

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA
COMUNICAÇÃO HUMANA**

**ANSIEDADE MATERNA PUERPERAL E RISCO PARA
ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Luciane Beltrami

Santa Maria, RS, Brasil

2011

ANSIEDADE MATERNA PUERPERAL E RISCO PARA ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

por

Luciane Beltrami

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, na Área de Concentração em Fonoaudiologia e Comunicação Humana: Clínica e Promoção da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana.**

Orientadora: Profª Drª Ana Paula Ramos de Souza
Co-orientadora: Profª Drª Anaelena Bragança de Moraes

Santa Maria, RS, Brasil

2011

B453a Beltrami, Luciane
Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil / por Luciane Beltrami. – 2011.
100 f. ; 30 cm

Orientador: Ana Paula Ramos de Souza
Coorientador: Anaelena Bragança de Moraes
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2011

1. Comunicação humana 2. Psicologia do desenvolvimento 3. Ansiedade materna 4. Interação mãe-bebê I. Souza, Ana Paula Ramos de II. Moraes, Anaelena Bragança de III. Título.

CDU 159.922.7

Ficha catalográfica elaborada por Cláudia Terezinha Branco Gallotti – CRB 10/1109
Biblioteca Central UFSM

© 2011

Todos os direitos autorais reservados a Luciane Beltrami. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrita da autora.

Endereço: Rua Mal. Floriano Peixoto, n.1000/ 33, Bairro Centro, Santa Maria – RS.

CEP: 97.015-370 – Telefone: (55) 32230832

Email: lucianebeltrami@terra.com.br

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios
da Comunicação Humana**

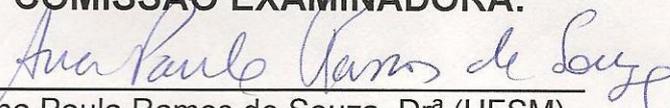
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**ANSIEDADE MATERNA PUERPERAL E RISCO PARA
ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

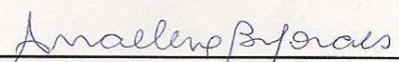
elaborada por
Luciane Beltrami

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana

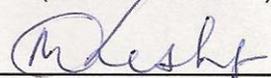
COMISSÃO EXAMINADORA:



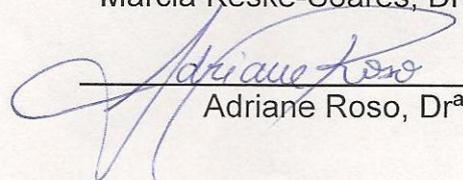
Ana Paula Ramos de Souza, Dr^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Anaelena Bragança de Moraes, Dr^a (UFSM)
(Co-orientadora)



Márcia Keske-Soares, Dr^a (UFSM)



Adriane Roso, Dr^a (UFSM)

Santa Maria, 04 de março de 2011.

Ao amor da minha vida, meu esposo, o Simon, pela paciência, ajuda e tranquilidade que me passou nos momentos em que tudo parecia improvável.

As minhas filhas queridas, Gabi e Iza, que em muitas ocasiões sentiram minha falta, e perguntavam quando que eu iria acabar esse trabalho de mil anos. Mas sei que, em silêncio, estavam torcendo para dar tudo certo.

Aos meus pais, Roberto e Marta, grandes exemplos de vida, profissionais dedicados, entusiasmados e batalhadores, pais afetivos sempre com palavras de aconchego e avós carinhosos e brincalhões, fazendo a vida correr de forma ainda mais gostosa para as netinhas.

Amo muito todos vocês!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por toda luz que emana, pela minha família e pelas pessoas que encontro no decorrer da minha caminhada.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa, especialmente as famílias, as mães e bebês que aceitaram participar e se entregaram ao trabalho com expectativas e confiança total.

A equipe da triagem auditiva neonatal, assim como os professores e funcionários do HUSM que perceberam a importância desta pesquisa.

A Prof^a Dr^a Angela Garcia Rossi que assinou a minha carta de aceite para participar da seleção do mestrado.

A Prof^a Dr^a Márcia Keske-Soares, coordenadora deste pós, pela sua alta capacidade de percepção, orientando-me onde eu me enquadraria melhor para realizar meu trabalho.

A Prof^a Dr^a Anaelena Bragança de Moraes, co-orientadora desta pesquisa, pela sua alegria e disposição para ministrar as orientações com os infundáveis cálculos estatísticos.

A toda equipe de funcionários e aos pacientes do Serviço de Atendimento Fonoaudiológico da UFSM, em especial aos pacientes que atendi e a minha colega e amiga Dina, pela ótima recepção, pela ajuda na confecção de laudos e por se manter sempre disponível.

A todos os professores e colegas de mestrado, a secretária do pós, a Adriana, aos graduandos da fonoaudiologia, mesmo aos que tive pouco contato, pois também fizeram parte desta etapa de minha vida.

As colegas que de alguma maneira tive maior contato: Janaína pela cooperação quando entrei no projeto, Ellen pela disponibilidade de ajudar na coleta, Anelise por se mostrar interessada e Mariana pelo interesse e afincamento com que se dedica na pesquisa, sem falar nos trabalhos que me convidou para fazermos e apresentarmos juntos.

A amiga Cenira, profissional responsável que sempre esteve disponível para revisar minha digitação e colocar nos moldes necessários para apresentações e publicações, independente do prazo para entrega.

As professoras da banca pela leitura e sugestões para a dissertação.

A minha vizinha e amiga, Sílvia, que com muito cuidado e atenção revisou o português. E a Graci que sempre me apoiou.

A Táta Neuza que com muito carinho cuida de minha família.

A minha colega, amiga e irmã de coração, Sandrinha, pelos diálogos amigáveis que me ajudaram a analisar melhor as situações. Por várias vezes ficar com minhas filhas, levá-las passear e brincar para eu poder me concentrar nas leituras e escrever a dissertação. Tenho tanto a agradecer. Obrigada por fazer parte da vida de minha família.

As minhas irmãs e suas famílias e, a família Simon, por parte do meu marido, que mesmo de longe torcem por mim.

A minha irmã Naiara pelo apoio e carinho. A minha irmã Naiane pelo afeto e ajuda nas traduções dos artigos, foram tantos abstracts, e-mails e palavras empolgantes que me impulsionavam a seguir adiante.

A Profª Drª Ana Paula Ramos de Souza, minha maravilhosa orientadora, pelas suas aulas esclarecedoras, pela sua compreensão, pela profundidade nas suas colocações e ações, pelas ótimas conversas e orientações pelos cafés da cidade, pela oportunidade de participar de congressos. É para mim um grande exemplo de profissional e uma pessoa de grande sensibilidade e sabedoria, uma visionária. Obrigada por me aceitar e orientar, deixando-me fazer parte deste importante e apaixonante projeto.

Meu muito obrigada, a todos, de coração!

IR ALÉM

*Ir Além da razão que tudo fragmenta e
analisa,
a intuição, cuja harmonia sintetiza.*

*Ir Além da cegueira que nos limita,
acendendo a luz da sabedoria infinita.*

*Ir Além de navegar entre a esperança e o
medo,
vivendo aqui e agora a alegria de cada
enredo.*

Pierre Weil

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana
Universidade Federal de Santa Maria

ANSIEDADE MATERNA PUERPERAL E RISCO PARA ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

AUTORA: Luciane Beltrami
ORIENTADORA: Ana Paula Ramos de Souza
CO-ORIENTADORA: Anaelena Bragança de Moraes
Santa Maria, 04 de março de 2011.

Esta pesquisa teve como objetivos analisar comparativamente as associações entre a ausência ou presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil e presença ou ausência de estado ansioso materno; analisar a relação entre dificuldade na constituição da experiência da maternidade e a presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil, bem como a interferência ou não de variáveis socioeconômicas, demográficas, psicossociais e obstétricas. A metodologia aplicada foi do tipo quantitativa descritiva, com caráter casual comparativo sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê. A amostra foi constituída de 182 díades mães-bebês, nascidos a termo ou pré-termo, em um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul, que estavam realizando triagem auditiva neonatal no período de março a junho de 2010. Foi realizada uma entrevista, aplicada a escala de ansiedade de Beck (BAI) e o protocolo IRDIs e observada a interação da díade mãe-bebê. A análise estatística deu-se pela aplicação de testes não-paramétricos. Os resultados demonstraram que há uma correlação positiva entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e estado materno ansioso. Também verificou-se que a presença de dificuldades na constituição da experiência da maternidade correlacionou-se estatisticamente com a presença de risco ao desenvolvimento infantil. Contudo, o risco ao desenvolvimento infantil é multifatorial, sendo necessário verificar os aspectos constitucionais do bebê e relacionais com o ambiente, sobretudo a mãe, para analisar e decidir acerca do encaminhamento clínico.

Palavras-chave: comunicação humana, psicologia do desenvolvimento, ansiedade materna, interação mãe-bebê.

ABSTRACT

Master Dissertation
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana
Universidade Federal de Santa Maria

PUERPERAL MATERNAL ANXIETY AND RISK TO CHANGES IN CHILD DEVELOPMENT

AUTHOR: Luciane Beltrami
ADVISER: Ana Paula Ramos de Souza
CO-ADVISER: Anaelena Bragança de Moraes
Santa Maria, March 04, 2011.

This research aimed at comparing the correlations between the absence or presence of risk indicators for child development and the presence or absence of maternal anxiety state, analyzing the relationship between difficulty in setting up the experience of motherhood and the presence of risk indicators for child development as well as interference or not socioeconomic, demographic, psychosocial and obstetrical. The methodology applied was to be quantitative descriptive character with casual comparison of the behavioral manifestations of the mother-baby interactive process. The sample consisted of 182 mother-infant dyads, those born at term or preterm, in a university hospital in the central region of Rio Grande do Sul, whose babies have passed through newborn hearing screening in the period from March to June 2010. We performed a interview, applied to the Beck Anxiety Scale (BAI) and the protocol IRDIs and observed the interaction of the dyad. Statistical analysis was given by applying non-parametric tests. The results have shown a positive correlation between the presence of risk to infant development and maternal state anxiety. Also it was found that the presence of difficulties in forming the experience of motherhood correlated statistically with the presence of risk to child development. However, the risk to children's development is multifactorial, and the need to check the baby and constitutional aspects of the relationship to the environment, especially the mother, to analyze and decide on the clinical referral.

Keywords: human communication, developmental psychology, maternal anxiety, other-infant interaction.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 REVISÃO TEÓRICA	15
1.1 Vínculo mãe-bebê e desenvolvimento infantil	15
1.2 Ansiedade materna e desenvolvimento infantil	21
1.2.1 Ansiedade materna: caracterização e formas de avaliação.....	21
1.2.2 A mãe ansiosa e consequências nas interações precoces.....	23
1.3 Indicadores de risco e falhas na interação precoce	26
2 METODOLOGIA	39
2.1 Amostra	39
2.2 Aspectos éticos	39
2.3 Procedimento de seleção de amostra	40
2.4 Procedimentos de coleta de dados	41
2.5 Procedimentos para análise de dados	44
3 ARTIGO 1: RELAÇÃO ENTRE A ANSIEDADE MATERNA PUERPERAL E O RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	45
4 ARTIGO 2: CONSTITUIÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE E ÍNDICES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para as mães	95
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	97
ANEXO B - Termo de Confidencialidade	99
ANEXO C - Inventário Beck de Ansiedade	100

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a ansiedade tem aumentado expressivamente na população, sobretudo devido às profundas transformações ocorridas no âmbito econômico, social e cultural; exigindo a adaptação das pessoas a um novo ritmo de vida. Esse fato tornou o século XX conhecido como a era da ansiedade (TWENGE, 2000). Diante disso, a ansiedade vem sendo investigada e relacionada diretamente à situação vivenciada pelos sujeitos examinados em seu cotidiano e às exigências decorrentes dela (LA ROSA, 1998).

A ocorrência de sintomas de ansiedade entre as mulheres no período de gestação, parto e puerpério é comum, segundo vários autores, dentre eles Correia et al. (2008), Favero e Peres (2008), Correia e Linhares (2007), Conde e Figueiredo (2003), Padovani et al. (2004). A ansiedade puerperal pode gerar dificuldades na formação do vínculo mãe-bebê, ocasionando falhas no desenvolvimento infantil, o que é de interesse comum às áreas da Fonoaudiologia e da Psicologia.

Segundo Correia e Linhares (2007), os transtornos de ansiedade e os sintomas ansiosos são comuns e frequentes na população em geral. No entanto, a ansiedade pode ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeou, ou quando não existe causa, ou ainda quando a resposta é inadequada à ameaça que a ocasionou.

A gravidez, o parto e o puerpério são períodos de transformações fisiológicas, psíquicas e sócio-familiares para a mulher, o que pode provocar instabilidade emocional, principalmente, se não houver o apoio adequado do companheiro ou de familiares.

As desordens psicopatológicas ocorridas na futura mamãe podem causar danos ao desenvolvimento da criança. Isso devido ao efeito direto na criança exposta à desordem mental dos pais, ao efeito indireto da desordem parental nas relações interpessoais e à presença de adversidades comumente associadas a desordens psiquiátricas. Os sintomas psicológicos maternos de ansiedade e depressão são impactantes na vida do casal e dos filhos e podem se revelar nas fases pré e pós-natal (CORREIA; LINHARES, 2007).

Quando nasce um bebê, a mãe deve adaptar a imagem que tinha do filho ideal para o real. Porém, quando o bebê é prematuro, essa adaptação pode se tornar mais demorada porque a mãe passa por um momento delicado, estressante e ansioso. Para minimizar esse impacto, busca-se que os pais tenham contato e participem dos cuidados na própria Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Esta modalidade de intervenção visa diminuir os níveis de ansiedade e promover bem-estar psicológico materno, assim prevenindo problemas no desenvolvimento do bebê.

