AT*. Além disso, paralelamente às concepções positivas, observou-se que as mães do *Grupo PT* expressaram também concepções conflituosas e negativas, predominando as verbalizações relacionadas à fragilidade do bebê.

Ainda no tópico do Roteiro de Entrevista sobre o bebê, apesar de as perguntas não se reportarem às reações e aos sentimentos maternos, as mães de bebês pré-termo e de muito baixo peso verbalizaram os aspectos relacionados a gravidez, parto, bebê, aleitamento ou maternidade, predominantemente focalizados na emoção negativa, o que

não ocorreu com as mães de bebês a termo. Pode-se supor que as mães do *Grupo PT*, ao se sentirem acolhidas durante a entrevista, aproveitaram a oportunidade para expressarem suas reações e sentimentos diante da experiência do nascimento prematuro de um(a) filho(a) e sua conseqüente hospitalização.

As reações psicológicas e os sentimentos maternos sobre a experiência do nascimento prematuro de um(a) filho(a) foram estudados por outros autores, por meio do relato verbal da própria mãe, obtido em situações de entrevista (MONTEIRO; SILVA; SILVA, 2002; PINTO et al., 2004a) ou expresso durante a participação das mães em grupos de apoio psicológico (CORREIA, 2005; LINHARES et al., 1999). De acordo com os resultados desses estudos, as mães relataram muitas preocupações decorrentes do nascimento prematuro do bebê e sua conseqüente internação na UTI Neonatal, além de sentimentos de impotência, culpa, frustração e ansiedade (LINHARES et al., 1999). Segundo Monteiro, Silva e Silva (2002), as mães relataram preocupação com o bem-estar do filho que aparentava fragilidade, medo das possíveis conseqüências do parto prematuro, temor pela saúde do bebê e tristeza por estarem em uma situação diferente das mães que tiveram seus filhos a termo e podiam acariciá-los, amamentá-los e envolvê-los nos braços a todo momento.

De acordo com Sobotková, Dittrichová e Mandys (1996), os resultados da comparação entre as percepções de mães de bebês pré-termo e de bebês a termo sustentaram a opinião de que ter um bebê pré-termo é uma experiência emocionalmente estressante para a maioria das mães, mesmo quando o bebê não está doente.

Portanto, assim como as mães dos bebês a termo, as mães do *Grupo PT* mostraram expectativas e concepções positivas em relação ao bebê. Entretanto as mães dos bebês pré-termo de muito baixo peso expressaram seus sentimentos e suas reações, com conotação predominantemente focalizada na emoção negativa. Pinto et al. (2004a) ampliaram a

amostra do presente estudo de 50 para 80 mães de bebês pré-termo de muito baixo peso e analisaram os conteúdos verbais maternos no tópico do Roteiro de Entrevista sobre o bebê. Os autores constataram que, mesmo enfrentando uma situação adversa, tal como o nascimento de um bebê prematuro de muito baixo peso, com a conseqüente internação na UTIN, as mães apresentaram verbalizações predominantemente positivas acerca do bebê. Portanto observa-se a mesma tendência de respostas maternas em uma amostra mais ampla, que inclui as mães do presente estudo.

De acordo com os resultados encontrados no estudo de Linhares et al. (1999), se, por um lado as mães relataram experimentar sentimentos de culpa, ansiedade e medo, por outro, também manifestaram sentimentos de esperança e de otimismo. As expectativas e concepções positivas em relação ao bebê apresentadas pelas mães de bebês pré-termo de muito baixo peso podem configurar um mecanismo de proteção para o desenvolvimento do bebê, atenuando, assim, os efeitos adversos do risco biológico, advindo da sua condição de nascimento. Provavelmente, as mães que demonstraram expectativas e concepções positivas em relação ao bebê se sentissem mais otimistas e esperançosas em relação ao desenvolvimento do(a) filho(a), procurando estimulá-lo adequadamente. Pode-se supor que essas mães não se acomodaram diante de prognósticos desfavoráveis e buscaram atendimentos especializados para seus filhos. Ao mesmo tempo, é importante que essas mães tenham uma visão realista da situação, para que não criem expectativas e concepções distantes das possibilidades reais de desenvolvimento do bebê.

Nesse sentido, é preciso um seguimento dos bebês pós-alta para orientar a promoção do seu desenvolvimento, levando-se em consideração o universo psicológico materno dos sentimentos relacionados ao bebê.

Considerando-se as concepções maternas sobre a amamentação, em ambos os grupos, houve o predomínio de concepções positivas, principalmente concepções

inespecíficas, relacionadas à qualidade genérica do leite e da amamentação. Portanto as mães de ambos os grupos parecem atribuir um valor positivo à amamentação, porém não conseguem justificá-los. Cabe ressaltar que, nos dois hospitais onde este estudo foi realizado as mães são rotineiramente orientadas e bastante incentivadas quanto ao aleitamento materno. É possível que essas mães tenham incorporado os conceitos veiculados sobre a importância da amamentação do(a) filho(a), tenham sentido a necessidade de amamentar, mas não tenham claramente compreendido os benefícios da amamentação.

Em ambos os grupos, foram verificadas também concepções positivas específicas quanto à amamentação e ao leite materno, relacionadas ao crescimento e ao desenvolvimento saudável do bebê, à emoção materna de amamentar, à qualidade nutricional do leite e ao vínculo da mãe com o bebê. Além disso, o *Grupo AT* apresentou concepções positivas em relação à amamentação, relacionada à praticidade e à economia proporcionadas pelo aleitamento materno, o que não foi expresso pelas mães do *Grupo PT*.

Faz-se necessário ressaltar que todas as mães do *Grupo AT* estavam de fato amamentando seus bebês, ao passo que a maior parte das mães do *Grupo PT*, em virtude da condição de nascimento prematuro do bebê e da situação de hospitalização do mesmo, ainda não havia iniciado a amamentação. Portanto, como a maior parte das mães de ambos os grupos era primigesta, muitas mães do *Grupo PT* nunca haviam experimentado amamentar, e suas concepções baseavam-se em idealizações acerca dessa possibilidade. Além da experiência com a amamentação, as mães do *Grupo AT* mencionaram, na Escala de Eventos Vitais, ter significativamente mais problemas de dívidas do que as do *Grupo PT*, o que reflete problemas financeiros na família. Esses dois aspectos em conjunto podem ter influenciado a percepção materna sobre a vantagem da amamentação, no que se refere aos aspectos de praticidade e de economia.

A experiência materna em relação à amamentação parece refletir-se também na identificação de fatores que influenciam na amamentação. As mães do *Grupo PT* verbalizaram mais os fatores que atrapalham na amamentação, em comparação aos fatores que ajudam. Isso pode se dever ao próprio nascimento prematuro de seu bebê e à sua conseqüente imaturidade biológica, o que levou as mães a não estarem amamentado ou terem iniciado o processo de amamentação após um período de dificuldades e adaptações. As mães do *Grupo AT*, por sua vez, identificaram mais fatores que ajudam na amamentação do bebê.

O estresse emocional foi, segundo as mães do *Grupo PT*, o fator que mais atrapalhava na amamentação, o que pode refletir o estado emocional dessas mães que apresentavam níveis mais elevados de ansiedade situacional, em decorrência do nascimento prematuro do bebê e da preocupação com sua melhora e sobrevivência. No *Grupo AT*, diferentemente do *Grupo PT*, predominaram fatores de ordem prática, como, por exemplo, dor no momento da sucção do bebê, problemas quanto ao leite ou a maneira adequada de amamentar. As mães do *Grupo AT* identificaram ainda o trabalho fora do lar como um fator que atrapalhava na amamentação. Portanto, as mães dos bebês a termo apontaram dificuldades práticas, muitas vezes vivenciadas por elas no seu dia a dia.

Em relação aos aspectos que ajudavam na amamentação, as mães do *Grupo PT* citaram principalmente condutas alimentares e nutricionais adequadas, enquanto que, no *Grupo AT*, o esforço, a responsabilidade e a vontade materna foram os mais citados.

As mães de ambos os grupos expressaram expectativas positivas, em relação à amamentação, principalmente relacionadas à vontade materna de amamentar. As mães também demonstraram expectativas positivas, relacionadas à quantidade ou à qualidade do leite materno, que refletiam o desejo materno de ter bastante leite e que fosse suficiente e adequado para o seu bebê. Como salientado anteriormente, nos dois hospitais onde este

estudo foi realizado, as mães são rotineiramente orientadas e bastante incentivadas quanto ao aleitamento materno, o que pode ter contribuído para a expressão de expectativas positivas em relação à amamentação. Nesse contexto, as concepções maternas positivas sobre a amamentação podem refletir indiretamente o efeito das orientações fornecidas às mães pelos profissionais de saúde, no sentido de estimular o aleitamento materno.

Apenas duas mães do *Grupo PT* manifestaram recusa em amamentar ou na disponibilidade de amamentar com restrições, o que não foi verificado no *Grupo AT*. Pode-se supor que o foco de atenção dessas mães do *Grupo PT* esteja mais direcionado, durante o período de hospitalização do bebê, para a sobrevivência e melhora clínica dos bebês do que propriamente para a amamentação do mesmo.

O *Grupo PT* apresentou mais preocupações e dúvidas do que o *Grupo AT*, no qual apenas uma mãe expressou preocupação quanto ao leite materno secar, acabar ou ser insuficiente para satisfazer o bebê. No *Grupo PT*, as preocupações e dúvidas em relação ao aleitamento foram predominantemente quanto ao leite materno secar, acabar ou ser insuficiente para satisfazer o bebê. Foram observadas também, nesse grupo, preocupações e dúvidas quanto à aceitação e adaptação do bebê ao aleitamento. Esses resultados assemelham-se aos descritos por Kavanaugh et al. (1995) que, ao descreverem as preocupações maternas em relação à amamentação de bebês nascidos pré-termo, no período pós-alta, observaram que a principal preocupação materna era se o bebê consumia um volume adequado de leite durante a amamentação. Para esses autores, o consumo de um volume adequado de leite pela criança pressupõe uma sincronia entre a produção de leite por parte da mãe e a sucção adequada por parte do bebê, diferentemente do presente trabalho, no qual esses dois aspectos encontram-se em subcategorias distintas. Segundo Kavanaugh et al. (1995), as mães identificaram cinco razões para suas preocupações com o consumo de um volume adequado de leite por parte da criança: as mães julgavam seus

bebês muito pequenos e imaturos para uma sucção adequada; diferentemente de quando se usa a mamadeira, elas não podiam medir ou saber exatamente a quantidade de leite consumido durante a amamentação; as mães julgavam o leite materno insuficiente para suprir as necessidades nutricionais da criança; elas identificavam sinais no comportamento da criança que sugeriam o consumo inadequado de leite; e as mães eram influenciadas pela maneira como as enfermeiras alimentavam seus bebês, durante o período de internação, quando não podiam estar disponíveis a todo momento para amamentá-los.