Fraga et al. (2008a), ao realizarem um estudo do estado emocional de 32 mães de bebês pré-termo, observaram que mãe com sintomas emocionais, como ansiedade e depressão, pode ter seu estado emocional como fatores de risco para o desenvolvimento da criança. Essas mães apresentam maior dificuldade na formação de apego seguro ao filho.

Segundo Bowlby (1989), o apego seguro é um mecanismo básico dos seres humanos, pois o papel dele envolve o conhecimento de que uma figura de apego está disponível, proporcionando um sentimento de segurança que é fortificador da relação. Diante disso, Bowlby (1973/1984) mostra que o relacionamento da criança com os pais é instaurado por um conjunto de sinais inatos do bebê, que demandam proximidade. Com o passar do tempo, um verdadeiro vínculo afetivo se desenvolve, garantido pelas capacidades cognitivas e emocionais da criança, assim como pela consistência dos procedimentos de cuidado, pela sensibilidade e responsividade dos cuidadores. Assim, as primeiras relações de apego, estabelecidas na infância, afetam o estilo de apego do indivíduo ao longo de sua vida (BOWLBY, 1989), sendo a ansiedade um dos fatores que podem fragilizar a formação do apego seguro.

O alto nível de ansiedade pode levar as mães a serem mais intrusivas e menos responsivas, ou seja, com diminuição da sensibilidade. Esses resultados são corroborados pelo trabalho de Fraga et al. (2008b), que observaram que mães de bebês nascidos pré-termo apresentam ansiedade elevada durante a internação em unidades de tratamento intensivo neonatal. Essa ansiedade pode ser associada à maior atividade e intrusividade das mães na interação com seus bebês. Em contrapartida, os autores Andrade et al. (2005) afirmam que existe relação entre interação materna de maior qualidade e melhor indicador de desenvolvimento cognitivo das crianças entre 17 e 42 meses. Essa associação ocorreu nas mães com

maior escolaridade, que trabalhavam fora de casa e conviviam com seus companheiros.

Portanto, tais estudos apresentam evidências de que o estado materno possui efeitos importantes nas interações da díade mãe-bebê e, como consequência, pode ter efeito positivo ou negativo no desenvolvimento do bebê.

Hipotetiza-se que esse efeito possa ser visualizado através de índices de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs). Em pesquisa multicêntrica (KUPFER, 2008; JERUSALINSKY, 2010) foram validados IRDIs, a partir de uma pesquisa de coorte com um grupo de bebês avaliados entre 0 e 18 meses por pediatras e reavaliados por psicanalistas aos 3 anos de idade. A pesquisa demonstrou que 18 índices apresentaram-se relevantes, estatisticamente, para a detecção precoce de risco psíquico. Entre os mesmos, há índices que demonstram alterações na interação mãe-bebê e outros que se relacionam a aspectos bio-psíquicos do bebê. Portanto, acredita-se, neste trabalho, que os IRDIs apresentam-se como um instrumento importante para a pesquisa sobre os efeitos da ansiedade materna nas interações mãe-bebê e no desenvolvimento do bebê, sobretudo na aquisição da linguagem. Isso porque a falta ou alteração na responsividade e contigência, que pode estar presentes na mãe em estado ansioso, pode levar a problemas de interação entre a mãe e o bebê e gerar riscos ao desenvolvimento deste.

Diante disso, torna-se relevante a avaliação precoce da existência de ansiedade materna para reduzir riscos no desenvolvimento da criança.

Faisal-Cury e Menezes (2006) destacam que existem textos científicos reconhecendo a necessidade de ensaios clínicos controlados com uso de medicações ou psicoterapia para o tratamento dos transtornos ansiosos da gravidez e puerpério, bem como da discriminação dos sintomas ansiosos e depressivos nas puérperas vulneráveis que apresentem transtornos mentais.

As investigações sobre ansiedade são de extrema relevância nos meios científicos e assistenciais, por esta vincular-se a sintomas físicos como taquicardia, tontura, dor de cabeça, dores musculares, formigamento, suor, e também, insônia, angústia, irritabilidade e tensão (FERREIRA, 2009). Dessa maneira, a intensidade desses sinais pode trazer consequências prejudiciais para a saúde diminuindo a qualidade de vida, pois níveis elevados de ansiedade podem provocar percepções negativas quanto às habilidades motoras, intelectuais e afetivas dos sujeitos em questão. Isso, por sua vez, interfere na atenção seletiva e na codificação de

informações na memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio (OLIVEIRA et al., 2006).

Existem mecanismos neurofisiológicos envolvidos no impacto da ansiedade na gravidez para a saúde e desenvolvimento do bebê (CONDE; FIGUEREDO, 2006). Além disso, em puérperas pode levar a irritabilidade e a incapacidade de responder de forma adequada aos chamados de seu bebê, podendo prejudicar o desenvolvimento sócio-afetivo, cognitivo e de linguagem do bebê (FRAGA et al., 2008a). A população de puérperas é, portanto, um exemplo de população em que a ansiedade vem sendo estudada e relacionada a situações vivenciadas neste momento de vida, no qual estão submetidas a uma mudança de papel social e familiar gerando estresse. Além disso, essa transição de gestante para mãe, gera transformações maturacionais (fisiológicas, neurológicas e psicológicas) que se refletem na relação com seu bebê.

Segundo Badinter (1980), o instinto materno é um sentimento humano e como tal incerto, frágil e imperfeito. A autora constata a extrema variabilidade desse sentimento, segundo a cultura, as ambições ou as frustrações da mãe. Contrariando a crença, ele não está profundamente inscrito na natureza feminina, é um mito, não havendo uma conduta materna universal. O amor materno não constitui um sentimento inerente à condição de mulher, ele não é um determinismo, mas algo que se adquire. Portanto, o acompanhamento precoce da relação mãe-bebê pode ser fundamental para prevenir e promover a saúde mental da díade.

Infelizmente, ainda hoje, os trabalhos de intervenção precoce com bebês na Psicologia estão em um estágio inicial, visto que as crianças com alterações psíquicas chegam aos consultórios psicológicos apenas em idades avançadas, quando, muitas vezes, já não há como reverter o quadro psicopatológico (BERNARDINO, 2008).

Do mesmo modo, na Fonoaudiologia, as crianças chegam após 2 anos de idade, quando o sintoma de ausência de fala já está instalado. Muitas vezes, embora haja um laço psicopatológico evidente entre pais e filho, o fonoaudiólogo é o profissional procurado em função da ausência de linguagem (VORCARO, 2003). Em muitos casos, já se sabe que a ansiedade materna pode ser um fator no histórico de sujeitos com distúrbio de linguagem e que pode se refletir nos diálogos mãe-filho (CRESTANI et al., 2010).

Portanto, interessa tanto à Fonoaudiologia quanto à Psicologia efetivarem a intervenção precoce com bebês, diante de riscos na interação da díade mãe-filho. Considerando que a ansiedade materna é um fator de risco, justifica-se esta pesquisa pela necessidade de investigar as possíveis consequências da mesma, não só no desenvolvimento infantil de um modo amplo, mas principalmente em termos de aquisição da linguagem oral. Assim, este trabalho interdisciplinar é fruto do interesse da mestrandia, enquanto psicóloga que percebe os efeitos das dificuldades na constituição das funções parentais e psíquicas de seus pacientes, em interface com a experiência clínica e em pesquisa da orientadora em que o foco tem sido a primeira infância. Tal interdisciplinaridade se soma ao olhar em saúde coletiva da co-orientadora e se concretiza em um trabalho cujo foco é promocional, ou seja, investigar com um aporte quali-quantitativo o desenvolvimento infantil e os fatores ambientais a ele relacionados de modo a produzir novas políticas públicas para a saúde dessa população.

O objetivo geral desta pesquisa foi investigar as repercussões da ansiedade materna na interação mãe-bebê e sua relação com a presença de riscos para o desenvolvimento infantil.

Os objetivos específicos foram:

- Analisar a associação entre variáveis socioeconômicas e demográficas, obstétricas e psicossociais, ansiedade materna e dificuldades na constituição da experiência da maternidade;
- Relacionar níveis de ansiedade materna com a presença de riscos para o desenvolvimento infantil;
- Analisar a associação entre presença de alterações na experiência da maternidade com a presença de riscos ao desenvolvimento infantil e com a interferência ou não de variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais.

1 REVISÃO TEÓRICA

Neste capítulo, serão abordados temas como a importância do vínculo mãe-bebê para o desenvolvimento infantil e as possíveis repercussões da ansiedade materna nesse processo. A seguir, será apresentada a pesquisa multicêntrica brasileira acerca dos índices de risco ao desenvolvimento infantil e sua possível relevância para a análise dos efeitos da ansiedade materna nas interações mãe-bebê.

1.1 Vínculo mãe-bebê e desenvolvimento infantil

Em revisão de trabalhos teóricos, Souza (2005) afirma que compreender o comportamento humano requer saber por que as pessoas estabelecem vínculos. Vários autores, de Freud a Vygotsky, até 1950, entendiam que a formação dos vínculos afetivos se dá pela necessidade de satisfação dos impulsos primários, ou seja, alimentação e sexo. No entanto, tal visão foi ampliada a partir das propostas teóricas de autores como Bowlby (1962), Soifer (1980), Maldonado (1988), Spitz (1988) e Winnicott (1999), que examinaram a maternidade, dando ênfase à interação mãe-bebê.

Um dos aspectos investigados é a constituição da mãe na posição materna, através da herança transgeracional. A relação da mãe com a própria mãe revela muito da motivação de seu comportamento atual com o bebê. Klein (1975) relata que, quando a criança brinca de boneca, vai desenvolvendo e intensificando seu amor maternal, já ensaiando sua futura posição como mãe. É, portanto, um processo gradativo que será construído da infância até a idade adulta e passará pela imaginação do próprio filho até deparar-se com o filho real. No convívio diário com o bebê, a mãe irá construir o amor de modo gradativo (MALDONADO, 2001), não havendo o amor ideal mitificado por muitos (BADINTER, 1980).

O amor é construído no psiquismo materno. Com isso, observa-se que o bebê que é planejado, já começa a existir antes de ser gerado e o amor vai sendo

consolidado. O bebê, que não é esperado, pode demorar para ser aceito, pois o amor ainda não tinha começado a ser construído, mas poderá ser com o passar dos dias, com a convivência.

Winnicott (1994) evidencia que a díade mãe-bebê é uma unidade essencial para a construção da vida psíquica do ser humano. A mãe tem responsabilidade de dar proteção ambiental ao bebê e, sabendo que pode falhar, tem a possibilidade de se adaptar. Esses cuidados foram chamados de “preocupação materna primária”. Há, portanto, um cuidado extremo ao início da vida do bebê que permite a formação do vínculo na etapa de dependência absoluta.

Com o desenvolvimento do bebê e com o retorno gradativo da mãe para sua vida, o *holding* (sustentação) formado inicialmente vai sofrendo rupturas e permite que se abra um espaço potencial, chamado por Winnicott (2000) de área transicional. Essa área é importante para a criação dos objetos transicionais. A criança se relaciona com eles em uma zona intermediária entre a realidade psíquica e a realidade externa, articulando presença e ausência da mãe. Para que ela se consolide, a mãe precisa apresentar essa realidade dos objetos ao bebê e fazer por meio da linguagem, permitindo que se crie um espaço para percorrer um caminho da subjetividade à objetividade.

Conforme Lebovici (1987) e Winnicott (1994), a separação da criança de sua mãe é um trauma difícil de ser sanado, reparado. E isto piora quanto menor for a idade da criança, pois tem pouca capacidade para manter viva em si a ideia de outra pessoa. Por isso, essa separação deve ocorrer de modo gradual, depois da formação do vínculo mãe-bebê e de ocorrerem algumas evoluções psíquicas no bebê.

Para que todo esse processo se dê, é preciso que haja a unidade familiar como matriz de apoio para a mãe e o bebê. O pai, ao exercer a função paterna, dará esse suporte para que a mãe se ocupe do bebê (WINNICOTT, 2000).

Winnicott (1983) cunhou o termo “mãe suficientemente boa” para designar uma função materna com requisitos indispensáveis para a saúde física, psíquica, a integridade e normalidade no desenvolvimento do bebê. Esse termo, bastante abrangente, leva em conta uma série de necessidades do bebê as quais a mãe suficientemente boa deverá suprir ao mesmo tempo em que também deverá introduzir as frustrações necessárias para o adequado desenvolvimento do sujeito. Cabe ressaltar que o termo mãe é utilizado em um sentido amplo, relacionado

aquela pessoa que exerce a função materna e não necessariamente a mãe biológica. Por todos esses motivos, uma mãe acometida por algum agravo, como a ansiedade ou a depressão, poderá ter dificuldades em exercer adequadamente esse cuidado. Maia (2000) afirma que um vínculo bem formado proporciona segurança e bem-estar à criança. Por isso, esse laço afetivo deve ser estável. Relembra as três etapas evolutivas na formação do apego: proximal (do nascimento até 6 semanas); transição (6 a 8 semanas) e proximal/distal (8 a 12 semanas). A partir do 6º mês, o bebê e a mãe têm maior compreensão dos sinais e respostas um do outro. Durante todo esse período observa-se que a mãe é o foco de atenção do bebê, que passa a identificá-la através da discriminação perceptual, do sorriso, vocalização e o olhar mais tempo focado nela do que para outra pessoa (BOWLBY, 1962; SOIFER, 1980; SPITZ, 1988; MALDONADO, 1989).

Ocorre, portanto, a formação do vínculo, quando os laços afetivos se formam no sentido bebê-pais e do apego quando o sentido é pais-bebê (MAIA, 2000). Já Maldonado (1989) afirma que a interação e o vínculo são bidirecionais, ou seja, pais-bebê e bebê-pais, não se importando com uma denominação diferenciada para cada sentido.

É consenso que o indivíduo, salvo em situações patológicas, nasce predisposto e equipado para se vincular a quem lhe é disponível, sendo a mãe ou outra pessoa (babá, enfermeira, tios, avós). Esse comportamento persiste durante toda a vida, com frequência e intensidade diminuída (BOWLBY, 1962).

Segundo Papalia e Olds (2000), é necessária maturidade neurofisiológica para que possa dar significado aos sentimentos de amor e rejeição, o que é compreendido de maneira vaga até os três primeiros meses de vida intra-uterina. Embora, conforme os mesmos autores, o feto sinta o que a mãe sente, porém sem a compreensão materna. As emoções negativas repetidas podem ser percebidas como um ataque a si próprio. Cabe lembrar que as preocupações passageiras não oferecem risco. O que afeta são as situações que induzem à produção intensa e contínua de hormônios, como a ansiedade que pode provocar o estresse da mãe.

Rico (2001), citado em Souza (2005), ressalta que, por volta do 7º mês de gestação, começa a se formar a personalidade. Com o decorrer do tempo, as experiências sentidas transformam-se em emoção e tem início a formação de ideias sobre as intenções da mãe. Assim, a mãe amorosa contribui para que o bebê torne-se uma criança confiante e segura. A mãe deprimida ou ambivalente favorece o

estado depressivo da criança. Se o vínculo não foi consolidado na gravidez, há de se tentar restabelecê-lo logo após o nascimento. Para que tal afeto exista, necessita de proximidade física e emocional, de reciprocidade desenvolvida em um relacionamento que assegure confiança e familiaridade aos que dele se nutrem. É relevante lembrar que o período de nove meses de gestação consiste num processo de preparação biológica e psíquica para a experiência da maternidade.

De acordo com Bee (1984), ao observar o crescimento das crianças, faz-se necessário, para a compreensão do funcionamento do desenvolvimento das mesmas, explorar tanto os fatores biológicos como também os culturais, bem como a interação ocorrida entre ambos, para, a partir de então, explicar o que permanece e o que muda. A autora acredita que tanto o fator hereditário quanto o meio são essenciais e paralelos na influência no desenvolvimento infantil.

Quando ocorrem agravos como a prematuridade, ela gera um forte impacto nas mães e também em seus familiares. Isso reforça a necessidade de um trabalho interdisciplinar nos serviços de neonatologia, que acolham essas mães e seus bebês de forma mais humanizada e preventiva. Isto favorece a construção e a intensificação do vínculo da díade, pois é a base de toda a constituição psíquica (MACEDO; BARROS, 2002). Do mesmo modo, ocorreu na pesquisa de Perosa et al. (2008) que estudaram 17 mães de recém-nascidos com malformações visíveis e verificaram altos índices de ansiedade e depressão no pós-parto imediato, porém com uma redução significativa da ansiedade-estado, da depressão e dos sinais clínicos de ansiedade, três meses após a alta. A ansiedade-estado decorre de um momento particular, causando um estado emocional transitório. Com isso, supõe-se que a adaptação dessas mães foi gradual. Elas contavam com suporte social e grupo de apoio, e à medida que tinham um contato íntimo com a criança e percebiam suas habilidades como cuidadoras, amenizavam seu sofrimento.

Para Winnicott (1999), a ausência da segurança materna terá efeitos sobre o desenvolvimento emocional e poderá acarretar danos à personalidade e ao caráter da criança. Segundo Berthoud (1998), uma parceria bem estabelecida no início da vida garante um desenvolvimento emocional sadio e dá confiança para que o sujeito se envolva em relacionamentos pessoais íntimos e gratificantes. De acordo com Pichon-Rivière (2000), o vínculo possui uma história e implica toda a personalidade do sujeito. Sendo assim, esse autor diz que são os vínculos internos que determinam a relação do sujeito com o mundo externo.

Conclui-se que o vínculo mãe-bebê é vital e serve de base para todos os relacionamentos do sujeito, tendo como gênese o desejo da mulher em ser mãe. A construção dessa maternidade será bem sucedida tanto em função das condições do bebê que nasce de suas possibilidades de reciprocidade, quanto em função da atitude emocional da mãe e do apoio que esta receba no seio familiar.

Esse vínculo é fundamental para o desenvolvimento do bebê, pois, ao supor um sujeito no bebê e atribuir sentidos aos comportamentos, a mãe irá inseri-lo em rotinas significativas nas quais ocorre o funcionamento linguístico. Segundo Scarpa (1987), em uma abordagem interacionista, a linguagem é uma atividade constitutiva de conhecimento do mundo pela criança. Nessa abordagem, a unidade de análise passa a ser, diferentemente das abordagens mentalistas, o diálogo mãe-filho, e, como consequência, a relação mãe-filho passa a ser importante na clínica de linguagem que a utiliza.

A visão interacionista surgiu a partir da proposta teórica de Cláudia de Lemos (1989) que, em uma primeira versão afirma que a linguagem é uma atividade cognitiva de ação sobre o mundo e comunicativa de ação sobre o outro, pois é a partir dela que a criança age sobre o mundo e sobre o outro, numa primeira fase evolutiva. Só durante o segundo ano de vida que a linguagem assume um estatuto de objeto, sobre o qual a criança pode atuar. A autora ressalta a análise dialógica como forma de compreender o que se passa com a criança e propõe três processos: especularidade, complementaridade e reciprocidade. Tais processos dialógicos têm uma atuação marcante na interação entre mãe-filho.

Especificamente, a especularidade ocorre quando o adulto repete a produção vocal da criança, dando significado, intenção, incentivando-a a reter e reproduzi-la novamente. A complementaridade ocorre quando o adulto fala algo e a criança responde diretamente. O terceiro processo, a reciprocidade, surge quando a criança assume papéis dialógicos, anteriormente recobertos pelo adulto. Na base dos processos de reciprocidade e complementaridade está o que a autora chama de especularidade diferida, isto é, a criança repõe fragmentos do discurso do adulto em seu próprio discurso. Esses fragmentos são retirados de práticas discursivas e recontextualizados/retextualizados para instaurar novos diálogos (LEMOS, 1989).

Desde a década de 90, a autora ressalta que a aquisição vai ocorrendo através do processo de mudança de posição da criança em relação à língua. Afirma que a criança é capturada pelo funcionamento da língua na qual é significada. As

mudanças na sua fala não se qualificariam como acúmulo nem como construção de conhecimento, mas como mudanças consequentes à captura do sujeito por tal funcionamento da língua. A proposta central nesse momento teórico da autora (LEMOS, 1992) é que a estruturação do conhecimento linguístico ocorrerá pelo funcionamento dos eixos metafóricos e metonímicos, ou seja, pela relação entre cadeia manifesta e latente na fala da criança. Esse processo só toma lugar quando a criança está ocupando a posição discursiva de pólo da língua e podendo refletir sobre seus aspectos gramaticais.

Nos primeiros momentos, em que a especularidade é dominante nos processos dialógicos, a criança ocupa com maior intensidade a posição de pólo do outro, ou seja, necessita ser interpretada pela mãe para que o que manifesta possa ser compreendido. Na fala inicial da criança, podem ser observados erros que distinguem sua produção oral da fala do adulto, como também fragmentos da fala deste. De modo especial, a mãe, ao início do desenvolvimento, dá lugar a seu filho, por meio de um processo de interpretação e atribuição de intenções, sentido e referência a esboços de fala produzidos pela criança. Desse modo, a criança é inserida na linguagem e capturada por ela por meio do Outro (LEMOS, 1992). Já a partir do momento em que a criança ingressa no período narrativo, vai podendo ocupar, cada vez mais, a posição de pólo falante/ouvinte, ou seja, começa a considerar as diferenças formais entre a sua fala e a fala do outro.

Para que a criança possa ser capturada pelo funcionamento linguístico, é preciso que a mãe e demais figuras parentais estejam disponíveis para sustentar o diálogo. No entanto, diante de distúrbios emocionais maternos, como se viu em vários trabalhos que abordaram a depressão e a ansiedade materna, esse processo pode não ocorrer de modo adequado, impedindo ou limitando o desenvolvimento infantil, tanto em termos cognitivos quanto linguísticos e afetivos.

Em pesquisa com retardos de linguagem, Rechia (2009) observou que a ansiedade de algumas mães se refletia em uma ocupação prolixa dos turnos, por parte das mesmas, durante o diálogo com os filhos. Por outro lado, a presença de indicadores de depressão se manifestaram no retraimento das mães no brincar e no dialogar com os filhos.

Tal estudo sugere, portanto, que uma análise dos primórdios do diálogo mãe-bebê, ou seja, das respostas que a mãe dá às vocalizações do bebê, ou mesmo se a mãe utiliza o *manhês* (CATÃO, 2009), pode fornecer índices de como essa

construção está ocorrendo já durante o primeiro ano de vida e se há riscos para a mesma. A evidência de riscos permite a intervenção precoce e, possivelmente, evitar o surgimento de retardos de aquisição da linguagem. Nesse sentido, a ansiedade materna torna-se temática importante de estudo para a clínica de bebês, pois, como se verá na próxima seção, ela pode ter consequências importantes nas interações mãe-bebê.

1.2 Ansiedade materna e desenvolvimento infantil

Nesta seção, serão abordados o conceito de ansiedade materna, suas formas de avaliação e as consequências da mesma no desenvolvimento infantil.

1.2.1 Ansiedade Materna: caracterização e formas de avaliação

A maternidade marca uma nova fase na vida da mulher. Representa uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento, envolvendo uma mudança de identidade e uma nova definição de papel, a gestante além de filha e mulher, passa a ser mãe. Porém, quando a vida começa diferente (prematividade) esse processo normal de transição torna-se frágil necessitando de cuidados para a mãe e para o bebê (MARSON, 2008).

De acordo com Lopes et al. (2005), a ansiedade é capaz de influenciar a vivência da gravidez, do parto e da adaptação entre mãe-bebê, pois a gestante pode ser levada a ter medos do parto, dor, morte que são elos à ansiedade. Assim, a ansiedade aumenta o risco de experiências negativas nesse período, pois é fonte de fantasias. Porém, a vivência positiva do parto está associada ao contato imediato da mãe com seu bebê e interação com ele, com a visão de que o bebê é saudável e, principalmente, pelo apoio emocional prestado pelo companheiro, além do tipo de atendimento de saúde prestado à mulher.

Segundo Gorenstein e Andrade (2000), a ansiedade é um estado emocional que faz parte do espectro normal das experiências humanas, têm componentes

fisiológicos e psicológicos, que abrangem sensações de medo, insegurança e antecipação apreensiva, pensamento dominado por idéias de catástrofe ou incompetência pessoal, aumento do estado de vigília, tensão e dor muscular, sensação de constrição respiratória, tremor e inquietação e vários desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo. Conforme Kaplan, Sadock e Grebb (1997), a ansiedade funciona como um alerta que possibilita à pessoa tomar medidas para lidar com a ameaça subjacente à situação de perigo.

Oliveira (1999), no seu estudo em neurofisiologia do comportamento, diferencia ansiedade normal de ansiedade patológica. A ansiedade normal é uma reação necessária do organismo, tendo como finalidade protegê-lo ou criar reação a qualquer estímulo, ficando alerta e com atenção aumentada. Porém, quando a ansiedade ocorre de forma exacerbada e contínua, ela é patológica, pois desgasta o sujeito, que fica constantemente se defendendo, tornando-o incapacitado orgânica, psicológica, social e profissionalmente, nisso está incluída a função materna.

A ansiedade-estado está ligada a um momento, evento ou situação particular, como a chegada de um filho, causando um estado emocional transitório. Já a ansiedade-traço está relacionada a características de personalidade individuais e disposicionais, que são diferentes entre os indivíduos na maneira de encarar as situações ansiogênicas (SPIELBERG et al., 1979; FERREIRA, 2009).

Salienta-se que esses fatores ansiogênicos podem interferir negativamente sobre alguns aspectos cognitivos, como o processo de aprendizagem, a redução de atenção e da concentração, diminuindo, assim, a aquisição de habilidades (CONDE; FEGUEIREDO, 2006; FERREIRA, 2009).

Os estudos de vários autores (SPIELBERG et al., 1979; HEMENOVER; DIENSTBIER, 1998; LA ROSA, 1998), mostram que a elevação da ansiedade-estado pode ser ocasionada pelas estruturas de personalidade, que influenciam a maneira como o sujeito percebe e reage ao evento estressor. Dentre estas estruturas, estão os escores de ansiedade-traço que podem ser excelentes preditores dessa reação.

Há várias escalas de avaliação da ansiedade. Entre elas podem ser citadas: a STAIT (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) - inventário de estado-traço de ansiedade; Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD); Escala de Hamilton

de Ansiedade; IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979); e Escala Beck - Inventário de ansiedade de Beck (BAI).

Neste estudo, foi escolhida a Escala Beck - Inventário de ansiedade de Beck (BAI) por este estar validado cientificamente para a população brasileira, ser aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia e também porque as Escalas Beck são utilizadas em muitas pesquisas publicadas em artigos científicos.

A Escala de Auto Relato de Beck é composta de: Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala de Desesperança de Beck (BHS) e Escala de Ideação Suicida (BSI). O autor é Aaron T. Beck e colegas, do Center for Cognitive Therapy, do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Pennsylvania (USA), cuja versão brasileira é da Dr^a Jurema Alcides Cunha.

O BDI mede a intensidade da depressão, e o BAI, a intensidade da ansiedade. A BHS é uma medida de pessimismo e oferece indícios sugestivos de risco de suicídio em sujeitos deprimidos ou que tenham história de tentativa de suicídio. A BSI detecta a presença de ideação suicida, mede a extensão da motivação e planejamento de um comportamento suicida. Pode ser utilizada no levantamento do estado de saúde.