Kavanaugh et al. (1995) encontraram diferenças nas preocupações e concepções, em relação à amamentação de mães de bebês nascidos pré-termo e de mães de bebês nascidos a termo, que podem, em parte, refletir os momentos diferentes vividos por essas mães em relação à amamentação. Em geral, as mães dos bebês a termo iniciam a amamentação logo após o nascimento do bebê, enquanto que as mães dos bebês pré-termo devem estabelecer e manter a lactação por meio da ordenha manual e devem iniciar um contato mais próximo com o bebê no período que precede a sua alta.

As verbalizações maternas de ambos os grupos, em relação à maternidade, foram semelhantes. Dessa forma, os *Grupos PT e AT* verbalizaram predominantemente fatores que influenciam na maternidade, principalmente os fatores que atrapalham. Essas verbalizações referiam-se às próprias características e atitudes maternas, assim como fatores externos de falta de apoio e/ou suporte psicossocial, desequilíbrio familiar, falta de recursos e inadequações de situações ambientais. Além disso, tanto no *Grupo PT* quanto no *Grupo AT*, as mães demonstraram concepções positivas da maternidade, principalmente concepções de mãe ideal, com ênfase nas atitudes maternas e nos cuidados do bebê por parte delas.

Diferenças entre os grupos, quanto às verbalizações no tópico sobre maternidade, foram em relação às expectativas. Assim como as concepções em relação à maternidade, as

expectativas maternas dos dois grupos mostraram-se predominantemente positivas, relacionadas principalmente ao desejo de ser a mãe ideal. Apesar de as expectativas maternas positivas terem sido predominantes nos dois grupos, o *Grupo AT* apresentou mais expectativas positivas do que o *Grupo PT*, o qual, por sua vez, apresentou mais expectativas neutras do que o *Grupo AT*, relacionadas principalmente à manifestação do desejo de ter uma identidade própria de mãe, sem seguir modelos previamente estabelecidos. Expectativas conflituosas, por sua vez, foram verificadas apenas no *Grupo PT*.

Concepções e expectativas maternas positivas em relação à maternidade, assim como maior identificação de fatores que atrapalham do que de fatores que ajudam, mantiveram-se com a ampliação da amostra para 80 mães de bebês pré-termo de muito baixo peso, em estudo realizado por Pinto et al. (2004b).

Em síntese, a análise das verbalizações maternas indicou que tanto as mães de bebês pré-termo de muito baixo peso quanto as mães de bebês a termo, expressaram expectativas e concepções positivas em relação ao bebê, à amamentação e à maternidade. Entretanto as mães de bebês pré-termo de muito baixo peso verbalizaram mais suas reações e sentimentos diante do nascimento dos filhos, o que não foi observado no *Grupo AT*. Além disso, as mães de bebês pré-termo de muito baixo peso expressaram mais dúvidas e preocupações, em relação à amamentação, do que as mães de bebês a termo. Essas dúvidas e preocupações podem refletir o fato de que muitas mães do *Grupo PT* ainda não haviam iniciado o processo de amamentação de seus bebês, enquanto que todas as mães de bebês a termo estavam amamentando.

Quanto às associações entre as verbalizações maternas e as características maternas e dos bebês, os resultados apontaram associações distintas nos *Grupos PT* e *AT*. No *Grupo PT*, as variáveis emocionais, relativas aos níveis de ansiedade e depressão, encontravam-se

associadas, em sua maior parte, a verbalizações referentes ao tópico sobre o bebê. No *Grupo AT*, por sua vez, verificou-se apenas uma associação entre variáveis emocionais, especificamente relacionada ao nível de ansiedade do tipo traço e às verbalizações maternas em relação ao bebê.

Dessa forma, no tópico temático sobre o bebê, quanto menor o nível de ansiedade do tipo estado das mães do *Grupo PT*, mais positiva a concepção materna em relação ao bebê. Ao mesmo tempo, quanto maior o nível de ansiedade situacional dessas mães, mais verbalizações sobre reações e sentimentos, focalizados na emoção negativa ou conflituosa.

Considerando-se o nível de ansiedade do tipo traço, para o *Grupo PT*, quanto menor o nível de ansiedade do tipo traço, ou seja, relativamente estável e disposicional no comportamento materno, mais expectativas maternas neutras em relação ao bebê e menos verbalizações sobre reações e sentimentos, focalizados na emoção negativa ou conflituosa. Diferentemente do *Grupo PT*, no *Grupo AT*, quanto mais elevado o nível de ansiedade do tipo traço das mães de bebês a termo, maior a quantidade de respostas maternas referentes a expectativas neutras em relação ao bebê.

Em relação aos níveis de disforia e depressão, foram verificadas associações com verbalizações maternas apenas no *Grupo PT*. Os resultados do presente estudo mostraram que quanto menores os níveis de disforia ou depressão, maior a proporção de conteúdos verbais referentes a expectativas neutras em relação ao bebê. Por outro lado, quanto maiores os níveis de disforia ou depressão, mais verbalizações sobre reações e sentimentos focalizados na emoção negativa ou conflituosa por parte das mães do *Grupo PT*.

Portanto, no tópico temático sobre o bebê, as verbalizações do *Grupo PT* parecem estar associadas aos níveis de ansiedade, situacional e disposicional, e de depressão das mães. Considerando-se, em especial, as verbalizações sobre reações e sentimentos, focalizados na emoção negativa ou conflituosa, as quais foram verificadas apenas no

Grupo PT, elas parecem influenciadas pelos níveis elevados de ansiedade, situacional e disposicional, e de depressão. Na análise comparativa entre dois grupos de mães de bebês pré-termo de muito baixo peso, diferenciadas quanto à presença de indicadores de ansiedade e/ou depressão, Correia (2005) observou, em contexto de intervenção psicológica em grupo, que as mães com indicadores clínicos de ansiedade e/ou depressão apresentaram maior número de expressões de “Sentimentos ou reações maternas com conotação negativa em relação ao bebê” do que as mães sem indicadores. Portanto as mães com maiores níveis de ansiedade e depressão parecem ser suscetíveis a reações e sentimentos, focalizados na emoção negativa ou conflituosa, configurando, assim, uma situação de múltiplo risco, que exige cuidados de apoio psicológico, para neutralizar os efeitos adversos para a própria mãe e para o bebê.

As variáveis emocionais maternas também mostraram-se associadas às verbalizações referentes a descrições acerca de gravidez, parto, bebê, aleitamento e maternidade, no tópico do Roteiro de Entrevista sobre amamentação, no *Grupo PT*. Para essas mães, quanto maiores os níveis de ansiedade, situacional e disposicional, maior a proporção de descrições acerca de gravidez, parto, bebê, aleitamento e maternidade.

Quanto às associações entre as verbalizações e as características sócio-demográficas maternas, os resultados apontaram associações diversas no *Grupo PT*, nos três tópicos do Roteiro de Entrevista. No *Grupo AT*, não foram verificadas associações entre as variáveis sócio-demográficas e as verbalizações maternas no tópico sobre o bebê, tendo sido verificadas associações apenas nos tópicos sobre amamentação e maternidade.

Em relação à variável sócio-demográfica número de filhos, as mães do *Grupo PT* com menor número de filhos, em especial as primigestas, parecem ter expectativas bastante positivas em relação ao bebê e à amamentação, talvez distantes da realidade. Por outro lado, no *Grupo AT*, quanto maior o número de filhos, maior a proporção de descrições, no

tópico do Roteiro de Entrevista sobre amamentação. As mães do *Grupo AT* com maior número de filhos também expressaram mais concepções positivas em relação à maternidade, o que não foi observado no *Grupo PT*.

Quanto ao nível de escolaridade, no *Grupo PT*, as mães mais escolarizadas verbalizaram expectativas neutras, em relação ao bebê, e expectativas positivas, em relação à amamentação, apesar de demonstrarem concepções negativas ou conflituosas sobre a amamentação. Por outro lado, as mães do *Grupo PT* com menor o nível de escolaridade verbalizaram mais sobre descrições no tópico do Roteiro de Entrevista sobre amamentação. No *Grupo AT*, por sua vez, quanto maior o nível de escolaridade materno, mais expectativas neutras em relação à maternidade, o que não foi observado no *Grupo PT*.

Em relação à idade materna, no *Grupo PT*, quanto mais velhas as mães, maior a proporção de verbalizações sobre dúvidas e preocupações, enquanto que mães mais jovens expressaram mais a ausência de dúvidas e preocupações, em relação à amamentação. No tópico sobre maternidade, quanto mais velha a mãe, menos verbalizações de identificação de fatores que ajudam na maternidade e mais verbalizações referentes a descrições acerca de gravidez, parto, bebê, aleitamento e maternidade e expectativas negativas ou conflituosas.

Inesperadamente, as mães mais velhas do *Grupo PT* verbalizaram mais preocupações e dúvidas em relação à amamentação, e mais expectativas negativas e conflituosas, em relação à maternidade. Esses resultados parecem contradizer as observações de Porter e Sobong (1990), segundo as quais as mães mais jovens podem se sentir menos competentes, devido à própria inexperiência, e menos preparadas para exercer a maternagem quando levam seus bebês para casa. Entretanto cabe ressaltar que os bebês do *Grupo PT* ainda se encontravam hospitalizados e a maior parte dessas mães ainda não estavam amamentando nem participando ativa e integralmente dos cuidados do bebê.

Pode-se supor que as mães mais velhas, as quais provavelmente tinham outros filhos e, portanto, mais experiência nos cuidados maternos, estariam mais atentas às particularidades, em relação ao aleitamento de um bebê prematuro, o que lhes traria mais preocupações e dúvidas, em relação à amamentação. As peculiaridades no cuidado de um bebê nascido pré-termo de muito baixo peso poderiam influenciar também as expectativas maternas acerca da maternidade, as quais se mostraram negativas ou conflituosas. As mães mais jovens, menos experientes, por outro lado, tinham poucas dúvidas em relação à amamentação e supõe-se que, quando, de fato, passarem a amamentar, as dúvidas poderão surgir com as dificuldades reais enfrentadas por elas.

Diferentemente do *Grupo PT*, a idade materna não se mostrou associada a nenhum tipo de verbalização materna no *Grupo AT*.

As mães do *Grupo PT* que não trabalhavam fora do lar apresentaram mais concepções negativas ou conflituosas, em relação ao bebê. Ao mesmo tempo, mães solteiras expressaram mais a ausência de dúvidas e preocupações, em relação à amamentação.

No tópico do Roteiro de Entrevista sobre amamentação, as mães do *Grupo AT* que não exerciam nenhum tipo de trabalho remunerado fora do lar verbalizaram mais descrições.