Todas as escalas são apropriadas para pacientes na faixa de 17 a 80 anos de idade. O BDI, o BAI e a BHS apesar de terem sido desenvolvidas para uso com pacientes psiquiátricos, podem ser usados em sujeitos não-psiquiátricos.

Especificamente em relação à ansiedade ela testa consequências fisiológicas (tremor, sudorese, dor abdominal...) e psíquicas (medo, insegurança...) em uma escala que vai desde a ausência até a impossibilidade de suportar determinado estado.

Quanto ao tempo de aplicação, estima-se de 5 a 10 minutos para a forma auto-administrativa (individual ou em grupo) e de 10 minutos em média, para a aplicação oral. Os itens de tal escala estão detalhados no Anexo C.

1.2.2 A mãe ansiosa e consequências nas interações precoces

Segundo Faisal-Cury e Menezes (2006), a ansiedade tem sido mais investigada no período pré-natal, sendo considerada importante fator de risco para

depressão puerperal. Esse fato é reforçado por Silva e Botti (2005). Segundo os autores, o puerpério é a fase do pós-parto, na qual os riscos de transtornos aumentam em face das preocupações, anseios e planejamentos realizados e sentidos pela mulher. Ocorre uma maior probabilidade de conflitos na interação mãe e filho neste momento, decorrentes da vivência da maternidade pela mãe, que podem variar desde a ansiedade de adequações à nova realidade situacional até distúrbios do humor, que vão da melancolia às psicoses puerperais.

De acordo com Correia e Linhares (2007), níveis altos de ansiedade nas mães levam a riscos no equilíbrio da função materna, assim como no desenvolvimento fetal e no fazer progredir a criança. Identificar precocemente esses níveis de ansiedade permite intervir prevenindo os prejuízos ao desenvolvimento do bebê e investigar sobre a ansiedade materna é importante para identificar os fatores negativos no desenvolvimento infantil, independentemente se são bebês pré-termo ou a termo.

Favaro e Peres (2008) salientaram que as mães de bebês prematuros e a termo tem semelhança em relação à incapacidade de engajamento em atividades de lazer. Porém, no estudo desses autores, foi revelada a prevalência significativa de sintomas clínicos de ansiedade e depressão em mães de prematuros, comparando com as mães de bebês a termo.

Faisal-Cury e Menezes (2006) realizaram um estudo de coorte transversal com 299 mulheres, atendidas em consulta ginecológica de rotina, em clínica privada. Nesta amostra de mulheres, notaram que a ansiedade puerperal foi muito prevalente. Concluíram que a maior renda e a maior faixa etária da mulher diminuem o risco, ao passo que a presença de intercorrências com o recém-nascido e maior número de filhos vivos aumenta o risco de ansiedade puerperal.

Nunes, Fernandes e Vieira (2007) evidenciaram que a ausência do pai pode trazer consequências negativas para a mulher, desde a forma como vive a gestação, até a maternidade. No entanto, verifica-se que a deficiência de uma figura paterna pode ser um *trigger* (gatilho), que engatilha o aparecimento de sintomas ansiosos e depressivos nas puérperas e, conseqüentemente, para o desenvolvimento mal-adaptativo do bebê. Diante disso, mostram, em destaque, o importante papel que o pai assume no desenvolvimento saudável do bebê e no re-estabelecimento da esposa/mãe, revelando a influência do comportamento parental, não só para o bebê, mas como suporte para a mãe. Wendland (2001) também ressalta que existe um

evidente crescimento do reconhecimento da participação do pai nos cuidados com o bebê, haja vista a capacidade de os recém nascidos, progressivamente, partilharem a atenção para pai e para a mãe e desenvolverem-se nessa tríade interativa.

As interações físicas e afetivas estabelecidas entre progenitores e seus descendentes são fundamentais para as relações futuras. Assim, quando há dificuldades do estabelecimento do vínculo mãe-bebê, há uma preocupação com a saúde mental da mãe e com o desenvolvimento do bebê, o que pode requerer intervenção especializada, principalmente em relação às repercussões nas futuras interações sociais da criança.

O período pós-parto é ansiogênico, ou seja, induz a ansiedade, pois pode interferir negativamente na relação do casal e no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança, mas também é um momento de extrema felicidade para a família.

Schwengber e Piccinini (2004) afirmam que a chegada de um filho é um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais como depressões, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas. Os mesmos autores e Prado et al. (2007) revelam que as características maternas e as características dos bebês podem dificultar ou inviabilizar essa interação inicial. As mães, com transtorno de humor, são menos satisfeitas com o suporte social que recebem, punem mais de forma inconsistente seus filhos e possuem estilo parental considerado de risco para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais nas crianças. Quanto menor o nível de satisfação das mães em relação ao suporte social, mais utilizam práticas parentais negativas e mais as crianças apresentam dificuldades sócio-emocionais (CID; MATSUKURA; SILVA, 2007).

Nunes et al. (2007) comenta, nos casos mais graves da mãe estar impossibilidade de investir nos cuidados de seu bebê, como em uma depressão pós-parto, outras pessoas próximas da família, podem e devem suprir essa falta. Com isso, nota-se que a participação de outro membro da família, como o pai, é crucial para o investimento na formação do vínculo de apego com o bebê, retirando-o da situação de desamparo e auxilia no re-estabelecimento da saúde mental da puérpera. De acordo está Klaus, Kennel e Klaus (2000), que defendem a imprescindibilidade do pai e da mãe para o desenvolvimento infantil, evidencia-se que a ausência ou deficiência da figura paterna pode ocasionar consequências negativas para a mãe, o modo como ela vive a gestação e a maternidade

demonstrando com isso que a ausência de pai pode ser um *trigger*, ou seja, um gatilho para desencadear a depressão na mulher e, conseqüentemente, para o desenvolvimento mal-adaptativo do bebê.

Segundo Nunes et al. (2007), os papéis de pai, mãe e criança assumiram novas funções e vêm modificando os sistemas de crenças parentais. Essas mudanças na estrutura e na dinâmica familiar tradicional estão ocorrendo devido ao momento histórico atual, no qual as mulheres vão em busca de trabalho e da realização profissional, há desemprego, alguns homens permanecem em casa sem emprego, creches e outros serviços de atendimento à criança são criados e são fatores que têm influenciado o modo como as interações familiares acontecem.

A figura materna deve dar o amparo psíquico adequado para o seu bebê, o que é primordial para a constituição do eu, pois é a base principal para todos demais relacionamentos da criança no mundo externo. Se o relacionamento mãe-bebê é sadio, representa proteção e segurança para a criança, contribuindo essencialmente para o seu desenvolvimento saudável (CECATTO, 2008).

Na pesquisa de Lemos, Barros e Amorim (2006), evidenciou-se que os familiares de crianças com dificuldade de linguagem, demonstram sentimentos de culpa, que podem tornar-se paralisantes e deixá-los impotentes para lidar com a situação. Isso ocorre devido às crenças e noções inadequadas dos pais em relação aos seus filhos, podendo ser exacerbadas pela ansiedade.

1.3 Indicadores de risco e falhas na interação precoce

Segundo Cid; Matsukura e Silva (2007), o desenvolvimento infantil é influenciado por aspectos genéticos, biológicos e ambientais que, quando associados a conseqüências negativas para o desenvolvimento, são chamados de *fatores de risco*. As características familiares que são consideradas de risco são: baixa renda, baixa escolaridade dos pais, estresse familiar, baixo suporte social, discórdia marital, depressão e doença psiquiátrica dos pais. Os mesmos autores apontam que mães doentes mentais são menos afetivas e menos disponíveis, adotam práticas parentais negativas, apresenta insegurança e ansiedade. Revelando que mães com doenças mentais aumentam o risco de que as crianças,

no decorrer de seu desenvolvimento, apresentem problemas de comportamento, dificuldades cognitivas, sociais e até mesmo transtornos mentais.

Julieta Jerusalinsky (2002) afirma que a maturação, o crescimento, as aquisições instrumentais e a constituição do sujeito psíquico, embora aconteçam durante toda a infância, apresentam um espaço crucial de evolução nos três primeiros anos de vida. Tendo isso em mente, a autora afirma que nos primeiros anos é possível perceber que algo não vai bem na estruturação de um bebê, por meio da análise do modo como o bebê é tomado no circuito de desejo e demanda dos pais. Para a autora, é possível falar em **risco psíquico enquanto percepção de uma tendência de a estruturação psíquica não acontecer de modo adequado**, ou seja, de apresentar índices de que pode haver a estruturação de uma psicose ou autismo em curso. Ressalta, no entanto, que é importante que esse risco seja tomado como uma tendência e não como uma profecia que possa obscurecer a relação dos pais com o bebê. O profissional que trabalha na atenção primária em saúde, diante de um índice de risco teria, portanto, que ter muito cuidado em não direcionar o olhar dos pais para patologia mas, ao contrário, em sustentar o exercício das funções parentais de modo a ancorar o desenvolvimento do bebê de modo adequado.

Entre essas funções, inicialmente, a função materna é essencial para a organização psíquica do infante e sua constituição como sujeito, pois é, a partir da organização psicológica desenvolvida no relacionamento com a mãe ou com a sua cuidadora que a criança conquista a capacidade de se relacionar com o resto do mundo, dentro do qual estão os objetos humanos (COPPOLILLO, 1990). No entanto, tal função está sempre referenciada à função paterna, visto que ambas têm seu lugar no processo de constituição psíquica (JERUSALINSKY, 2002).

Winnicott (1983) apontou quatro patologias que poderão ser desenvolvidas pela criança devido a problemas de maternagem, destacadas a seguir, com suas próprias definições. São elas: “a) Esquizofrenia infantil ou autismo; b) Esquizofrenia latente; c) Falsa autodefesa; e d) Personalidade esquizóide” (p. 58).

Sobre esse primeiro grupo de patologias, o que podemos comentar é que, levando em conta as afirmações de Winnicott (1983) - nos casos em que ele observa não haver evidências de defeito neurológico -, deve ter ocorrido grave deficiência na maternagem e, portanto, um *holding* drasticamente ineficiente. Nessas situações, pode até mesmo ter havido, em nossa opinião, abandono por parte da

mãe, maus tratos à criança - enfim, um ambiente nada acolhedor - e outros tantos problemas que podem acometer um recém-nascido. Isso tudo pode ainda estar somado a uma tendência inata da criança a adquirir tais patologias em interação com um ambiente deteriorado.

Nesse caso, a patologia poderá passar despercebida durante a infância, conforme diz Winnicott (1983). Mas, no decorrer dos anos, com as cobranças vindas da escola, da sociedade, das relações familiares, pressões variadas que farão o sujeito viver frustrações e testar sua capacidade de interação com o meio, tudo isso poderá desencadear transtorno e revelar, enfim, a fragilidade de uma pessoa que talvez não tenha recebido um *holding* apropriado da mãe ou da substituta, ou, então, não tenha nascido num ambiente suficientemente bom para ser acolhida de forma apropriada nos primórdios de sua vida.

Perry e Polard (1998) sugerem que a falha persistente na manipulação dos bebês nos primeiros meses de vida, principalmente a falha de um olhar responsivo da mãe e de um falar com o bebê, contribui para diminuir e/ou não desenvolver adequadamente conexões neuronais. Há evidências de que falhas no cuidado inicial devido à negligência, abuso físico e/ou psicológico estão associadas a alterações no padrão de apego e no desenvolvimento motor e mental dos bebês (FIELD, 1992). Alguns autores observam uma possível correlação entre experiências iniciais de privação e a ocorrência de depressão, ansiedade e abuso de drogas tanto na criança quanto no adulto (KAUFMAN, 1991), e personalidade *borderline*¹ no adulto (PLOTSKY, 1998).

As atitudes inconscientes da mãe facilitam as ações do bebê e podem também ter uma influência patogênica sobre o seu desenvolvimento, pois "a própria perfeição de uma relação entre dois seres tão intimamente harmônicos entre si - e unidos por tantas coisas tangíveis e intangíveis - acarreta a possibilidade de sérios distúrbios, caso haja uma quebra de sintonia" (SPITZ, 1988, p. 185), ainda mais que essa relação envolve de um lado um parceiro ativo e dominante e do outro lado, um receptor passivo e totalmente dependente.

Os distúrbios da personalidade materna e a relação insuficiente entre mãe e bebê provocam sérias influências psicológicas prejudiciais e fortes perturbações na criança. Acerca do tema Spitz (1988, p. 187) afirma: "podemos dizer que a

¹ O termo *borderline* em psicologia é utilizado para identificar personalidades limítrofes entre a estrutura psicótica e neurótica.

personalidade da mãe atua como um agente provocador da doença, como uma toxina psicológica". Tais alterações na relação do bebê com a mãe podem ser geradoras de doenças de carência afetiva e dos distúrbios emocionais como a rejeição primária ativa e rejeição primária passiva. "A rejeição primária ativa ocorre quando a atitude materna consiste em uma rejeição global da maternidade", esta rejeição inclui a gravidez e a criança e, provavelmente, também muitos aspectos da sexualidade genital (SPITZ, 1988, p. 189). Já a rejeição primária passiva é "quando a rejeição materna não é dirigida contra a criança como um indivíduo, mas contra o fato de ela ter tido uma criança. Isto quer dizer, é uma rejeição da maternidade, e não se refere a um objeto determinado" (SPITZ, 1988, p. 191).

A cólica dos três meses, o eczema infantil, a oscilação entre mimo e hostilidade, as oscilações cíclicas de humor da mãe e a hostilidade materna conscientemente compensada, são as patologias decorrentes das relações objetais. A coprofagia e a manipulação fecal pressupõem um tipo de relação objetal patológica e os altos e baixos do temperamento emocional da mãe propiciam outros sintomas, sendo que "o humor depressivo da mãe origina, na criança, uma inclinação para tendências depressivas. A mãe deprimida afasta-se da criança e a criança, nas palavras de Anna Freud, 'acompanha-a em seu humor depressivo'" (SPITZ, 1988, p. 227).

A criança é contaminada pelo clima afetivo presente e quando a mãe depressiva se afasta por se achar deprimida, bloqueia o desenvolvimento normal do bebê e "a mudança radical de sua atitude emocional transforma-a num objeto "mau". Enquanto o objeto "bom" atrai as oportunidades para trocas de ação com a criança, a mãe que se afastou por depressão evita-as e nega-as. A criança é, assim, privada de oportunidade de completar a fusão. Em sua necessidade de trocas de ação, ela segue a mãe na atitude depressiva e adquire, então, sua tendência incorporativa global, tentando manter aquilo que já conseguiu no caminho das relações objetais" (SPITZ, 1988, p. 228).

Os efeitos da perda do objeto acarretam as doenças de carência afetiva do bebê que é a privação afetiva parcial (depressão anaclítica) e a privação afetiva total (hospitalismo), sendo que "a depressão analítica e o hospitalismo demonstram que uma grande deficiência nas relações objetais leva a uma parada no desenvolvimento de todos os setores da personalidade" (SPITZ, 1988, p. 249), destacando a importância dessas relações durante este processo. A criança acompanha a mãe na

sua depressão e no seu humor, pois "faltam ainda muitos mecanismos do ego, a criança só pode sobreviver porque sua mãe serve-lhe de ego exterior, de ego auxiliar (SPITZ, 1988), que preenche sua estrutura psíquica incompleta e inadequada, e propicia o mecanismo sensório-motor necessário para o funcionamento adaptativo e regulativo" (SPITZ, 1988, p. 230). Quando distúrbios sérios como os descritos acima "ocorrem durante o período formativo da psique, acabam deixando cicatrizes na estrutura e funcionamento psíquico" (SPITZ, 1988, p. 257).

Recentemente, o Brasil implementou, com financiamento do Ministério da Saúde, importante pesquisa para o estabelecimento de índices de risco para o desenvolvimento infantil aplicáveis na consulta pediátrica, de modo a fazer emergir a possibilidade de acompanhamento precoce de casos em que há uma suspeita de problemas na estruturação psíquica (KUPFER, 2008; LERNER; KUPFER, 2008).

Nessa pesquisa, a partir da teoria psicanalítica, foram desenvolvidos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. O pressuposto é que esses indicadores clínicos podem ser empregados pelos pediatras durante a consulta nas unidades básicas e/ou centros de saúde e podem ser úteis para detectar precocemente transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil. A metodologia utilizou um desenho de corte transversal seguido por estudo longitudinal em uma amostra de crianças, nas faixas etárias de 1-3 meses e 29 dias; 4-7 meses e 29 dias; 8-11 meses e 29 dias e 12-18 meses, atendidas na clínica pediátrica nas unidades e/ou centros de saúde em nove cidades brasileiras (totalizando 11 centros).

Os IRDIs foram utilizados por pediatras treinados durante a consulta clínica regular no período de 18 meses e as crianças reavaliadas através de avaliação psicanalítica e psiquiátrica aos 3 anos de idade.

A análise de dados da primeira etapa do estudo foi composta de uma descrição epidemiológica para estimar a sua associação com variáveis clínicas e epidemiológicas. Após três anos de seguimento, as crianças foram avaliadas para identificação de transtornos psíquicos e psiquiátricos e verificadas as associações com os IRDIs.

Os Indicadores Clínicos utilizados obedeciam a quatro eixos que balizam a constituição da subjetividade na visão dos autores: a suposição de um sujeito, o

estabelecimento de demanda da criança, a alternância ente presença-ausência por parte da mãe e presença de função paterna (alteridade).

Os índices avaliados estão dispostos a seguir, conforme Jerusalinsky (2010).

0 A 4 MESES INCOMPLETOS	EIXOS
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	SS/ED
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido à ela (manhês).	SS
3. A criança reage ao mamalhês.	ED
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação.	PA
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
4 A 8 MESES INCOMPLETOS	
6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	ED/PA
7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	ED
8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	ED/PA
9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	SS/PA
10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	ED
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA
12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	SS/ED/PA
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	ED/FP
8 A 12 MESES INCOMPLETOS	
14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	ED/SS
15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	ED
16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	ED
17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	SS/PA
18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	FP
19. A criança possui objetos prediletos.	ED
20. A criança faz gracinhas.	ED
21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.	ED
12 A 18 MESES	
22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED
23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	ED/FP
24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	ED/FP
25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.	ED/FP
26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	FP
27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.	SS/FP
28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.	FP
29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.	FP
30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.	FP
31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.	FP

Quadro 1 - IRIDIs iniciais.

A partir das análises, os autores chegaram a 18 itens relevantes estatisticamente, cuja ausência sugere a possibilidade de alteração de desenvolvimento e 4 itens que são altamente sugestivos de alteração na estruturação psíquica.

Os quatro índices com poder preditivo foram, em um intervalo de confiança, de 95%:

- Na faixa de 4 a 8 meses - item 7- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades (risco relativo 3,46 - intervalo de confiança - 1,19 - 10,07);

- Entre 8 e 12 meses - item 18 - A criança estranha pessoas desconhecidas para ela (risco relativo 2,93 - intervalo de confiança 1,49-5,73); item 22 - A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada (risco relativo 3,75-intervalo de confiança - 1,37 - 10,28);

- Na faixa etária de 12 a 18 meses - item 30 - Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança (risco relativo 4,19 - intervalo de confiança 1,74 - 10,06).

Os seguintes conjuntos de indicadores, após análise estatística fatorial, tiveram correlação significativa para predizer risco psíquico:

- na faixa de 0 a 4 meses: todos os cinco indicadores formam um fator só que é significativo para predizer risco psíquico.

- na faixa de 4 a 8 meses: há um fator formado pelos indicadores 6, 7, 8 e 9 que é significativo para predizer risco psíquico.

- na faixa de 8 a 12 meses: há um fator formado pelos indicadores 16 e 22 que é significativo para predizer risco psíquico.

- na faixa de 12 a 18 meses: há um fator formado pelos indicadores 23, 24, 26 e 30 que é significativo para predizer risco psíquico e também para predizer risco para o desenvolvimento.

A partir de tais resultados, 18 itens foram estabelecidos como prioritários para integrar a ficha pediátrica, conforme quadro 1 e que foram usados na presente pesquisa. Conforme a Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (2008) os indicadores válidos são:

0 A 4 MESES INCOMPLETOS
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).
3. A criança reage ao manhês.
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação.
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.
4 A 8 MESES INCOMPLETOS
6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.
7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.
8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.
8 A 12 MESES INCOMPLETOS
9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.
10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.
11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.
12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.
13. A criança faz gracinhas.
14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.
12 A 18 MESES
15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.
16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.
17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.
18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

Quadro 2 - IRDIs finais conforme Jerusalinsky (2010) e Kupfer (2008).

Kupfer e Voltolini (2005) afirmam que o encontro entre a psicanálise e a medicina, sobretudo a do campo positivista, é possível, a partir da inserção da psicanálise, fazer parte do campo das ciências humanas. Isso permite que se construa instrumentos de medidas apoiados nela. Como mostra Palladino (2007), é importante salientar que os indicadores não são sintomas, são pistas esboçadas na e pela criança que, por suposição, podem antecipar e, de certa forma, reorientar historicamente sua realidade na vida. Além disso, é relevante apontar que os IRDIs não avaliam causas para o risco psíquico, sendo que os autores da área têm mostrado que, nesses casos, os fatores tendem a ser multifatoriais, podendo advir de dificuldades do bebê, dos pais ou de ambos. Portanto, risco psíquico é entendido como uma tendência à alteração do desenvolvimento, que ocorre por uma combinação complexa e singular das tendências biológicas do bebê, com os fatores ambientais de seu desenvolvimento.

Kupfer e Voltolini (2005) citam Hanns (2000) ao afirmar a psicanálise como um campo dinâmico-tendencial por lidar com muitas variáveis e poder delinear tendências, embora sem a pretensão de uma previsão absoluta. (Hanns vê semelhança entre a psicanálise e a economia nesse sentido).

Os autores afirmam que a existência de um sujeito psíquico só pode ser verificada a partir dos efeitos indiretos que ela produz e, tal verificação, só se dará a partir de sinais fenomênicos. Para tanto, é possível estabelecer indicadores que traduzam tais sinais, a partir dos quais é possível supor como está ocorrendo a instalação de um sujeito. Na pesquisa anteriormente citada, foram utilizados eixos teóricos, a partir da constatação de operações de constituição estrutural verificadas na experiência clínica de especialistas - psicanalistas - da infância, o que indica uma metodologia baseada na consulta a *experts*. Esse grupo de *experts* recolheu entre si aqueles indicadores já utilizados no cotidiano para analisar o curso do desenvolvimento e da estruturação psíquica de um sujeito. Construiu-se, então, um grupo de índices, cuja ausência pode indicar uma perturbação nesse curso evolutivo. Nessa perspectiva, o indicar funciona como um signo que se relaciona com os demais numa rede discursiva.

Uma questão colocada pelos autores (KUPFER; VOLTOLINI, 2005) é que na lógica psicanalítica aquilo que produz um efeito num bebê pode não produzir em outro, ou seja, não se trabalha numa lógica causa-efeito. Logo, essa questão de indicadores parece desconectada dessa ótica já que sua utilização seria uma espécie de prevenção da psicopatologia.

Embora não se tenha um caráter de previsão, é possível falar de uma tendência e que, na saúde pública, seria importante identificar, sobretudo o pediatra, para que o caso pudesse ser melhor avaliado pelo psicanalista. Com esse encontro, espera-se que o clínico não chegue ao psíquico por eliminação e que o psicanalista assuma um compromisso de explicitar melhor seus métodos e pressupostos, ao ponto de poderem trazer benefícios ao desenvolvimento humano de um modo social mais amplo.

Avaliar tais tendências pode trazer não apenas benefícios aos estudos sobre risco psíquico como também a outras alterações do desenvolvimento em sujeitos com estrutura neurótica, tais como os distúrbios de linguagem.

Como já evidenciado em estudos citados, a relação mãe-filho é a base de toda a estruturação psíquica e constituição linguística infantil. Embora possa haver

predisposições genéticas do bebê para algum distúrbio, a relação mãe-bebê poderá influenciar na expressão do mesmo. Segundo Motta (2005), a pessoa que exerce a função da maternagem influencia no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. As mães intrusivas, que não proporcionam espaço para seus filhos se expressarem e as mães silenciosas que não oportunizam o diálogo, nem o desejo em falar podem criar obstáculos ao funcionamento da linguagem de seus filhos (RECHIA; SOUZA, 2010).

Como demonstra Rechia e Souza (2010), Cesa et al. (2010) e Crestani et al. (2010), o diálogo mãe-filho assume características singulares influenciadas tanto por fatores relacionados ao exercício da função materna quanto por limitações biológicas do filho, o que pode dificultar muito a comunicação entre eles (RECHIA et al., 2009; 2010).

Portanto, pode ocorrer tanto predisposição genética para distúrbios nas crianças (BUIZA-NAVARRETE; ADRIAN-TORRES; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ, 2007), quanto sintomas emocionais de suas mães, como ansiedade e depressão (GABARD, 2006; CORREIA; LINHARES, 2007; COUTO, 2009; PINTO et al., 2009; FRIZZO, 2010), o que pode levar a um exercício frágil das funções parentais e criar situações complexas para o desenvolvimento das crianças. Assim, é notória a necessidade de incluir um trabalho continuado com os pais, motivando-os para a busca de sua própria terapia (SOUZA et al., 2009). Cabe ressaltar, no entanto, que quanto mais precoce este trabalho, melhores serão os resultados tanto para a criança quanto para os pais, por isso a idéia de se investigar fatores de risco familiares já no primeiro ano de vida.

Há autores que consideram que o sujeito se constitui a medida que suas ações vão sendo interpretadas pelo outro, através da internalização de papéis, definidos, inicialmente, pelas pessoas que são referência mais concreta da criança, como a família e, posteriormente, pelo grupo social maior do qual ela faz parte (LEITE; MONTEIRO, 2008) e as relações familiares são o princípio dessa inserção cultural mais ampla (FRIZZO; PICCININI, 2005).

No entanto, tais interações não explicam o limite de fala em si, apenas o alimentam e são alimentadas por ele. Ao não conseguirem interpretar a fala dos filhos, as mães não retornam suas falas na intensidade necessária para que pudessem comparar suas produções à produção do adulto. Esse não conseguir interpretar até pode ser motivado parcialmente pela dificuldade de fala das crianças,

mas não pode explicar a falta de investimento total da mãe no diálogo. Esses dados confirmam resultados de Rechia (2009) em estudo do diálogo mãe-filho. A consequência linguística é que o funcionamento de linguagem pode ser prejudicado em toda a sua magnitude, dificultando a estruturação do sistema linguístico por parte das crianças, e cristalizando-as em posição discursiva de dependência do outro (MANCOPE, 2006).

Num relato de estimulação precoce, Melo e Bernardino (2010) relatam os progressos de um bebê que nasceu prematuro apresentando anoxia e sequelas. Com foco psicanalítico, o eixo principal da terapia foi o desejo dos pais para o desenvolvimento do filho. Promoveu-se um espaço de trocas entre os pais e o bebê, segundo os eixos dos indicadores de risco para o desenvolvimento infantil, ou seja, supor um sujeito, estabelecer demanda, alternar presença/ausência e a função paterna. O investimento dos pais levou o bebê a superar os entraves da lesão cerebral inicial, sendo recomposto o tecido cerebral lesionado, constatado, inclusive, com exames de neuroimagem.