Diferentemente do *Grupo PT*, em que não foram observadas associações entre o trabalho fora do lar e a situação conjugal e as verbalizações maternas acerca da maternidade, no *Grupo AT*, as demais associações entre essas variáveis e verbalizações maternas foram observadas no tópico sobre maternidade. Dessa forma, as mães do lar, que não exerciam atividade remunerada fora dele, do *Grupo AT*, expressaram concepções positivas em relação à maternidade. Além disso, as mães que trabalhavam fora do lar e as mães solteiras do *Grupo AT* identificaram mais fatores que atrapalham na maternidade em

suas verbalizações. Provavelmente, as mães solteiras do *Grupo AT* disponham de menos suporte social do que as mães em união estável, que, muitas vezes, contam com a participação do marido nos cuidados do bebê. As mães que trabalham fora, por sua vez, dispõem de menos tempo para permanecerem com o bebê e, na maior parte das vezes, delegam seus cuidados a terceiros. Essas mães, portanto, em função do seu cotidiano, parecem identificar mais aspectos que atrapalham na maternidade do que as demais mães.

Considerando-se as variáveis dos bebês do *Grupo PT*, observou-se que as concepções maternas sobre o bebê parecem estar permeadas pela própria sua condição neonatal. Quanto maior o peso de nascimento e a idade gestacional do bebê, mais positiva a concepção materna sobre o bebê e, por outro lado, quanto maior o índice de risco clínico neonatal do bebê e maior o tempo de internação na UTIN, menos positiva a concepção materna.

De acordo com os resultados obtidos, no tópico sobre amamentação, quanto menor o peso de nascimento do bebê, maior o índice de risco clínico neonatal e maior o tempo de internação do bebê na UTIN, maior a proporção de verbalizações sobre os fatores que atrapalham na amamentação. Ao mesmo tempo, quanto menor a idade gestacional do bebê, mais expectativas negativas ou conflituosas por parte da mãe. Por fim, quanto maior o índice de risco clínico neonatal do bebê, mais preocupações e dúvidas em relação à amamentação. Portanto a condição de vulnerabilidade do bebê ao nascimento parece permear as verbalizações das mães, as quais, apesar de relatarem a importância da amamentação, apresentam expectativas negativas ou conflituosas e identificam mais fatores que podem atrapalhar na amamentação.

Com relação ao tópico sobre a maternidade, mães dos bebês do sexo masculino nascidos pré-termo de muito baixo peso verbalizaram mais fatores que ajudam na maternidade. Além disso, no *Grupo PT*, as mães dos bebês com peso adequado para a

idade gestacional (AIG) apresentaram mais expectativas positivas, enquanto que as mães dos bebês com menor peso de nascimento verbalizaram mais expectativas negativas ou conflituosas. Pode-se supor que a fragilidade aparente do bebê, com baixo peso de nascimento, acarrete sentimentos de impotência nas mães, as quais não se sentem aptas a exercer, de maneira adequada, os cuidados do bebê. Essas mães, então, apresentam expectativas mais negativas ou conflituosas em relação à maternidade.

De um modo geral, os resultados mostraram mais associações entre as variáveis maternas, sejam elas emocionais ou sócio-demográficas, e as verbalizações maternas do *Grupo PT*, em comparação ao *Grupo AT*. As variáveis emocionais mostraram-se especialmente associadas às verbalizações maternas do *Grupo PT*, as quais associam-se também às variáveis neonatais dos bebês. Configura-se, assim uma situação de múltiplo risco para o desenvolvimento da criança. A situação de vulnerabilidade biológica dos bebês do *Grupo PT* pode ter impacto na saúde mental materna, em especial quanto a indicadores de ansiedade do tipo situacional, o que pode acarretar prejuízos para o exercício adequado da maternidade. Os cuidados inadequados, por sua vez, podem trazer prejuízos para o desenvolvimento da criança, a qual se encontra em uma situação adversa, em decorrência de sua condição de nascimento prematuro. Além disso, os indicadores de ansiedade e depressão maternas, assim como algumas características sócio-demográficas, como escolaridade, idade materna e número de filhos, e as próprias características neonatais dos bebês, mostram-se relacionados às concepções e expectativas maternas em relação ao próprio bebê, à amamentação e à maternidade. Por fim, como as concepções e as expectativas maternas permeiam as atitudes e as condutas maternas frente aos cuidados dispensados à criança, é necessária atenção especial à identificação dos pensamentos e dos sentimentos maternos que podem ser expressos por meio de entrevista guiada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados encontrados, o nascimento pré-termo de muito baixo peso e a conseqüente hospitalização do bebê em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) configuram uma situação adversa, geradora de sentimentos desagradáveis e de respostas desajustadas por parte das mães. Parece que tais sentimentos encontram-se mais exacerbados no *Grupo PT* do que no *Grupo AT*, caracterizando uma acentuação da “crise psicológica” no período puerperal, apontada por Maldonado (1997). Caplan (apud KENNEL; KLAUS, 1993) define “crise psicológica” como uma situação de desequilíbrio e desorganização comportamental e psicológica, desencadeada por uma situação inesperada, a qual o indivíduo encontra-se temporariamente incapaz de enfrentar. Desse modo, o enfrentamento da situação do nascimento prematuro de um(a) filho(a) excede os recursos maternos disponíveis naquele momento e, então, a mãe passa a apresentar sintomas de ansiedade exacerbada (apud KENNEL; KLAUS, 1993). Portanto o nascimento prematuro do bebê pode ter um impacto desfavorável à saúde mental materna, conforme salientado por Doering et al. (2000), Kennell e Klaus (1993), Ruttenberg et al. (1997), Singer et al. (1999), Wijnroks (1999), Younger et al. (1997) e Zanardo e Freato (1999).

Os achados do presente estudo reforçam a importância de se avaliar indicadores de ansiedade e de depressão em mães de bebês pré-termo de muito baixo peso, a fim de subsidiar o suporte psicológico às mães para regulação emocional, durante o período de internação hospitalar do bebê nascido pré-termo com muito baixo peso. A avaliação clínica possibilita a identificação precoce de mães com maior dificuldade no enfrentamento adaptativo da situação de estresse psicológico, possibilitando, assim, o planejamento e a execução de adequada intervenção psicológica preventiva. A intervenção psicológica adequada tem sido apontada como um importante mecanismo de proteção à saúde mental

materna, fornecendo suporte à mãe para o enfrentamento da situação de estresse vivenciada por ela (PREYDE; ARDAL, 2003; YOUNGER et al., 1997).

Além disso, enquanto cuidadora primária e a longo prazo da criança, a mãe tem um importante papel na trajetória do desenvolvimento infantil (ZUGAIB; SANCOVSKY, 1994). Tratando-se de uma criança nascida em condições de risco biológico, como a prematuridade e o muito baixo peso ao nascer, a figura materna pode funcionar como um importante mecanismo de proteção ao desenvolvimento da criança (LINHARES, 2003).

De acordo com Kalmár (1996), a qualidade do ambiente familiar tem mais peso do que fatores de risco perinatais, em sua capacidade de predizer resultados a longo prazo. Segundo Aylward (2002), as variáveis ambientais proximais, tais como a interação entre a mãe e a criança, são preditivas em momentos mais precoces do desenvolvimento da criança, enquanto que as variáveis ambientais distais, tais como o nível educacional e o “*status*” profissional dos pais, são preditivas do desenvolvimento futuro.

Um ambiente familiar adequado, com a presença de fatores favorecedores, tais como responsividade parental, aceitação do comportamento da criança e disponibilidade de brinquedos, pode reduzir ou compensar os efeitos adversos do risco perinatal (KALMÁR; BORONKAI, 1991). Dessa forma, o contexto familiar adequado pode se tornar um mecanismo de proteção psicossocial aos bebês vulneráveis, devido à condição neonatal adversa (LINHARES, 2003).

Entretanto o nascimento de um bebê prematuro de muito baixo peso apresenta um desafio considerável para os pais, principalmente para as mães (SINGER et al., 1999). Ao mesmo tempo em que o ambiente familiar influencia o desenvolvimento da criança, a família sofre os efeitos das adversidades neonatais conseqüentes ao nascimento prematuro

do bebê, tornando-se mais fragilizada para o enfrentamento adequado da situação e menos adaptada aos cuidados iniciais do bebê (LINHARES, 2003).

A mãe que se encontra fragilizada para o enfrentamento adequado e adaptado da situação do nascimento prematuro pode apresentar dificuldades para se vincular com o bebê e para assumir os cuidados com o mesmo (GENNARO et al., 1993; SOBOTKOVÁ et al., 1996). Conseqüentemente, o impacto do nascimento prematuro, para a maioria das mães, implica, muitas vezes, a diminuição da qualidade dos cuidados dispensados à criança.

Hunt et al. (1988, apud AYLWARD, 2002) afirmam que os fatores médicos e biológicos tendem a determinar se os problemas de desenvolvimento ocorrem, ao passo que os fatores ambientais atenuam ou acentuam o grau de manifestação dos problemas.

Segundo Bradley et al. (1994), o risco perinatal pode ser intensificado quando há uma situação em que o ambiente familiar se mostra inadequado. Entre os fatores que caracterizam a adequação, ou não, do ambiente familiar, está a capacidade da mãe de cuidar do bebê. O nível sócio-econômico, o preparo educacional, as próprias experiências como criança e a própria estabilidade emocional materna podem influenciar a capacidade da mãe de cuidar do bebê (GENNARO et al., 1993).

Fatores adversos no ambiente têm efeito aditivo nas crianças que são vulneráveis biologicamente, segundo o modelo de “rota de risco” (*risk-route*) proposto por Aylward e Kenny (1979). Dessa forma, a fragilidade emocional da mãe e os sintomas psicopatológicos maternos podem ser um risco potencial para o desenvolvimento do bebê, vulnerável do ponto de vista biológico. Tem-se, assim, a situação de múltiplo risco para o desenvolvimento do bebê, ou seja, os efeitos da condição de risco neonatal para o desenvolvimento infantil podem ser intensificados pelos sintomas psicopatológicos

maternos (AYLWARD; KENNY, 1979). Os efeitos negativos dos riscos precisam, então, ser neutralizados ou amenizados por meio de mecanismos de proteção, como preconiza a Psicopatologia do Desenvolvimento (SILVA, 2003).

De acordo com a abordagem do cuidado desenvolvimentista em UTIN, proposta por Als et al. (1982), o recém-nascido deve ser visto de maneira individualizada, buscando-se executar atividades e procedimentos de cuidado do bebê que considerem suas reações aos estímulos ambientais. A atenção e a compreensão das respostas comportamentais dos bebês visam ao planejamento e à execução de cuidados e procedimentos que mantenham a estabilidade, a organização e o ajustamento do comportamento do bebê (ALS et al., 1982; DARÉ JÚNIOR et al., 2003). Desse modo, para que possa desempenhar adequadamente suas funções maternas de cuidado e suporte, a mãe do bebê pré-termo de muito baixo peso precisa, primeiramente, “ser cuidada”. Ao diminuírem os níveis maternos de ansiedade situacional, podem-se minimizar os possíveis efeitos negativos na interação da mãe com a criança e, conseqüentemente, no próprio desenvolvimento da criança (FELDMAN et al., 1999; GALLER et al., 2000; VIEIRA FILHO, 2004; WIJNROKS, 1999). Portanto as mães de bebês nascidos prematuros necessitam de suporte psicológico para o enfrentamento adaptativo da situação de internação do bebê na UTIN, assim como para prevenirem-se problemas futuros na interação mãe e criança, como recomendado por Feldman et al. (1999).