Diante disso, ressalta-se que é na relação com as pessoas que exercem as funções parentais que a criança constitui seu psiquismo, mostrando que necessita de um outro que lhe transmita palavras, afeto para constituir-se como sujeito (BERNARDINO, 2006).

De acordo com Jerusalinsky (2010), a estimulação precoce é importante porque a memória adaptativa, geneticamente herdada, pode ser modificada pelo meio circundante, o que é definido como epigenética. Nesse sentido, é importante investigar e intervir, quando o bebê não está bem, pois não basta que o tempo passe, o bebê ganhe peso e cresça para que o desenvolvimento seja harmonioso.

Segundo Julieta Jerusalinsky (2002), é preciso que o meio ambiente exerça uma função específica em termos vinculares. A autora afirma que a elaboração de critérios de risco a partir de estudos epidemiológicos não significa que os serviços de saúde devam ser pautados na idéia de aconselhamento a pais ou na elaboração de programas de exercícios. É preciso pensar no lugar que ocupam tais riscos a partir do corte epistemológico da psicanálise, pois fazer o bem ao bebê pode vir a atropelar as estratégias parentais. Nesse sentido, a puericultura deve permitir a apropriação, por parte dos pais, de suas funções parentais e escapar da lógica biunívoca causa-efeito, pois não basta escutar o discurso parental. É preciso

observar como ele se marca no bebê, o que permite a reestruturação do sintoma nos tempos iniciais.

Jerusalinsky (2002) afirma que orientações demasiadas instrumentais podem ter efeito desagregador da relação mãe-bebê e exemplifica com a tentativa de um agente comunitário de instrumentalizar uma mãe com a melhor posição para a amamentação e o efeito desorganizador da mesma no aleitamento. Este tema possui questões muito particulares que escapam ao simples saber instrumental, visto que o desejo, consciente ou não de amamentar, joga papel fundamental neste processo. Cardoso e Bianchi (2007) realizaram uma pesquisa empírica a respeito do que leva uma mãe a amamentar ou não e a continuar a amamentar ou desistir de o fazer, tendo como amostra 173 mães. O resultado foi que mães que amamentaram desejaram a gravidez e receberam informações sobre o aleitamento e contato imediato e alojamento conjunto com o recém-nascido. E, as mães que não amamentaram consideraram que o aleitamento dificultava o seu dia-a-dia. Portanto, o aleitamento materno, assim como toda a estruturação alimentar subsequente, os ritmos de sono e vigília, a protoconversaçoão entre mãe e bebê, entre tantos outros aspectos da vida de um bebê com sua família, passam pela presença de um projeto simbólico para o bebê. Se ele estiver ausente ou incompatível com as possibilidades do bebê, cria-se um espaço de ruptura e emergem dificuldades no apego e interação.

Na perspectiva de Jerusalinsky (2002), o desenvolvimento infantil é ancorado nos eixos biológico, psíquico e cognitivo. O biológico refere-se às condições orgânicas dos bebês, fruto tanto dos aspectos genéticos como das condições ambientais de nutrição, doenças adquiridas, entre outros. O psíquico relaciona-se ao projeto simbólico que a família tem para o bebê e como ele vai se articulando em um circuito de desejo e demanda. Já o cognitivo, é definido como a emergência da inteligência verbal e não verbal do bebê. Como afirmado anteriormente, entende-se que o verbal pode ser analisado em uma concepção interacionista de linguagem. Os aspectos não verbais da inteligência poderiam ser analisados com autores como Piaget, tanto do ponto de vista processual (processos de assimilação, adaptação e acomodação), quanto de legalidade evolutiva (estágios sensório-motor, simbólico, etc). A autora ressalta, no entanto, que interessa mais a uma abordagem psicanalítica como tais fatores se articulam na relação bebê - pais, conduzidos pelo

projeto simbólico e que os índices de risco ao desenvolvimento infantil são capazes de captar riscos nessa relação.

Acredita-se que a ansiedade, enquanto estado emocional materno, pode ter efeitos nessa relação materializáveis nos índices de risco ao desenvolvimento infantil e afetar várias dessas rotinas. Esse fato impulsionou a investigação aqui conduzida.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa é do tipo quantitativa descritiva com caráter casual comparativo sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê (WEBBY; O'CONNOR, 2001).

2.1 Amostra

Para determinar a amostra desta pesquisa, entramos em contato com os integrantes do projeto da triagem auditiva neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o qual informou que são triados em torno de 30 bebês por semana. Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizado o índice da prevalência de ansiedade materna no período pós-parto com embasamento nos textos científicos. Considerando o número de bebês que realizam triagem auditiva neonatal no HUSM durante um ano e que atendem aos critérios de inclusão (ouvintes, sem nenhuma alteração orgânica genética ou congênita que seja conhecidamente determinante para alteração no desenvolvimento), bem como a prevalência de distúrbios emocionais como a depressão e ansiedade na população materna (em torno de 15%) foi calculada a amostra mínima para este estudo com 165 bebês. Como se trabalhou com uma reserva técnica no projeto mais amplo, em função da perda de sujeitos prevista em um estudo de coorte, a amostra ficou constituída de 182 díades mães-bebês nascidos a termo ou pré-termo, no HUSM, e que realizaram a triagem auditiva neonatal com resultado positivo, ou seja, bebês que escutassem.

2.2 Aspectos éticos

Esta pesquisa buscou atender todas as normas éticas de conduta em pesquisa com seres humanos, de acordo com as Diretrizes e Normas

Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde). Esta dissertação faz parte do projeto da Prof^a Dr^a Ana Paula Ramos de Souza que foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria - RS e aprovado pelo mesmo com CAAE número: 0284.0.243.000-09.

2.3 Procedimentos de seleção da amostra

Critérios de inclusão

Foram convidadas a participar deste estudo, todas as mães, cujos bebês passaram pela triagem auditiva neonatal do HUSM e tiveram o resultado positivo, no período de março de 2010 a junho de 2010. A solicitação foi realizada após a triagem auditiva neonatal pela equipe do projeto.

Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os bebês que nasceram com malformações ou síndromes e deficiência auditiva, devido ao comprometimento desses fatores ao desenvolvimento da criança e bebês cujas mães apresentaram estrutura psíquica muito comprometida tais como psicoses, etc.

As mães selecionadas para a pesquisa receberam esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta e de divulgação dos dados. Elas têm assegurado seu direito de voluntariado e sigilo de suas identidades e de seus bebês. A seguir, cientes dos possíveis benefícios e desconfortos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e as pesquisadoras assinaram o Termo de Confidencialidade (Anexo B).

Após assinatura dos termos, as mães foram entrevistadas pela psicóloga/pesquisadora em uma sala reservada para essa finalidade, no próprio HUSM, tendo a duração aproximada de 30 minutos toda a coleta.

2.4 Procedimentos de coleta de dados

Entre os procedimentos iniciais, na realização de entrevista e aplicação das escalas de ansiedade e depressão, sendo a de ansiedade o foco de análise desta pesquisa, os procedimentos foram realizados por quatro psicólogas, mestrandas do programa de distúrbios da comunicação humana, participantes do projeto.

A entrevista (Apêndice A) teve o objetivo de investigar a história obstétrica das mães e os dados sociodemográficos, bem como a existência de planejamento para a gestação ou como foi recebida a notícia da gravidez, apoio familiar e social, número de filhos, número de abortos, grau de escolaridade, idade, estado civil, profissão/função ocupacional, realização ou não de pré-natal, número de pessoas que moram na mesma casa, amamentação, entre outros. Assim como, a dificuldade na constituição da experiência materna (DCEM). Tal dado foi avaliado a partir de duas questões abertas presentes na entrevista do protocolo, que foram: se há histórico de doença mental sua e/ou na família (familiares da mãe, do marido ou de convívio próximo); e se está passando por alguma crise situacional, ou seja, por algum problema familiar, pessoal, no momento, que possam estar gerando sentimentos e dificuldades em relação à maternidade. As respostas a essas questões foram codificadas como presença ou ausência de dificuldade, sem mensuração da gravidade ou não da mesma. Para codificar a presença de dificuldade na constituição da experiência materna, observou-se na entrevista falta de manejo com os bebês, sentimento de incapacidade para cuidá-los, cansaço exagerado, desesperança, apatia, tensão e irritabilidade, além de conflitos familiares (sogra quer separar, prisão do marido, dificuldade no relacionamento com os pais), e ainda conflitos conjugais (brigas constantes com o marido, separação recente e marido deprimido). Diante disso, a codificação para a ausência de dificuldade foi identificada na entrevista em que as mães demonstravam boa interação com seu bebê, tinham bom suporte social, não havia histórico de doença mental sua e/ou na família e não estavam passando por crise situacional.

Realizada a entrevista, as mães foram convidadas a responder ao Inventário de Ansiedade de Beck (Anexo C), (BECK; STEER, 1993).

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é uma escala fácil de ser respondida e rápida de ser aplicada, proporcionando um contato frugal dos sujeitos

pesquisados com a pesquisadora, não cansando essas mães. A escala é apropriada para pacientes na faixa de 17 a 80 anos de idade e pode ser usada em sujeitos não-psiquiátricos. O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foi construído com base em vários instrumentos de auto-relato, e mede a intensidade de sintomas de ansiedade. Foi adaptado e validado para o Brasil por Cunha (2001) e é constituído por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, em uma escala de 4 pontos que reflete o nível crescente de cada sintoma desde a não apresentação de sintomas até apresentação de sintomas graves. O escore total é o resultado do escore dos itens individuais e permite a classificação em níveis de intensidade da ansiedade: mínimo de 0 a 10, leve de 11 a 19, moderado de 20 a 30 e grave de 31 a 63. É considerada ansiedade clinicamente importante a partir do estágio leve.

Quanto ao tempo de aplicação, estima-se de 5 a 10 minutos para a forma auto-administrativa (individual ou em grupo) e de 10 minutos em média, para a aplicação oral.

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foi aplicado, numa sala reservada para essa finalidade, no próprio HUSM, com duração entre 5 a 10 minutos, conforme o estimado. Foi aplicado pelas psicólogas que fizeram plantão alternado no hospital.

A avaliação dos bebês foi feita pela aplicação dos IRDIs correspondentes à faixa etária inicial de 0 a 4 meses. Tal escala foi aplicada pela psicóloga durante a entrevista e conferida pela orientadora do trabalho, por meio de filmagem, realizada após a entrevista. Algumas alunas da graduação em Fonoaudiologia e fonoaudiólogas mestrandas auxiliaram na filmagem após a entrevista, mantendo-se afastadas durante a mesma para não chamar a atenção do bebê. A mãe foi orientada para agir naturalmente com seu bebê neste momento e incentivada a se comunicar com ele.

Como todos os bebês estavam na faixa etária de 0 a 4 meses, apenas os cinco primeiros IRDIs foram avaliados, conforme segue:

1 - **Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.** Este índice foi observado a partir de situações em que a mãe supunha que o bebê queria algo e se ela conseguia atribuir uma interpretação possível a esta demanda como, por exemplo, comer, dormir, mudar de posição, etc.

2 - **A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).** Aqui foi analisada a interação entre a mãe e a criança em termos de

sintonia, não só se a mãe falava em manhês, mas se sua fala era sintonizada às produções do bebê.

3 - A criança reage ao manhês. Neste item, foi observado se a criança se engajava na protoconversaço, e, sobretudo, se buscava ativamente tal participaço. Como algumas mães, em função do estado emocional depressivo e/ou ansioso, não conseguiam conversar com os filhos de modo sintonizado, a pesquisadora buscou fazer isso com os bebês e analisar tal resposta quando isso ocorria.

4 - A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. Aqui foi observada a capacidade de a mãe esperar a resposta do filho, ou seja, de conferir-lhe turno durante a protoconversaço.

5 - Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. Este item foi observado apenas com a mãe durante os momentos de protoconversaço e/ou de trocas silenciosas entre mãe e bebê.

Os valores dos IRDIs foram obtidos a partir da avaliação da interação mãe-bebê resultando na variável incidência de alteração nos IRDIs.

O acesso à metodologia dos IRDIs deu-se pelo estudo da pesquisa multicêntrica e a momentos de formação com a pesquisadora Sílvia Eugênia Molina, responsável pela coleta da pesquisa multicêntrica sobre os IRDIs no Rio Grande do Sul (KUPFER, 2008).

Para a avaliação dos IRDIs, as díades mãe-bebê foram observadas e, a seguir, filmadas. A partir de tais procedimentos, a pesquisadora atribuiu o valor de ausente ou presente para cada um dos cinco índices. A seguir, a orientadora deste trabalho conferiu as filmagens e, em caso de dúvida ou de impossibilidade de observar alguns índices, em função de que muitos bebês dormiam ao comparecerem ao teste da orelhinha, houve o reteste dos IRDIs em até uma semana após a primeira avaliação. Tal conferência sempre foi realizada na mesma semana da testagem, para que o reteste não ultrapassasse mais de uma semana do teste.

Em relação ao índice 3, como algumas mães não realizavam o manhês com os filhos, a pesquisadora testou a reação das crianças dirigindo-lhes fala com a prosódia característica de manhês e sintonizada às ações das mesmas. O resultado computado foi a resposta dada à pesquisadora, nesses casos.

Cabe ressaltar que este trabalho faz parte do projeto “Funções Parentais e fatores de risco para a aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas”, que abrangerá o acompanhamento dos bebês até os 18 meses de idade.

2.5 Procedimentos para análise de dados

A partir da aplicação da escala, foram obtidos os níveis de ansiedade de cada mãe, resultando na variável incidência de ansiedade materna. Os valores dos IRDIS foram obtidos a partir da avaliação da interação mãe-bebê resultando na variável incidência de alteração nos IRDIs. Foram consideradas também as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais. Os dados destas variáveis foram organizados em uma planilha Excel. As análises foram realizadas utilizando-se o pacote computacional *Statistica 9.0*.