Considerando o incentivo de medidas de intervenção que visam à aproximação entre a mãe e o bebê na UTIN, como, por exemplo, pelo “Método Mãe-Canguru”, deve-se levar em conta, nos critérios para a inclusão dos bebês nesse programa, não apenas a estabilidade clínica dos bebês, como recomenda Bohnhorst et al. (2001), mas também a estabilidade emocional das mães quanto à regulação de sintomas de ansiedade do tipo estado. Portanto tanto os bebês quanto as mães precisam de condições de estabilidade para

o sucesso de intervenções, com a finalidade de aproximar afetivamente a mãe e o bebê. De um modo geral, o presente estudo pode contribuir para a melhor compreensão acerca das dificuldades emocionais maternas e das expectativas e concepções das mães, no contexto da condição de prematuridade do bebê.

O apoio e as orientações às mães devem concentrar-se no período de internação dos bebês e ter continuidade na trajetória inicial dos bebês, por meio de programas de “*follow-up*”. As orientações sobre aleitamento materno, recebidas no contexto hospitalar, parecem ter contribuído para concepções positivas sobre amamentação, que, no caso das mães de bebês nascidos pré-termo, precisam ser mantidas ao longo do tempo para que possam atingir o momento em que o aleitamento possa ser efetivado.

Faz-se necessário, entretanto, levantar algumas limitações do presente estudo. Primeiramente, é necessário destacar a diferença no tamanho amostral dos *Grupos PT* e *AT*, devido à dificuldade de aceitação das mães de bebês a termo em participar do estudo. O fato de a coleta de dados do *Grupo AT* ter sido realizada após a alta hospitalar da mãe e do bebê, além de dificultar a adesão das mães ao estudo, constitui um segundo fator limitante do estudo. Entretanto o contexto do nascimento a termo proporciona um significado diferente à alta hospitalar, não tendo em si um aspecto de melhora da condição clínica adversa do bebê pré-termo. Além disso, considerando-se que a maior parte das mães do *Grupo PT* foram avaliadas posteriormente aos primeiros 15 dias de vida do bebê, a avaliação das mães do *Grupo AT*, nos primeiros 15 dias de vida do bebê, pode ser considerada precoce e passível de comparação com a avaliação do *Grupo PT*.

Em segundo lugar, no presente estudo, ainda em relação à coleta de dados do *Grupo AT*, não foi possível sua realização no mesmo hospital onde houve a coleta de dados do *Grupo PT*. A coleta de dados do *Grupo AT* foi feita na MATER – Maternidade do

Complexo Aeroporto, responsável por cerca de um terço dos partos realizados pelo SUS, em Ribeirão Preto, dedicando-se aos casos de gravidez de baixo risco. A MATER é gerida pela Fundação Sinhá Junqueira e mantém parceria com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, que coordenam os serviços de enfermagem, de assistência obstétrica e de neonatologia. A coleta de dados do *Grupo PT*, por sua vez, foi realizada no HCFMRP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que é um hospital universitário, vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, e de nível terciário, de acordo com a classificação do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto os dois hospitais, localizados no mesmo município, são coordenados pela mesma equipe de saúde e seguem os mesmos protocolos, minimizando as diferenças entre os grupos, com relação a esses aspectos. Sendo assim, apesar de a coleta de dados dos *Grupos PT* e *AT* ter sido realizada em hospitais distintos, pode-se considerar a homogeneidade quanto às características do contexto de atendimento de saúde oferecido às mães.

Em terceiro lugar, no presente estudo, não foi possível a uniformidade do intervalo de tempo entre o nascimento do bebê e a primeira avaliação da mãe, assim como do tempo entre a alta do bebê e a segunda avaliação dos indicadores maternos de ansiedade e de disforia/depressão. Entretanto não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre a idade cronológica do bebê, na data da primeira avaliação das mães, e o número de dias decorridos após a alta do bebê, por ocasião da segunda avaliação, e os escores maternos no IDATE e no BDI, nas respectivas avaliações.

Em quarto lugar, cabe ressaltar que todas as mães do Grupo PT receberam apoio psicológico especializado, durante o período de internação do bebê, como parte da rotina da UTIN, o que pode ter sido uma forte variável para a melhora dos níveis de ansiedade das mães. Na interpretação dos resultados, esse fato deve ser levado em conta. Não se pode

concluir se apenas a melhora clínica do bebê e sua conseqüente alta hospitalar, no decorrer da passagem do tempo, seriam suficientes para aliviar os sentimentos desagradáveis experimentados pelas mães dos bebês prematuros. Permanece a hipótese sobre a contribuição do suporte psicológico fornecido às mães para o alívio das tensões desencadeadas pelo nascimento prematuro do bebê, em contraposição à contribuição da própria melhora e sobrevivência do bebê. Apesar de o presente estudo não poder concluir sobre essa questão, os resultados do estudo de Carvalho (2005), realizado com 59 mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, das quais 40 participaram também do presente estudo, apontam para a contribuição positiva da intervenção psicológica para o enfrentamento da situação do nascimento prematuro de um(a) filho(a).

Finalizando, os achados do presente estudo remetem a questões futuras relevantes para novas investigações sobre a temática pesquisada. Uma questão que transcende o objetivo do presente estudo e que precisa ser investigada refere-se ao impacto do desenvolvimento do bebê nos aspectos emocionais maternos. Para responder a essa questão seria necessário um estudo de delineamento longitudinal, em que fossem avaliados o desenvolvimento do bebê e os aspectos emocionais maternos, com uma determinada periodicidade. Além disso, o presente estudo não analisou as verbalizações maternas após a melhora clínica do bebê e sua conseqüente alta hospitalar, como foi feito com os indicadores de ansiedade e disforia ou depressão. Portanto permanece a questão a ser investigada: há diferenças nas verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade entre o período de hospitalização do bebê e após a sua alta? Assim como os indicadores emocionais, sugere-se que as representações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade sejam avaliadas longitudinalmente.

Como foi salientado no decorrer do presente estudo, as mães com antecedentes psiquiátricos correspondem a um grupo de maior risco para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos no período pós-parto e, conseqüentemente, podem apresentar maiores dificuldades nos cuidados do bebê. Portanto requerem-se estudos sobre o impacto do nascimento prematuro de um(a) filho(a) para a saúde mental em mães que apresentam antecedentes psiquiátricos, as quais foram excluídas da amostra do presente estudo por suas características peculiares.

Concluindo, os achados sobre maior vulnerabilidade emocional das mães dos bebês nascidos pré-termo, em relação às mães dos bebês a termo, mostram a importância do apoio psicológico especializado às mães, que deve incluir procedimentos de avaliação de recursos e dificuldades, intervenção e seguimento para acompanhar a relação com o desenvolvimento do bebê.

Cabe à equipe de profissionais de saúde a responsabilidade de proteger o desenvolvimento do bebê prematuro em risco biológico e psicossocial, promovendo ações neutralizadoras dos efeitos adversos da prematuridade para o bebê e para sua cuidadora, a mãe. Os programas de “*follow-up*” são fundamentais após a alta do bebê para promover o desenvolvimento do mesmo e para fornecer orientações e apoio psicológico à cuidadora a longo prazo – a mãe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALS, H.; LESTER, B.M.; TRONICK, E.Z.; BRAZELTON, B. Toward a research instrument for the assessment of preterm infant's behavior (ABIP). In: FITZGERALD, H. E.; LESTER, B.M.; YOGMAN, M.W. (Org.). **Theory and Research in Behavioral Pediatrics**. New York: Plenum Press, 1982. p. 35-63.

ANDRADE, L.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (Org.). **Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 139–144.

AYLWARD, G.P. Methodological issues in outcomes studies of at-risk infants. **Journal of Pediatric Psychology**, Washington, v. 27, n. 10, p. 37-45, 2002.

AYLWARD, G.P; KENNY, T.J. Developmental follow-up - Inherent problems and a conceptual model. **Journal of Pediatric Psychology**, Washington, v. 4, p. 331-343, 1979.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An Inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 4, p. 561-571, 1961.

BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L. **Inventário de ansiedade traço-estado**. Rio de Janeiro: CEPA, 1979. 58 p.

BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C.D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 31-44, 1977

BIALOSKURSKI, M.; COX, C.L.; HAYES, J.A. The nature of attachment in a Neonatal Intensive Care Unit. **The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**, Frederick, v. 13, n. 1, p. 66-77, 1999.

BIASOLI-ALVES, Z.M.M. A Pesquisa em Psicologia- análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 135- 157.

BOHNHORST, B.; HEYNE, T.; PETER, C.S.; POETS, C.F. Skin-to-skin (kangaroo) care, respiratory control, and thermoregulation. **The Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 138, n. 2, p. 193-197, 2001.

BRADLEY, R.H.; WHITESIDE, L.; CALDWELL, B.M.; CASEY, P.H.; KELLEHER, K.J.; POPE, S.K.; SWANSON, M.; BARRET, K.; CROSS, D. Mental IQ, the home environment, and child IQ in low birthweight, premature children. **International Journal of Behavioral Development**, Amsterdam, v. 16, n. 1, p. 61-74, 1993.

BRADLEY, R.H.; WHITESIDE, L.; MUNDFROM, D.J.; CASEY, P.H.; KELLEHER, K.J.; POPE, S.K. Contribution of early intervention and early caregiving experiences to resilience in low-birthweight, premature children living in poverty. **Journal of Clinical Child Psychology**, St. Louis, v. 23, p. 425–434, 1994.

BRANDT, P.; MAGYARY, D.; HAMMOND, M.; BARNARD, K. Learning and behavioral - emotional problems of children born preterm at second grade. **Journal of Pediatric Psychology**, Washington, v. 17, n. 3, p. 291–311, 1992.

CALIL, H.M.; PIRES, M.L.N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (Org.). **Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 65–69.

CARVALHO, A.E.V. **Sobrevivência e qualidade de vida: história de desenvolvimento, aprendizagem e adaptação psicossocial de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso (< 1.500g) em comparação com crianças nascidas a termo**. 2000. 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

CARVALHO, A.E.V. **Indicadores emocionais maternos e intervenção psicológica durante hospitalização do bebê pré-termo em UTI Neonatal**. 2005. 248f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CARVALHO, A.E.V.; LINHARES, M.B.M.; MARTINEZ, F.E. História do desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (<1.500g). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 1-33, 2001.

CATTANEO, A.; DAVANZO, R.; WORKU, B.; SURJONO, A.; ECHEVERRIA, M.; BEDRI, A.; HAKSARI, E.; OSORNO, L.; GUDETTA, B.; SETYOWIRENI, D.; QUINTERO, S.; TAMBURLINI, G. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. **Acta Paediatrica**, Stockolm, v. 87, p. 976-985, 1998.

COCKBURN, F.; COOKE, R. W.I.; GAMSU, H.R.; GREENOUGH, A.; HOPKINS, A.; MCINTOSH, N.; AGSTONT, S.A.; PARRYT, G.I.; SILVERMAN, M.; SHAW, I.C.L.; TARNOW-MODIT, W.O. The CRIB (Clinical Risk Index for Babies) score: a tool for assessing initial neonatal risk and comparing performance of Neonatal Intensive Care Units. **Lancet**, London, v. 342, p. 193-198, 1993.

CORREIA, L.L. Conteúdos verbais de mães de bebês pré-termo internados em UTI Neonatal, diferenciadas quanto a indicadores emocionais de ansiedade e depressão. 2005. 171 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

CORREIA, L.L.; CARVALHO, A.E.V.; LINHARES, M.B.M.; PADOVANI, F.H.P.; MARTINEZ, F.E.; DUARTE, G. Grupos de apoio psicológico a mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados em UTI Neonatal: Análise dos conteúdos das verbalizações maternas. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 10., 2002, Ribeirão Preto. **Resumos do 10º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo.** Disponível em: CD-ROM.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DAMMAN, O.; WALTHER, H.; ALLERS, B.; SCHRÖDER, M.; DRESCHER, J.; LUTZ, D.; VEELKEN, N.; SCHULTE, F.J. Development of a regional cohort of very low-birthweight children at six years cognitive abilities are associated with neurological disability and social background. **Developmental Medicine and Child Neurology**, London, v. 38, n. 2, p. 97–108, 1996.

DARÉ JÚNIOR, S.; IAMAMURA, P.E.A.; FIGUEIRA, B.B.D.; FERNADES, G.C.V. Humanização e Abordagem Desenvolvimentista nos cuidados ao recém-nascido de muito baixo peso. In: COSTA, H.P.F.; MARBA, S.T. (Coord.). **O recém-nascido de muito baixo peso.** São Paulo: Editora Atheneu, 2003. Cap. 6, p. 85-102.

DAVIS, L.; EDWARDS, H.; MOHAY, H.; WOLLIN, J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 73, p. 61-70, 2003.

DEL BEN, C.M. **Estudo da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico obtido através da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III-R (SCID) em serviço ambulatorial de um hospital escola.** 1995. 83f. Dissertação (Mestrado em Saúde

Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e Educação**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. 206p.

DOERING, L.V.; MOSER, D.K.; DRACUP, K. Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. **Neonatal Network**, California, v. 19, n. 5, p. 15–23, 2000.

DREWETT, R.; BLAIR, P.; EMMETT, P.; EMOND, A. Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers depressed in the postnatal period: a population-based birth cohort study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines**, London, v. 45, n. 2, p. 359-366, 2004.

FELDMAN, R.; WELLER, A.; LECKMAN, J.F.; KUINT, J.; EIDELMAN, A.I. The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines**, London, v. 40, n. 6, p. 929-939, 1999.

GALLER, J. R.; HARRISON, R.H.; RAMSEY, F.; FORDE, V.; BUTLER, S. C. Maternal depressive symptoms affect infant cognitive development in Barbados. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines**, London, v. 41, n. 6, p. 747-757, 2000.

GASPARETTO, S. **Desenvolvimento de um programa de intervenção para mãe de bebês pré-termo.** 1998. 161f. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GENNARO, S.; BOOTEN, D.; RONCOLI, M.; KUMAR, S.P. Stress and health outcomes among mothers of low-birth-weight infants. **Western Journal of Nursing Research**, California, v. 15, n. 1, p. 97- 113, 1993.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck – Propriedades psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (Org.). **Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia.** São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 89-95.

GUERRA, A.B.G.; CALIL, H.M. Depressão. In: HETEM, L.A.B.; GRAEFF, F.G. (Ed.). **Transtornos de ansiedade.** São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 371-388.

HAY, D.F.; PAWLBY, S.; SHARP, D.; ASTEN, P.; MILLS, A.; KUMART, R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines**, London, v. 42, n. 7, p. 871-890, 2001.

HOROWITZ, F. D. The concept of risk: a revaluation. In: FRIEDMAN, S.L.; SIGMAN, M.D.; SIEGEL, I.E. (Ed.). **The psychological development of low-birthweight children.** New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1992. Cap. 4, p. 61-88.

HOSSNE, W.S.; VIEIRA, S. Experimentação com seres humanos: Aspectos éticos. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (Org.). **Bioética**. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 1999. Cap. 9, p. 127–146.

JONN-SEED, M.S.; WEISS, S. Maternal expressed emotion as a predictor of emotional and behavioral problems in low birth weight children. **Issues in Mental Health Nursing**, New York, v. 23, n. 6, p. 649-672, 2002.

KÁLMAR, M. The course of intellectual development in preterm and fullterm children: An 8-year longitudinal study. **International Journal of Behavioral Development**, Amsterdam, v. 19, p. 491–516, 1996.

KALMÁR, M.; BORONKAI, J. Interplay of biological and social-environmental factors in the developmental outcome of prematurely born children from infancy to seven years. **International Journal of Disability, Developmental and Education**, v. 38, n. 3, p. 247-270, 1991.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução: Dayse Batista. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 1169 p.

KAVANAUGH, K.; MEAD, L.; MEIER, P.; MANGURTEN, H.H. Getting enough: Mothers' concerns about breastfeeding a preterm infant after discharge. **Journal of Obstetric, Gynecology, and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 23-32, 1995.

KENNEL, J.H.; KLAUS, M.H. Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In: KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. **Pais / Bebês** - a formação do apego. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 170-244.

KOPP, C.B.; KALLER, S.R. Risk in infancy origins and implications. **The American Psychologist**, Washington, v. 44, n. 2, p. 391-396, 1989.

LAMBREMOS, K.; WEINDLING, A.M.; CALAM, R.; COX, A.D. The effect of a child's disability on mother's mental health. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 74, p. 115-120, 1996.

LAMY, Z.C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 5, p. 293- 298, 1997.

LAUCHT, M.; ESSER, G.; SCHMIT, M.H. Development outcome of infants born with biological and psychosocial risks. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines**, London, v. 38, n. 7, p. 843- 853, 1997.

LEVY-SHIFF, R.; EINAT, G.; HAR-EVEN, D.; MOGILNER, M.; MOLGINER, S.; LERMAN, M.; KRIKLER, R. Emotional and behavioral adjustment in children born prematurely. **Journal of Clinical Child Psychology**, St. Louis, v. 19, n. 1, p. 323-333, 1994.

LIMA, G.; QUINTERO-ROMERO, S.; CATTANEO, A. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. **Annals of Tropical Paediatrics**, London, v. 20, p. 22–26, 2000.

LINHARES, M.B.M. Prematuridade, risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento. **Temas sobre Desenvolvimento**, São Paulo, v. 12, p. 18- 24, 2003. Suplemento especial.

LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; BORDIN, M.B.M.; CHIMELLO, J.T.; MARTINEZ, F.E.; JORGE, S.M. Prematuridade e muito baixo peso ao nascer como fator de risco ao desenvolvimento psicológico da criança. **Cadernos de Psicologia e Educação – Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 18, p. 60-69, 2000.

LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; BORDIN, M.B.M.; JORGE, S.M. Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês prematuros com peso de nascimento < 1.500g: na UTI - Neonatal e no seguimento longitudinal. **Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 245–262, 1999.

LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; PADOVANI, F.H.P.; BORDIN, M.B.M.; MARTINS, I.M.B.; MARTINEZ, F.E. A compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In: MARTURANO, E.M.; LINHARES, M.B.M.; LOUREIRO, S.R. (Org.). **Vulnerabilidade e Proteção: Indicadores na trajetória de desenvolvimento escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2004. p. 11-39.

LUBCHENCO, L.O. Determinação de peso e idade gestacional. In: AVERY, G. (Org.). **Neonatologia**. Tradução S. Schavartsman. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica, 1984. p. 207-227.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: Parto e puerpério**. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1997. 229p.

MARQUES, C.S.B. Classificação do recém-nascido segundo idade gestacional e crescimento fetal. In: PACHI, P. (Org.). **O Pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, 2003. p. 23-40.

MEW, A.M.; HOLDITCH-DAVIS, D.; BELYEA, M.; MILES, M.S.; FISHEL, A. Correlates of depressive symptoms in mothers of preterm infants. **Neonatal Network**, California, v. 22, n. 5, p. 51-60, 2003.

MORENO, D.H.; DIAS, R.S.; KERR-CORRÊA, F.; MORENO, R.A. Transtornos do humor. In: CORDÁS, T.A.; SALZANO, F.T. (Org.). **Saúde Mental da Mulher** São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 7, p.105–140.

MORENO, R.A.; MORENO, D. H. Escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM – D) e Montgomery-Åsberg (MADRS). In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (Org.). **Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 71-75.

MONTEIRO, T.M.T.; SILVA, L.M.S.; SILVA, M.V.S. Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 36-42, 2002.

NAGATA, M.; NAGAI, Y.; SOBAJIMA, H.; ANDO, T.; NISHIDE, Y.; HONJO, S. Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal. **Acta Psychiatrica Scandinavica. Infants**, Copenhagen, v. 101, n. 3, p. 209–217, 2000.

NARDI, A.E. Transtornos de ansiedade. In: CORDÁS, T.A.; SALZANO, F. T. (Org.). **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 8, p.141–159.

NEELDMAN, R.; WALDERS, N.; KELLY, S.; HIGGINS, J.; SOFRANKO, K.; DROTAR, D. Impacto da triagem para depressão materna em uma clínica pediátrica: um estudo exploratório. Tradução M.M.G.B. Mataloun. **Correios da SBP**, v. 6, p. 18-19, 2000.

O'CONNOR, T.G.; HERON, J.; VIVETTE, G. Antenatal anxiety predicts child behavioral / emotional problems independently of postnatal depression. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, Baltimore, v. 41, n. 12, p. 1470-1477, 2002.

OLIVEIRA, E.A. Modelos de risco na Psicologia do Desenvolvimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre , v. 14, n. 1, p. 19-26, 1998.

PEARL, R.; DONAHUE, M. Brief report: four years after a preterm birth: Children's development and their mothers' beliefs and expectations. **Journal of Pediatric Psychology**, Washington, v. 20, n. 3, p. 363–370, 1995.