A análise quantitativa destes dados foi efetuada por meio da estatística descritiva. Posteriormente, foi utilizada a estatística inferencial para verificar a relação entre as variáveis, contando com o uso de testes não-paramétricos, como o U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis com comparações múltiplas e do coeficiente de correlação Gama e o teste não-paramétrico de independência do Qui-quadrado. Foi utilizado o nível de significância de 5%.

3 Artigo 1 - RELAÇÃO ENTRE A ANSIEDADE MATERNA PUERPERAL E RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL²

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi analisar comparativamente as possíveis correlações entre a ausência ou presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil e presença ou ausência de estado ansioso materno. O método foi do tipo quantitativo descritivo, com caráter casual comparativo sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê. A amostra foi constituída de 182 díades mães-bebês, estes nascidos a termo ou pré-termo, em um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul, cujos bebês passaram pela triagem auditiva neonatal no período de março a junho de 2010. Foi realizada uma entrevista, aplicada a escala de ansiedade de Beck (BAI) e o protocolo IRDIs e filmado a interação da díade. Os resultados demonstraram que há uma correlação positiva entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e estado materno ansioso. Contudo, o risco ao desenvolvimento infantil é multifatorial, deve-se verificar os aspectos constitucionais do bebê e relacionais com o ambiente, sobretudo a mãe, por isso, não se pode afirmar uma relação de causa-efeito entre presença de ansiedade materna e presença de risco ao desenvolvimento infantil. A ansiedade parece, por outro lado, ser um sintoma visível, entre outros possíveis, de problemáticas pessoais que afetam a constituição da experiência da maternidade em algumas mulheres e que podem trazer risco ao desenvolvimento do bebê.

Palavras-chave: comunicação humana, psicologia do desenvolvimento, ansiedade materna, interação mãe-bebê.

² Artigo elaborado para publicação na Revista CLINICS.

Abstract

The goal of this research was comparatively analyze possible correlations between the absence or presence of indexes of risk to child development and presence or absence of state anxious mother. The method was quantitative descriptive type, with comparative character casual about behavioral manifestations of the mother-baby interactive process. The sample was made up of 182 mothers-babies, these babies born in a University Hospital in the central region of Rio Grande do Sul, whose babies spent by neonatal hearing screening in the period from March to June 2010. It was held an interview, applied the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the protocol IRDIs and filmed the interaction of the dyad. The results showed that there is a positive correlation between presence of risk to child development and state maternal anxious. However, the risk to child development is multifactorial, must verify the constitutional aspects relational with baby and the environment, especially the mother's, therefore it cannot claim a causal association between maternal anxiety presence and presence of the risk for the child development. Moreover, anxiety seems to be a visible symptom, among other possible personal problems that affect the formation of the experience of motherhood in some women and that can bring up the risk to the baby's development.

Keywords: human communication, developmental psychology, maternal anxiety, mother-infant interaction.

Introdução

Os transtornos de ansiedade e os sintomas ansiosos têm aumentado de maneira expressiva nos últimos anos, sobretudo pelo modo de vida moderna. Eles podem ter consequências importantes na adaptação social, visto que alteram a qualidade das relações interpessoais, pois podem afetar o exercício das atividades pessoais e profissionais (CORREIA; LINHARES, 2007). No campo das relações interpessoais, o exercício de função parental, sobretudo a materna, é um dos espaços mais sensíveis ao estado ansioso.

A chegada de uma criança implica transformações desde a gestação, tanto do ponto de vista fisiológico, quanto psíquico e sócio-familiar, porque representa uma transição que faz parte da definição de um novo papel para a mulher. Nesse momento, o suporte social, especialmente do marido, é fundamental. Se tal suporte não for suficiente, o vínculo da díade mãe-bebê pode ser dificultado, tanto no sentido de não se processar quanto no de se exacerbar, gerando sintomas impactantes na vida do casal e dos filhos, que podem se revelar nas fases pré e pós-natal (LORDELO et al., 2006; CORREIA; LINHARES, 2007; FRAGA et al., 2008b). Tal fato pode ser verificado na pesquisa de Fraga et al. (2008a) na qual a presença de sintomas como ansiedade e depressão maternas fizeram com que tais mães tivessem maior dificuldade do que as mães sem os sintomas para formar apego seguro ao filho. O mesmo estudo demonstrou que a ansiedade é mais intensa em mães de prematuros durante a internação na unidade de terapia intensiva neonatal.

Entre os efeitos da ansiedade no desenvolvimento infantil, Rechia e Souza (2010) e Crestani et al. (2010) afirmam que o diálogo mãe-filho pode estar alterado, uma vez que mães ansiosas tendem a falar de modo não sintonizado e excessivo, sem oferecer turno ao filho, o que dificulta as interações linguísticas e pode prejudicar o desenvolvimento da linguagem da criança. Tais autores afirmam que, a ansiedade materna não pode ser encarada como um gerador da dificuldade da criança, mas, como um elemento que se soma às limitações biológicas dos sujeitos investigados e alimenta desta forma, o retardo de aquisição da linguagem.

Esses estudos apontam, portanto, para a importância de se investigar os efeitos da ansiedade nas interações mãe-filho iniciais. Para tanto, fazem-se necessários meios de avaliação das condições maternas, entre elas os estados

emocionais (BECK; STEER, 1993), das condições evolutivas da criança, e das interações mãe-filho. A relevância do estudo da ansiedade materna em relação a seus efeitos, nos bebês, é fundamental visto que, nos primeiros anos de vida, ocorre a constituição psíquica do sujeito. Para Lacan (1938, 2003), a família rege os processos fundamentais do desenvolvimento psíquico, pois é fundamental na educação precoce, na repressão dos instintos e na aquisição da língua.

O bebê advém como sujeito, apesar de entrar num campo de significantes extrafamiliares, pois nasce com competências que necessitam do encontro com um campo de interações, no qual a formação dos laços iniciais com o adulto cuidador aparece como essencial. Isto coloca em cena um bebê ativo, já "falante", desde que encontre um parceiro de interações (BERNARDINO, 2008). Esse fato também é ressaltado por Guedenay, Mintz e Dugravier (2007) ao afirmarem a existência de três elementos que contribuem para o desenvolvimento inicial: as capacidades inatas, a curiosidade do bebê e o contexto relacional capaz de investir nesses elementos que o bebê traz consigo. Os índices de risco ao desenvolvimento infantil (IRDIs) (KUPFER, 2008; JERUSALINSKY, 2010) constituem um protocolo que permitem uma avaliação dinâmica dessas interações iniciais da mãe e do bebê e, ao mesmo tempo, das condições de um e de outro.

Os IRDIs foram construídos a partir de quatro eixos teóricos: **a suposição de um sujeito** (a mãe toma as reações do bebê, mesmo que involuntárias, como uma produção de um sujeito), **o estabelecimento de uma demanda** (a mãe supõe que as produções do bebê são um pedido a ela e se coloca em posição de resposta), **alternância entre presença e ausência** (a mãe não está sempre presente ou ausente) e **função paterna ou alterização** (o bebê é referido a uma ordem simbólica) (KUPFER; VOLONTOLINI, 2005; LERNER; KUPFER, 2008; JERUSALINSKY, 2010). Esses eixos embasam a formulação de índices cuja ausência prevê risco ao desenvolvimento infantil, com maior ênfase no risco psíquico. Tais índices foram investigados em pesquisa multicêntrica em vários centros no Brasil, na qual aproximadamente 390 bebês foram acompanhados de 1 a 18 meses e reavaliados aos 3 anos por psiquiatras e psicanalistas. A avaliação aos 3 anos permitiu comprovar estatisticamente que 18 índices são capazes de prever alteração no desenvolvimento e, quando agrupados em determinadas faixas etárias, o risco psíquico. Pela importância e sensibilidade comprovada de tais índices na

realidade brasileira, esta pesquisa optou por investigá-los diante de situações em que as mães estivessem apresentando sintoma ansioso.

Por isso, o objetivo desta pesquisa foi investigar comparativamente as associações entre a ausência ou presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil e presença ou ausência de estado ansioso materno, investigando associações com as variáveis socioeconômicas e demográficas, obstétricas e psicossociais.

Método

Esta pesquisa é do tipo quantitativa descritiva, com caráter casual comparativo sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê (WEBBY; O'CONNOR, 2001). A amostra foi constituída de 182 mães e seus bebês, estes nascidos a termo ou pré-termo, em um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul, cujos bebês passaram pela triagem auditiva neonatal no período de março a junho de 2010. Foram excluídos da pesquisa os bebês que nasceram com malformações ou síndromes e deficiência auditiva, devido ao comprometimento desses fatores ao desenvolvimento da criança e também bebês cujas mães apresentaram estrutura psíquica muito comprometida tais como psicose, esquizofrenia, etc.

De acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), as mães foram contatadas no serviço de triagem auditiva neonatal e foram convidadas a participar da pesquisa, a partir do esclarecimento de seus objetivos e procedimentos, e leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. Uma vez de acordo com a pesquisa, assinaram tal termo e iniciaram-se os procedimentos de coleta. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética institucional sob número de CAAE 0284.0.243.000-09.

A coleta dos dados foi realizada pela psicóloga/pesquisadora em uma sala reservada para essa finalidade, no próprio hospital, tendo a duração aproximada de 30 minutos.

Inicialmente, realizou-se uma entrevista com o objetivo de investigar a história obstétrica das mães e obter os dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e

psicossociais sendo que a entrevista da experiência da maternidade foi baseada no trabalho de Schwengber e Piccinini (2004) e encontra-se no Apêndice A.

As variáveis socioeconômicas foram à renda familiar, escolaridade e profissão. As variáveis demográficas foram à idade, estado civil e número de filhos. As variáveis obstétricas foram número de gestações, número de partos, história de aborto, partos prematuros, tipo de parto, número de consultas pré-natais, planejamento da gestação, baixo peso, intercorrências com o recém-nascido e tipo de aleitamento. As variáveis psicossociais foram: suporte social, histórico de doença mental na família e dificuldade na constituição da experiência materna.

Os dados obtidos nessa entrevista foram codificados sendo construído um banco de dados em uma planilha eletrônica (Excel). Entre eles, criou-se uma codificação para a presença ou ausência de dificuldade na constituição da experiência materna (DCEM). Tal dado foi avaliado a partir de duas questões abertas presentes na entrevista, que são: se há histórico de doença mental na família e se está passando por alguma crise situacional (ou seja, por algum problema familiar, pessoal, no momento, em que possam estar gerando sentimentos e dificuldades em relação à maternidade). Conforme as respostas a essas questões; foram codificadas a presença ou a ausência de dificuldade na constituição da experiência da maternidade. Para codificar a presença de dificuldade na constituição da experiência materna, observou-se na entrevista falta de manejo com os bebês, sentimento de incapacidade para cuidá-los, cansaço exagerado, desesperança, apatia, tensão e irritabilidade, além de conflitos familiares (sogra quer separar, prisão do marido, dificuldade no relacionamento com os pais), e ainda conflitos conjugais (brigas constantes com o marido, separação recente e marido deprimido). Diante disso, a codificação para a ausência de dificuldade foi identificada na entrevista em que as mães demonstravam boa interação com seu bebê, tinham bom suporte social, não havia histórico de doença mental na família e não estavam passando por crise situacional.

Realizada a entrevista, as mães foram convidadas a responder ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (BECK; STEER, 1993), escolhido pela possibilidade de realizar-se uma avaliação ágil e que permite comparação com outros estudos realizados na realidade brasileira (COUTO et al., 2009; SCHMIDT; ARGIMON, 2009). Tal escala considera a presença clínica de ansiedade a partir do estágio leve.

Os valores dos níveis de ansiedade de cada mãe, resultaram na variável incidência de ansiedade materna (BAI).

Durante a entrevista, os índices de risco do desenvolvimento infantil foram observados seguindo a metodologia da pesquisa de Kupfer (2008), a seguir descritos.

Considerando que os bebês avaliados estavam na faixa etária de 0 a 4 meses, os cinco IRDIs iniciais na escala foram observados na interação entre mãe e bebê e também, em caso de ausência com a mãe na interação com a pesquisadora, como o IRDI 3 que versa sobre a criança reagir ao manhês. Os cinco IRDIs foram:

1 - Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. Este índice foi observado a partir de situações em que a mãe supunha que o bebê queria algo e se ela conseguia atribuir uma interpretação possível a esta demanda como, por exemplo, comer, dormir, mudar de posição, etc.

2 - A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). Aqui foi analisada a interação entre a mãe e a criança em termos de sintonia, não só se a mãe falava em manhês, mas se sua fala era sintonizada às produções do bebê.

3 - A criança reage ao manhês. Neste item, foi observado se a criança se engajava na protoconversa, e, sobretudo, se buscava ativamente tal participação. Como algumas mães, em função do estado emocional depressivo e/ou ansioso, não conseguiam conversar com os filhos de modo sintonizado, a pesquisadora buscou fazer isso com os bebês e analisar tal resposta quando isso ocorria.

4 - A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. Aqui foi observada a capacidade de a mãe esperar a resposta do filho, ou seja, de conferir-lhe turno durante a protoconversa.

5 - Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. Este item foi observado apenas com a mãe durante os momentos de protoconversa e/ou de trocas silenciosas entre mãe e bebê.

Os valores dos IRDIs foram obtidos a partir da avaliação da interação mãe-bebê resultando na variável incidência de alteração nos IRDIs.

O acesso a metodologia dos IRDIs deu-se pelo estudo da pesquisa multicêntrica e a momentos de formação com a pesquisadora Sílvia Eugênia Molina,

responsável pela coleta da pesquisa multicêntrica sobre os IRDIs no Rio Grande do Sul (KUPFER, 2008).