PEDROMÔNICO, M.R.M. As relações que se estabelecem no triângulo: recém-nascido – família – hospital. In: KOPELMAN; B.; MIYOSHI, S.; GUINSBRUG, R. (Org.). **Distúrbios respiratórios no período neonatal**. São Paulo: Atheneu, 1998.p. 561-563.

PINELLI, J. Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. **Neonatal Network**, California, v.19, n. 6, p. 27- 37, 2000.

PINTO, I.D.; LINHARES, M.B.M.; PADOVANI, F.H.P.; CORREIA, L.L.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E. Análise de conteúdo das verbalizações maternas acerca do recém-nascido pré-termo com muito baixo peso internado em UTI-Neonatal, quanto às expectativas, concepções e enfrentamentos. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA, 34., 2004, Ribeirão Preto. **Resumos de Comunicações Científicas**. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia, 2004a.

PINTO, I.D.; PADOVANI, F.H.P.; CARVALHO, A.E.V.; CORREIA, L.L.; ; MARTINEZ, F.E.; LINHARES, M.B.M. Representações sobre maternidade em mães de neonatos pré-termo de muito baixo peso hospitalizados em UTI-Neonatal. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 12., 2004, Ribeirão Preto. **Resumos de Ciências Biológicas e da Saúde**. 2004b.

PORTER, L.S.; SOBONG, L.C. Differences in maternal perceptions of the newborn among adolescents. **Pediatric Nursing**, New Jersey, v. 16, n. 1, p. 101- 104, 1990.

PREYDE, M.; ARDAL, F. Effectiveness of a parent “buddy” program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 168, n. 8, p. 969- 973, 2003.

RUTTENBERG, W.B.; FINELLO, K.M.; CORDEIRO, A.K. Interactions between depressed and nondepressed latina mothers and their premature infants. **Infant Mental Health Journal**, New York, v. 18, n. 4, p. 364–377, 1997.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity. **Medicine Meets Millenium – World Congress on the Medicine and Health**, 2000.

SAMEROFF, A.J. Developmental systems and psychopathology. **Development and Psychopathology**, New York, v. 12, p. 297-312, 2000.

SAMEROFF, A.J. Necessidades psicológicas da mãe em interações precoce mãe-filho. In: AVERY, G. (Org.). **Neonatologia**. Tradução S. Schavartsman. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica, 1984. p. 309-328.

SANSAVINI, A.; RIZZARDI, M.; ALLESSANDRONI, R.; GIOVANELLI, G. The development of italian low and very-low-birthweight infants from birth to 5 years: the role

of biological and social risks. **International Journal of Behavioral Development**, Amsterdam, v. 19, n. 3, p. 533–547, 1996.

SAVOIA, M.G. Instrumentos para avaliação de eventos vitais e estratégias de enfrentamento (*Coping*) em situações de Estresse. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (Org.). **Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 377-386.

SCHULTZ, D.P.; SCHULTZ, S.E. **Teorias da personalidade**. Tradução E. Kanner. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 528p.

SEIFER, R.; SAMEROFF, A.J.; BALDWIN, C.P.; BALDWIN, A. Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, Baltimore, v. 31, n. 5, p. 893–903, 1992.

SILVA, M. R. S. **A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: O papel da sensibilidade materna e do suporte social**. 2003. 160 p. Tese de Doutorado - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SINGER, L. T.; SALAVATOR, A.; GUO, S.; COLLIN, M.; LILIEN, L.; BALEY, J. Maternal psychological distress and parenting stress after birth of a very low birth weight infant. **The Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 281, n. 9, p. 799-805, 1999.

SOARES, N.E.; FERNANDES, L.M. A medida do nível sócio-econômico-cultural. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 41, n. 2, p. 35–43, 1989.

SOBOTKOVÁ, N.E.; DITTRICHOVÁ, J.; MANDYS, F. Comparison of maternal perceptions of preterm and fullterm infants. **Early Development and Parenting**, v. 5, n. 2, p. 73–79, 1996.

SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.R.; GIBBON, M.; FIRST, M. B. **Instruction manual for the structured clinical interview for DSM III – R (SCID, 5/11/89 Revision)**. Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute, 1989.

SULLIVAN, J. R. Development of father-infant attachment in fathers of preterm infants. **Neonatal Network**, California, v. 18, n. 7, p. 33–39, 1999.

SWEET, A.Y. Classificação do recém-nascido de baixo peso. In: KLAUS, M.H.; FARNAROFF, A.A. (Org.). **Alto risco em Neonatologia**. Tradução L.E. Vaz Miranda. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982. Cap. 4. p. 63- 88.

TAYLOR, H. G.; HACK, M.; KLEIN, N.; SCHATSCHNEIDER, C. Achievement and children with birthweights less than 750g with normal cognitive abilities: evidence for specific learning disabilities. **Journal of Pediatric Psychology**, Washington, v. 20, n. 6, p.703-719, 1995.

TESSIER, R.; CRISTO, M.; VELEZ, S.; GIRON, M.; DE CALUME, Z. F.; RUIZ-PALAEZ, J. G.; CHARPAK, Y.; CHARPAK, N. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. **Pediatrics**, Springfield, v. 102, n. 2, e17, 1998. Resumo.

VIEIRA FILHO, A.H.G. Transtornos mentais na gestação e puerpério. In: CORDÁS, T.A.; SALZANO, F.T. (Org.). **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 3, p.41–47.

WIGGINS, J. B. A família na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In: AVERY, G.B.; FLETCHER, M.A.; MACDONALD, M.G. (Org.). **Neonatologia: Fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. Tradução Navantino Alves Filho, J. Mariano S. Alves Jr. e Oswaldo Trindade Filho. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica, 1999. Cap.7, p. 69-78

WIJNROKS, L. Maternal recollected anxiety and mother-infant interaction in preterm infants. **Infant Mental Health Journal**, New York, v. 20, n. 4, p. 393–409, 1999.

YOUNGER, J. B.; KENDELL, M.J.; PICKLER, R.H. Mastery of stress in mothers of preterm infants. **Journal of the Society of Pediatric Nurses**, Philadelphia, v. 2, n. 1, p. 29–35, 1997.

YUNES, M.A.M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, p. 75-84, 2003. Número especial.

YUNES, M.A.M.; SYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e Educação**. São Paulo: Cotez, 2001. p. 13-42.

ZANARDO, V.; FREATO, F. Home oxygen therapy in infants with bronchopulmonary dysplasia: Assessment of parental anxiety. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 65, p. 39- 46, 2001.

ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O pré-natal**. 2. ed. São Paulo: Livraria Atheneu Editora, 1994.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Esclarecido (Grupo PT)

Título da pesquisa: *“Indicadores emocionais e concepções acerca do papel materno e do desenvolvimento do bebê, em mães de RN pré-termo ($\leq 1500g$) comparadas com mães de RN a termo”*

Pesquisadora responsável: Flávia Helena Pereira Padovani (CRP: 06/56076-6)

Pesquisadora Orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares (CRP: 6548)

Informações dadas às participantes sobre o projeto, em linguagem acessível para sua compreensão:

“Estamos fazendo uma pesquisa com mães de bebês que nasceram no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, que foram pré-termo (que nasceram antes do tempo) e que tiveram um peso de nascimento menor do que 1500g. Este estudo tem por objetivo avaliar o que esse nascimento significa na vida das mães. Gostaríamos de saber o que as mães pensam e sentem sobre o fato de o bebê ter nascido antes do tempo e com baixo peso, precisando ficar na UTI - Neonatal. Além disso, gostaríamos de conhecer aspectos da história pré-natal e de como ele nasceu, assim como alguns dados do ambiente familiar. Para participar do estudo precisamos conversar sobre esses assuntos e a sra. precisa responder alguns questionários, em quatro encontros, sendo dois nessa semana e dois após a alta do bebê. Nossa conversa será gravada para que depois possamos analisar o que a sra. nos contou. Garantimos, porém, que a sra. não será identificada e será mantido o cuidado com as informações fornecidas, sendo usadas apenas para essa finalidade. Gostaríamos de pedir a sua colaboração, participando deste estudo. A sra. pode aceitar ou não e, caso concorde, poderá desistir de colaborar a qualquer momento. Qualquer esclarecimento sobre o estudo poderá ser dado sempre que necessário.”

Eu, _____,
RG _____, abaixo assinado, tendo recebido os esclarecimentos
acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar deste estudo.

Declaro estar ciente: a) do objetivo deste estudo; b) da segurança que não serei identificada e de que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade; c) de ter a liberdade de recusar a participar deste estudo a qualquer momento; d) de contar com orientações que se fizerem necessárias.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__

Assinatura

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Esclarecido (Grupo AT)

Título da pesquisa: *“Indicadores emocionais e concepções acerca do papel materno e do desenvolvimento do bebê, em mães de RN pré-termo ($\leq 1500g$) comparadas com mães de RN a termo”*

Pesquisadora responsável: Flávia Helena Pereira Padovani (CRP: 06/56076-6)

Pesquisadora Orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares (CRP: 6548)

Informações dadas às participantes sobre o projeto, em linguagem acessível para sua compreensão:

“Estamos fazendo uma pesquisa com mães de bebês que nasceram no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, que foram pré-termo (que nasceram antes do tempo) e que tiveram um peso de nascimento menor do que 1500g. Este estudo tem por objetivo avaliar o que esse nascimento significa na vida das mães. Gostaríamos de saber o que as mães pensam e sentem sobre o fato de o bebê ter nascido antes do tempo e com baixo peso, precisando ficar na UTI - Neonatal. Além disso, gostaríamos de conhecer aspectos da história pré-natal e de como ele nasceu, assim como alguns dados do ambiente familiar. Para realizar esse estudo, estamos trabalhando com mães de bebês pré-termo, porém precisamos também conversar com mães de bebês a termo (que nasceram no tempo certo). Isso porque é preciso compreender se, de fato, existem diferenças no pensamento e sentimento das primeiras mães em relação às segundas, em função de ter ou não o (a) filho (a) nascido prematuramente. Gostaríamos de pedir a sua colaboração para participar desse estudo na condição de mãe de bebê a termo. A sra. pode aceitar ou não. Para participar precisamos da sua colaboração, conversando conosco e respondendo alguns questionários, em dois encontros nessa semana. Nossa conversa será gravada para que depois possamos analisar o que a sra. nos contou. Garantimos, porém, que a sra. não será identificada e será mantido o cuidado com as informações fornecidas, sendo usadas apenas para essa finalidade. Qualquer esclarecimento sobre o estudo poderá ser dado sempre que necessário e a sra. pode desistir de colaborar, a qualquer momento.”

Eu, _____,
RG _____, abaixo assinado, tendo recebido os esclarecimentos acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar deste estudo.

Declaro estar ciente: a) do objetivo deste estudo; b) da segurança que não serei identificada e de que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade; c) de ter a liberdade de recusar a participara deste estudo a qualquer momento; d) de contar com orientações que se fizerem necessárias.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__

Assinatura

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Esclarecido (Pais/Grupo PT)

Título da pesquisa: “*Indicadores emocionais e concepções acerca do papel materno e do desenvolvimento do bebê, em mães de RN pré-termo ($\leq 1500g$) comparadas com mães de RN a termo*”

Pesquisadora responsável: Flávia Helena Pereira Padovani (CRP: 06/56076-6)

Pesquisadora Orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares (CRP: 6548)

Informações dadas às participantes sobre o projeto, em linguagem acessível para sua compreensão:

“Estamos fazendo uma pesquisa com mães de bebês que nasceram no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, que foram pré-termo (que nasceram antes do tempo) e que tiveram um peso de nascimento menor do que 1500g. Este estudo tem por objetivo avaliar o que esse nascimento significa na vida das mães. Gostaríamos de saber o que as mães pensam e sentem sobre o fato de o bebê ter nascido antes do tempo e com baixo peso, precisando ficar na UTI - Neonatal. Além disso, gostaríamos de conhecer aspectos da história pré-natal e de como ele nasceu, assim como alguns dados do ambiente familiar. Para participar do estudo, eu e sua filha precisamos conversar sobre esses assuntos e ela precisa responder alguns questionários, em quatro encontros, sendo dois nessa semana e dois após a alta do bebê. Nossa conversa será gravada para que depois possamos analisar o que sua filha nos contou. Garantimos, porém, que ela não será identificada e será mantido o cuidado com as informações fornecidas, sendo usadas apenas para essa finalidade. Gostaríamos de pedir a sua colaboração permitindo que sua filha participe deste estudo. O(a) senhor(a) pode aceitar ou não e, caso concorde, sua filha poderá desistir de colaborar a qualquer momento. Qualquer esclarecimento sobre o estudo poderá ser dado sempre que necessário.”

Eu, _____,
RG _____, responsável pela menor _____,

abaixo assinado, tendo recebido os esclarecimentos acima, e ciente dos meus direitos, concordo que minha filha participe deste estudo.

Declaro estar ciente: a) do objetivo deste estudo; b) da segurança que minha filha não será identificada e de que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade; c) de que minha filha tem a liberdade de recusar em participar deste estudo a qualquer momento; d) de que minha filha pode contar com orientações que se fizerem necessárias.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__

Assinatura

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Esclarecido (Pais/Grupo AT)

Título da pesquisa: *“Indicadores emocionais e concepções acerca do papel materno e do desenvolvimento do bebê, em mães de RN pré-termo ($\leq 1500g$) comparadas com mães de RN a termo”*

Pesquisadora responsável: Flávia Helena Pereira Padovani (CRP: 06/56076-6)

Pesquisadora Orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares (CRP: 6548)

Informações dadas às participantes sobre o projeto, em linguagem acessível para sua compreensão:

“Estamos fazendo uma pesquisa com mães de bebês que nasceram no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, que foram pré-termo (que nasceram antes do tempo) e que tiveram um peso de nascimento menor do que 1500g. Este estudo tem por objetivo avaliar o que esse nascimento significa na vida das mães. Gostaríamos de saber o que as mães pensam e sentem sobre o fato de o bebê ter nascido antes do tempo e com baixo peso, precisando ficar na UTI - Neonatal. Além disso, gostaríamos de conhecer aspectos da história pré-natal e de como ele nasceu, assim como alguns dados do ambiente familiar. Para realizar esse estudo, estamos trabalhando com mães de bebês pré-termo, porém precisamos também conversar com mães de bebês a termo (que nasceram no tempo certo). Isso porque é preciso compreender se, de fato, existem diferenças no pensamento e sentimento das primeiras mães em relação às segundas, em função de ter ou não o (a) filho (a) nascido prematuramente. Gostaríamos de pedir a sua colaboração, permitindo que sua filha participe desse estudo na condição de mãe de bebê a termo. O(a) sr.(a) pode aceitar ou não. Para participar precisamos da colaboração da sua filha, conversando conosco e respondendo alguns questionários, em dois encontros nessa semana. Nossa conversa será gravada para que depois possamos analisar o que ela nos contou. Garantimos, porém, que a sua filha não será identificada e será mantido o cuidado com as informações fornecidas, sendo usadas apenas para essa finalidade. Qualquer esclarecimento sobre o estudo poderá ser dado sempre que necessário e sua filha pode desistir de colaborar, a qualquer momento.”

Eu, _____,
RG _____, responsável pela menor _____,

abaixo assinado, tendo recebido os esclarecimentos acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar deste estudo.

Declaro estar ciente: a) do objetivo deste estudo; b) da segurança que minha filha não será identificada e de que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade; c) de que minha filha tem a liberdade de recusar a participar deste estudo a qualquer momento; d) de que minha filha pode contar com orientações que se fizerem necessárias.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200 ____

Assinatura

**APÊNDICE E – Fichas elaboradas e utilizadas na aplicação da sub-escala de
Ansiedade-Estado do IDATE**

**APÊNDICE F – Fichas elaboradas e utilizadas na aplicação da sub-escala de
Ansiedade-Traço do IDATE**

APÊNDICE G - Características neonatais dos recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso do Grupo PT

Bebê	Data de nascimento	Idade Gestacional	Peso de nascimento	Adequação para a idade gestacional	Tempo de internação na UTIN	Tempo total de internação	CRIB	Apgar do 5º minuto
PT 01	03/04/01	33	1.425	PIG	9	44	1	10
PT 02	10/04/01	33	950	PIG	6	59	1	9
PT 03	26/04/01	33	900	PIG	11	45	1	9
PT 04	27/04/01	29	1.110	AIG	24	66	8	10
PT 05	20/04/01	33	1.085	PIG	39	67	2	9
PT 06	25/05/01	29	825	PIG	51	81	9	8
PT 07	29/05/01	34	1.305	PIG	9	40	1	10
PT 08	16/05/01	31	1.030	PIG	22	69	2	10
PT 09	01/07/01	35	1.485	PIG	3	26	PJ	8
PT 10	21/06/01	30	995	PIG	53	91	PJ	9
PT 11	24/06/01	33	1.070	PIG	4	33	2	9
PT 12	07/07/01	32	1.270	PIG	11	45	3	10
PT 13	22/07/01	29	890	PIG	32	71	2	9
PT 14	05/07/01	32	1.410	PIG	7	40	0	9
PT 15	03/08/01	32	1.155	PIG	9	41	2	9
PT 16	03/08/01	29	1.070	PIG	14	59	5	10
PT 17	27/07/01	30	1.085	PIG	49	83	1	8
PT 18	16/09/01	32	1.080	PIG	30	54	1	10
PT 19	31/07/01	28	870	AIG	70	113	7	9
PT 20	20/09/01	31	1.495	AIG	4	25	0	9
PT 21	08/09/01	33	1.305	PIG	0	34	1	10
PT 22	02/10/01	30	1.360	PIG	8	38	0	6
PT 23	07/10/01	30	845	PIG	22	52	6	10
PT 24	16/10/01	30	710	PIG	65	146	9	8
PT 25	23/10/01	29	860	PIG	15	57	3	9

(continua)

PJ = Dado Prejudicado

Bebê	Data de nascimento	Idade Gestacional	Peso de nascimento	Adequação para a idade gestacional	Tempo de internação na UTIN	Tempo total de internação	CRIB	Apgar do 5º minuto
PT 26	25/12/01	31	1.120	PIG	13	59	2	10
PT 27	28/12/01	28	810	AIG	74	126	7	10
PT 28	30/12/01	33	730	PIG	31	71	6	9
PT 29	13/01/02	29	750	PIG	37	77	9	9
PT 30	28/01/02	29	790	PIG	46	87	6	7
PT 31	18/02/02	26	865	AIG	92	129	2	6
PT 32	03/04/02	32	1.100	PIG	74	114	PJ	5
PT 33	17/04/02	33	1.135	PIG	2	37	0	5
PT 34	05/04/02	31	1.425	PIG	2	39	0	10
PT 35	16/04/02	34	1.240	AIG	19	58	4	10
PT 36	07/05/02	33	1.400	PIG	2	30	0	10
PT 37	18/05/02	31	1.060	PIG	12	56	1	9
PT 38	15/05/02	30	1.320	AIG	6	39	1	10
PT 39	17/05/02	34	1.375	PIG	6	35	0	10
PT 40	04/06/02	31	1.420	AIG	0	76	0	9
PT 41	27/03/01	30	835	PIG	30	30	4	8
PT 42	06/04/01	30	1.245	AIG	0	36	1	9
PT 43	13/05/01	32	1.235	PIG	20	20	2	8
PT 44	02/06/01	32	1.410	PIG	0	25	0	10
PT 45	02/07/01	27	690	PIG	40	40	7	8
PT 46	18/08/01	33	1.445	PIG	0	25	1	10
PT 47	21/08/01	32	1.485	PIG	3	26	0	10
PT 48	28/11/01	31	1.410	AIG	16	47	2	10
PT 49	08/12/01	33	1.010	PIG	19	62	6	10
PT 50	30/01/02	27	810	AIG	56	80	PJ	9

PJ = Dado Prejudicado

APÊNDICE H - Características maternas do Grupo PT

Mãe	Data de avaliação	Idade	Escolaridade	Ocupação	Situação conjugal	Número de filhos
PT 01	18/04/01	17	1ª série do 2º grau	Estudante	Solteira	1
PT 02	20/04/01	17	8ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	1
PT 03	09/05/01	30	2º grau completo	Comerciante	Amasiada	1
PT 04	07/05/01	39	1ª série do 2º grau	Do lar	Casada	2
PT 05	01/06/01	29	Superior incompleto	Técnica em informática	Casada	1
PT 06	27/06/01	28	2º grau completo	Do lar	Casada	1
PT 07	27/06/01	16	1ª série do 2º grau	Do lar	Solteira	1
PT 08	05/07/01	28	2ª série do 2º grau	Do lar	Amasiada	1
PT 09	11/07/01	26	4ª série do 1º grau	Arrumadeira	Amasiada	1
PT 10	16/07/01	18	2º grau completo	Recepcionista	Solteira	1
PT 11	17/07/01	20	2ª série do 2º grau	Do lar	Casada	4
PT 12	25/07/01	30	6ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	4
PT 13	27/07/01	23	1ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	1
PT 14	09/08/01	14	7ª série do 1º grau	Estudante	Solteira	1
PT 15	13/08/01	20	2ª série do 2º grau	Do lar	Casada	1
PT 16	15/08/01	25	8ª série do 1º grau	Auxiliar de limpeza	Casada	3
PT 17	19/09/01	39	4ª série do 1º grau	Do lar	Casada	5
PT 18	19/09/01	20	8ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	1
PT 19	18/09/01	16	1ª série do 2º grau	Estudante	Solteira	1
PT 20	26/09/01	24	2ª série do 2º grau	Do lar	Amasiada	2
PT 21	26/09/01	27	5ª série do 1º grau	Do lar	Casada	2
PT 22	15/10/01	17	5ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	1
PT 23	07/11/01	24	4ª série do 1º grau	Do lar	Casada	3
PT 24	12/11/01	22	2º grau completo	Do lar	Casada	1
PT 25	14/12/01	21	4ª série do 1º grau	Do lar	Casada	2

(continua)

Mãe	Data de avaliação	Idade	Escolaridade	Ocupação	Situação conjugal	Número de filhos
PT 26	25/01/02	18	6ª série do 1º grau	Estudante	Solteira	1
PT 27	28/01/02	33	2º grau completo	Auxiliar de enfermagem	Amasiada	2
PT 28	28/01/02	31	4ª série do 1º grau	Do lar	Casada	2
PT 29	30/01/02	17	7ª série do 1º grau	Balconista	Solteira	1
PT 30	26/02/02	26	4ª série do 1º grau	Faxineira	Casada	4
PT 31	08/03/02	23	2º grau completo	Dama de companhia	Solteira	1
PT 32	30/04/02	23	8ª série do 1º grau	Empregada doméstica	Solteira	1
PT 33	08/05/02	26	8ª série do 1º grau	Empregada doméstica	Amasiada	1
PT 34	13/05/02	21	2º grau completo	Vendedora	Casada	1
PT 35	28/05/02	14	6ª série do 1º grau	Estudante	Solteira	1
PT 36	28/05/02	21	5ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	2
PT 37	12/06/02	24	2º grau completo	Empregada doméstica	Amasiada	1
PT 38	12/06/02	16	2ª série do 2º grau	Secretária	Solteira	1
PT 39	12/06/02	27	2º grau completo	Do lar	Amasiada	2
PT 40	24/06/02	27	2º grau completo	Do lar	Casada	1
PT 41	06/04/01	29	5ª série do 1º grau	Empregada doméstica	Casada	4
PT 42	04/05/01	20	2ª série do 2º grau	Balconista	Amasiada	2
PT 43	21/05/01	43	3ª série do 1º grau	Do lar	Casada	2
PT 44	27/06/01	16	7ª série do 1º grau	Guarda mirim	Amasiada	1
PT 45	13/07/01	19	5ª série do 1º grau	Empregada Doméstica	Amasiada	1
PT 46	29/08/01	24	5ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	2
PT 47	13/09/01	18	8ª série do 1º grau	Do lar	Solteira	1
PT 48	21/12/01	19	5ª série do 1º grau	Do lar	Solteira	2
PT 49	01/02/01	21	2º grau completo	Operadora de caixa	Amasiada	1
PT 50	05/03/02	23	6ª série do 1º grau	Dama de companhia	Amasiada	3

APÊNDICE I - Características maternas do Grupo AT

Mãe	Data de avaliação	Idade	Escolaridade	Ocupação	Situação conjugal	Número de filhos
AT 01	09/04/02	22	2º grau completo	Do lar	Amasiada	1
AT 02	13/05/02	20	2º grau completo	Empregada doméstica	Solteira	1
AT 03	24/05/02	18	2º grau completo	Recepcionista	Solteira	1
AT 04	27/05/02	17	7ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	1
AT 05	04/06/02	22	2º grau completo	Do lar	Casada	1
AT 06	28/06/02	21	4ª série do 1º grau	Do lar	Casada	1
AT 07	12/07/02	23	Superior incompleto	Do lar	Casada	1
AT 08	21/08/02	20	8ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	2
AT 09	12/09/02	21	6ª série do 1º grau	Vendedora	Solteira	1
AT 10	13/03/03	20	5ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	3
AT 11	05/06/03	25	2º grau completo	Educadora de pré-escola	Casada	1
AT 12	05/06/03	24	6ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	4
AT 13	15/07/03	16	1ª série do 2º grau	Estudante	Solteira	1
AT 14	18/08/03	21	2º grau completo	Do lar	Amasiada	1
AT 15	18/08/03	21	2º grau completo	Promotora	Solteira	1
AT 16	19/09/03	26	4ª série do 1º grau	Do lar	Casada	4
AT 17	24/09/03	22	1ª série do 2º grau	Auxiliar de limpeza	Amasiada	1
AT 18	07/10/03	16	8ª série do 1º grau	Professora de artesanato	Amasiada	1
AT 19	14/10/03	29	2º grau completo	Do lar	Amasiada	2
AT 20	27/10/03	25	8ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	1
AT 21	20/01/04	19	2ª série do 2º grau	Do lar	Solteira	1
AT 22	09/03/04	19	5ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	1
AT 23	04/05/04	21	2º grau completo	Secretária	Amasiada	2
AT 24	01/07/04	19	4ª série do 1º grau	Do lar	Amasiada	2
AT 25	14/09/04	25	6ª série do 1º grau	Empregada doméstica	Casada	3

**APÊNDICE J - Escores maternos no IDATE e no BDI do Grupo PT na 1ª avaliação
(durante a hospitalização do bebê) e na 2ª avaliação (após a alta hospitalar)**

Mãe	1ª avaliação			2ª avaliação		
	IDATE (A-E)	IDATE (A-T)	BDI	IDATE (A-E)	IDATE (A-T)	BDI
PT 01	0	0	0	0	0	0
PT 02	32	43	9	37	38	0
PT 03	25	25	8	25	0	8
PT 04	24	34	0	32	38	4
PT 05	45	36	1	25	25	1
PT 06	59	41	6	24	34	0
PT 07	40	42	13	24	25	4
PT 08	65	66	38	58	60	16
PT 09	50	52	18	37	49	16
PT 10	52	39	9	50	46	8
PT 11	45	49	8	56	46	6
PT 12	50	50	22	53	58	17
PT 13	58	45	10	46	45	1
PT 14	24	29	5	30	36	12
PT 15	55	47	12	PJ	PJ	PJ
PT 16	47	47	26	PJ	PJ	PJ
PT 17	58	46	4	53	45	0
PT 18	45	47	17	43	45	14
PT 19	45	36	8	27	27	9
PT 20	52	45	6	45	41	10
PT 21	61	47	11	52	47	12
PT 22	37	36	6	45	43	5
PT 23	52	50	9	46	43	1
PT 24	60	60	17	51	53	16
PT 25	68	50	7	57	51	12
PT 26	40	47	7	32	45	6
PT 27	47	30	1	42	36	2
PT 28	51	45	6	37	46	3
PT 29	71	63	22	55	63	13
PT 30	72	68	27	60	70	24
PT 31	56	47	6	53	47	12
PT 32	46	47	4	48	47	10
PT 33	49	45	9	35	29	2
PT 34	27	36	7	52	47	13
PT 35	58	51	16	56	47	10
PT 36	47	61	20	59	63	28
PT 37	46	47	10	48	50	14
PT 38	37	43	7	37	38	9
PT 39	49	49	9	25	43	0
PT 40	58	45	10	45	39	7
PT 41	52	54	10	PJ	PJ	PJ
PT 42	35	45	4	27	45	3
PT 43	47	51	10	PJ	PJ	PJ
PT 44	46	46	4	PJ	PJ	PJ
PT 45	57	55	14	PJ	PJ	PJ
PT 46	35	46	9	PJ	PJ	PJ
PT 47	63	52	41	54	61	36
PT 48	69	70	39	65	65	34
PT 49	57	51	4	37	36	4
PT 50	58	63	14	55	63	22

PJ = Dado Prejudicado (avaliação não realizada)

APÊNDICE L - Escores maternos no IDATE e no BDI do Grupo AT

Mãe	1ª avaliação		
	IDATE (A-E)	IDATE (A-T)	BDI
AT 01	52	50	7
AT 02	40	38	11
AT 03	52	51	5
AT 04	45	50	8
AT 05	46	50	6
AT 06	42	52	7
AT 07	54	52	18
AT 08	56	50	12
AT 09	37	41	2
AT 10	42	41	7
AT 11	37	27	7
AT 12	47	61	13
AT 13	48	39	6
AT 14	45	46	4
AT 15	37	38	7
AT 16	47	50	19
AT 17	49	63	12
AT 18	45	52	14
AT 19	37	45	4
AT 20	47	56	7
AT 21	66	63	8
AT 22	50	51	12
AT 23	42	42	1
AT 24	56	63	8
AT 25	37	50	9

ANEXO D – Roteiro de Entrevista
(CARVALHO, 2004)

____/____/____

DADOS PESSOAIS

Mãe

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Estado civil: _____

Religião: _____

Pai

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Estado civil: _____

Religião: _____

Endereço atual:

REPRESENTAÇÕES MATEMÁTICAS ACERCA DO BEBÊ

01 – O que você esperava do seu bebê na gravidez ?

02 – Como você percebe seu bebê agora?

03 – O que você espera daqui para frente ?

REPRESENTAÇÕES MATEERNAS ACERCA DA AMAMENTAÇÃO

04 – O que você pensa sobre a qualidade do leite materno?

05 – E do seu leite?

06 – O que representa amamentar para você?

07 - Quais são os pontos positivos que a ajudam a amamentar o seu bebê?

08 – E os negativos que a atrapalham?

09 – O que você espera em relação à amamentação?

10 – Quais são suas preocupações e dúvidas acerca da amamentação de seu filho?

REPRESENTAÇÕES MATEERNAS ACERCA DA MATERNIDADE

11 – Como deve ser a mãe ideal para cuidar de um bebê?

12 – Que aspectos podem ajudar uma mãe para que ela seja dessa forma?

13 – Que situações podem atrapalhar uma mãe para que ela seja dessa forma?

14 – Que mãe você gostaria de ser para o seu bebê?

ANEXO E – Escala de Eventos Vitais
(SAVOIA, 1995; 2000)

Assinale os eventos que lhe ocorreram no último ano:

- 1 – () morte do cônjuge
 - 2 – () separação
 - 3 – () casamento
 - 4 – () morte de alguém da família
 - 5 – () gravidez
 - 6 – () doença na família
 - 7 – () acréscimo ou diminuição do número de pessoas morando em sua casa
 - 8 – () nascimento na família
 - 9 – () mudança de casa
 - 10 – () mudança de escola
 - 11 – () reconciliação matrimonial
 - 12 – () aposentadoria
 - 13 – () perda de emprego
 - 14 – () mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)
 - 15 – () dificuldades com a chefia
 - 16 – () reconhecimento profissional
 - 17 – () acidentes
 - 18 – () perdas financeiras
 - 19 – () dificuldades sexuais
 - 20 – () problemas de saúde
 - 21 – () morte de um amigo
 - 22 – () dívidas
 - 23 – () mudanças de hábitos pessoais
 - 24 – () mudanças de atividades recreativas
 - 25 – () mudanças de atividades religiosas
 - 26 – () mudanças de atividades sociais
 - 27 – () outros. Especificar: _____
-