A seguir foi filmada uma breve interação da mãe com o bebê durante 10 minutos, procurando fazê-lo a distância de modo a interferir o mínimo possível na relação da díade. A instrução dada às mães é que conversassem e/ou brincassem com seus bebês como fazem em casa. O objetivo de tal filmagem foi registrar a interação para que houvesse uma segunda avaliação dos IRDIs por outro revisor experiente. Como alguns bebês estavam dormindo durante e após a entrevista, no prazo de uma semana buscou-se reavaliar os IRDIs em seu domicílio. Portanto, houve a conferência de todos os índices de risco até que se pudesse obter um valor (presente ou ausente) para cada um.

A análise quantitativa dos dados foi efetuada por meio da estatística descritiva e inferencial. Foram utilizados os testes não-paramétricos U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis com comparações múltiplas e o coeficiente de correlação Gama. Foi utilizado o nível de significância de 5%. O software utilizado para tais análises estatísticas foi o pacote computacional *Statistica 9.0*.

Resultados

Na tabela 1 são apresentadas as frequências de mães classificadas quanto aos níveis de ansiedade.

Tabela 1. Distribuição das mães pelos níveis de ansiedade.

Nível de ansiedade nas mães (BAI)	f(%)
Mínimo	127(69,8)
Leve	32(17,6)
Moderado	15(8,2)
Grave	8(4,4)
Total	182(100,0)

Observa-se, na tabela 1, que aproximadamente 70% das mães não apresentaram estado ansioso preocupante e que o nível leve de ansiedade materna foi o segundo mais frequente. Esta amostra, portanto, não apresentou estado ansioso de modo importante.

Na tabela 2, são apresentadas as frequências dos bebês pelos níveis de risco para o desenvolvimento infantil.

Tabela 2. Distribuição dos bebês nos níveis de risco para o desenvolvimento infantil

Nível de risco de desenvolvimento infantil (IRDIs)	f(%)
Nenhum ausente/sem risco	137(75,3)
1 a 2 ausentes	29(16,0)
3 a 4 ausentes	15(8,2)
5 ausentes	1(0,5)
Total	182(100,0)

Percebe-se, na tabela 2, que a maior parte da amostra 75,3% não apresentou IRDIs ausentes.

Na tabela 3, são apresentados os níveis de ansiedade materna (BAI) em relação aos fatores de risco socioeconômicos e demográficos.

Tabela 3. Distribuição dos níveis de ansiedade (BAI) e seus fatores de risco socioeconômicos e demográficos para a amostra (n = 182) do estudo.

Fatores de risco	Níveis de ansiedade (BAI) (%)					p
	Nº mães (%)	Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
Socioeconômicos						
Renda familiar (s.m.)						
Menos de 1	52 (29,4)	30(57,7)	13(25,0)	6(11,5)	3(5,8)	0,030*
De 1 a 2,9	103 (58,2)	76(73,8)	15(14,6)	7(6,8)	5(4,9)	
3 ou mais	22 (12,4)	19(86,4)	2(9,1)	1(4,6)	0(0,0)	
Escolaridade						
Fundam./analfabeto	78 (42,9)	52(66,7)	15(19,2)	4(5,1)	7(9,0)	0,689
Médio	90 (49,5)	64(71,1)	16(17,8)	9(10,0)	1(1,1)	
Superior	13 (7,1)	10(76,9)	1(7,7)	2(15,4)	0(0,0)	
Profissão						
Dona de casa	98 (53,9)	64(65,3)	20(20,4)	9(9,1)	5(5,1)	0,169
Outra	84 (46,1)	63(75,0)	12(14,3)	6(7,1)	3(3,6)	
Demográficos						
Idade (anos)						
Menor que 20	34 (18,7)	23(67,7)	9(26,5)	0(0,0)	2(5,9)	0,071
20 à 34	117 (64,3)	77(65,8)	21(18,0)	13(11,1)	6(5,1)	
35 ou mais	31 (17,0)	27(87,0)	2(6,5)	2(6,5)	0(0,0)	
Estado civil						
Casada/união consen.	156 (85,7)	114(73,1)	26(16,7)	11(7,1)	5(3,2)	0,021*
Solteira	19 (10,4)	8(42,1)	6(31,6)	4(21,1)	1(5,3)	
Outro	7 (3,9)	5(71,4)	0(0,0)	0(0,0)	2(28,6)	
Número de filhos						
1	88 (48,4)	59(67,1)	21(23,9)	6(6,8)	2(2,3)	0,061
2	53 (29,1)	43(81,1)	5(9,4)	4(7,6)	1(1,9)	
3 ou mais	41 (22,5)	25(61,0)	6(14,6)	5(12,2)	5(12,2)	
Total	182 (100,0)	127 (69,8)	32 (17,6)	15 (8,2)	8 (4,4)	

s.m. = salário mínimo. Dados faltantes: renda familiar (5); escolaridade (1). *Significativo: $p \leq 0,05$.

Observa-se que existe diferença significativa nos níveis de BAI quanto à renda familiar ($p = 0,030$) e estado civil ($p = 0,021$). Considerou-se que as mães que vivem com os pais, na forma de união estável, também eram casadas.

Em função da significância do teste de comparações múltiplas, as variáveis significativas foram recodificadas em duas faixas e aplicado o teste U de Mann-Whitney. O fator de risco renda familiar recodificado para duas faixas (menos de 1 salário mínimo e 1 salário mínimo ou mais) foi significativo ($p = 0,019$), ou seja, o nível de ansiedade materna é maior na faixa de renda menor que um salário mínimo em relação a faixa com mais de um salário mínimo. O fator de risco estado civil recodificado para duas faixas (casada/união consensual e solteira ou outro) foi significativo ($p = 0,010$), ou seja, o nível de ansiedade materna é maior entre as mães solteiras ou outro em relação as mães casadas ou com união consensual. As mães que não tem um parceiro são mais ansiosas que as que dividem o lar com um parceiro fixo.

Na tabela 4, são apresentados os níveis de ansiedade materna (BAI) em função dos fatores de risco obstétricos e psicossociais.

Observa-se que existe diferença significativa nos níveis de BAI quanto à história de aborto e quanto à dificuldade na constituição da experiência materna (DCEM).

Quanto à história de aborto, observam-se níveis de BAI significativamente maiores ($p = 0,033$) entre mães com história de aborto em relação às demais.

Em relação ao fator de risco DCEM, observou-se que o BAI é significativamente maior ($p = 0,001$) entre as mães com dificuldade em realizar a função materna do que as que não apresentaram dificuldade.

Tabela 4. Distribuição dos níveis de ansiedade (BAI) e seus fatores de risco obstétricos e psicossociais para a amostra (n = 182) do estudo.

Fatores de risco	Níveis de ansiedade (BAI) (%)					p
	Obstétricos	Nº mães (%)	Mínimo	Leve	Moderado	
Nº de gestações						
1	77 (42,3)	53(68,8)	18(23,4)	5(6,5)	1(1,3)	0,751
2 à 4	88 (48,4)	63(71,6)	12(13,6)	8(9,1)	5(5,7)	
5 ou mais	17 (9,3)	11(64,7)	2(11,8)	2(11,8)	2(11,8)	
Nº de partos						
1	86 (47,2)	58(67,4)	21(24,4)	6(7,0)	1(1,2)	0,745
2 à 4	82 ((45,1)	60(73,2)	9(11,0)	8(9,8)	5(6,1)	
5 ou mais	14 (7,7)	9(64,3)	2(14,3)	1(7,1)	2(14,3)	
História de aborto						
Sim	32 (17,6)	18(56,3)	6(18,2)	4(12,5)	4(12,5)	0,033*
Não	150 (82,4)	109(72,2)	26(17,2)	12(8,0)	4(2,7)	
Partos prematuros						
Sim	50 (27,5)	32(64,0)	6(12,0)	5(10,0)	7(11,0)	0,103
Não	132 (72,5)	95(72,0)	26(19,8)	10(7,6)	1(0,8)	
Tipo de parto						
Vaginal	68 (37,4)	49(72,1)	13(19,1)	5(7,4)	1(1,5)	0,457
Cesárea	114 (62,6)	78(68,4)	19(16,7)	10(8,8)	7(6,1)	
Nº consultas pré-nat						
Até 5	21 (11,5)	15(71,4)	3(14,3)	1(4,8)	2(9,5)	0,970
6 ou mais	161 (88,5)	112(69,6)	29(18,0)	14(8,7)	6(3,7)	
Gestação						
Planejada	81 (44,5)	59(72,8)	14(17,3)	5(6,2)	3(3,7)	0,655
Não planejada	95 (52,2)	64(67,4)	16(16,8)	10(10,5)	5(5,3)	
Indesejada	6 (3,3)	4(66,7)	2(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	
Baixo peso						
Sim	14 (7,7)	12(85,7)	0(0,0)	1(7,1)	1(7,1)	0,274
Não	168 (91,3)	115(68,4)	32(19,1)	14(8,3)	7(4,2)	
Intercorrências com RN						
Sim	59 (32,8)	40(67,8)	8(13,6)	6(10,2)	5(8,5)	0,487
Não	121 (67,2)	85(70,3)	24(19,8)	9(7,4)	3(2,5)	
Tipo de aleitamento						
Materno exclusivo	127 (69,8)	90(70,9)	22(17,3)	9(7,1)	6(4,8)	0,158
Artificial	18 (9,9)	15(83,3)	2(11,1)	1(5,6)	0(0,0)	
Mais de 1	37 (20,3)	22(59,5)	8(21,6)	5(13,5)	2(5,4)	
Psicossociais						
Suporte social						
Nenhum	34 (18,7)	24(70,6)	9(26,5)	1(3,0)	0(0,0)	0,691
Marido	44 (24,2)	30(68,2)	7(15,9)	7(15,9)	0(0,0)	
Mãe	41 (22,5)	27(65,9)	8(19,5)	4(9,8)	2(4,9)	
Outros	17 (9,3)	11(64,7)	1(5,9)	2(11,8)	3(17,7)	
Mais de 1 cuidador	46 (25,3)	35(76,1)	7(15,2)	1(2,2)	3(6,5)	
Histórico de doença mental						
Não	146 (80,2)	106(72,6)	25(17,1)	11(7,3)	4(2,7)	0,057
Sim	36 (19,8)	21(58,3)	7(19,4)	4(11,1)	4(11,1)	
DCEM						
Ausente	116 (63,7)	90(76,9)	21(18,1)	5(4,3)	1(0,9)	0,001*
Presente	66 (36,3)	38 (56,7)	11 (16,7)	10(15,2)	7(10,6)	
Total	182 (100,0)	127 (69,8)	32 (17,6)	15 (8,2)	8 (4,4)	

RN = recém-nascido; DCEM = dificuldade na constituição da experiência materna. Dados faltantes: intercorrências com RN (2). *Significativo: $p \leq 0,05$.

Na tabela 5, estão representadas as frequências dos níveis do BAI em relação aos IRDIs.

Tabela 5. Distribuição dos níveis de BAI em função dos IRDIs.

IRDIs	Nº díades (%)	Níveis de ansiedade (BAI) (%)			
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave
Sem risco	137 (75,3)	102 (74,5)	22 (16,1)	7 (5,1)	6 (4,4)
1 a 2 ausentes	29 (16,0)	17 (58,6)	6 (20,7)	6 (20,7)	0 (0,0)
3 a 4 ausentes	15 (8,2)	8 (53,3)	4 (26,7)	2 (13,3)	1 (6,7)
5 ausentes	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
Total	182 (100,0)	127 (69,8)	32 (17,6)	15 (8,2)	8 (4,4)

Teste de Kruskal-Wallis: significativo ($p = 0,027$); Coeficiente Gama ($G = 0,35$).

Observa-se que há uma maior proporção de díades com nenhum IRDIs ausentes (75,3%). Mães com maior nível de ansiedade tendem a ter bebês com maior número de IRDIs ausentes embora este resultado possua fraca significância estatística.

O Coeficiente Gama entre os níveis de BAI e os níveis dos IRDIs indica uma correlação média fraca, possivelmente pela pequena frequência de dados nas faixas de maior grau de ansiedade, bem como pelo fato de haver poucas díades com mais indicadores ausentes.

Quando a variável IRDIs foi recategorizada para duas faixas (ausência de alteração e presença de alguma alteração nos IRDIs) o BAI foi significativo ($p = 0,019$) entre essas faixas, ou seja, em bebês que apresentaram pelo menos um indicador de risco ausente, suas mães tinham maior nível de ansiedade, conforme se pode visualizar na tabela 6.

Tabela 6. Distribuição dos níveis de ansiedade (BAI) em função dos IRDIs recategorizados.

IRDIs	Nº díades (%)	Níveis de ansiedade (BAI) (%)			
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave
Sem risco	137 (75,0)	102 (74,4)	22 (16,1)	7 (5,1)	6 (4,4)
1 ou mais ausentes	45 (25,0)	25 (55,6)	10 (22,2)	8 (17,8)	2 (4,4)
Total	182 (100,0)	127 (69,8)	32 (17,6)	15 (8,2)	8 (4,4)

Teste U de Mann-Whitney: significativo ($p = 0,019$).

Na tabela 7, verifica-se a frequência dos IRDIs nas mães que apresentaram níveis de ansiedade (BAI) importantes, ou seja, mães consideradas ansiosas na amostra investigada.

Tabela 7. Distribuição dos níveis de ansiedade (BAI) em função dos IRDIs individualizados.

IRDIs ausentes	Total	Níveis de ansiedade (BAI)		
		Leve	Moderado	Grave
1	8	4	3	1
2	5	2	2	1
3	3	1	1	1
4	6	3	2	1
5	7	4	2	1

Verifica-se que os cinco IRDIs investigados aparecem nas mães consideradas ansiosas, ou seja, há a presença de risco para o desenvolvimento infantil nos bebês destas mães. Todavia, os IRDIs 1, 4 e 5 foram os que apresentaram maior frequência de alteração. O IRDI 1 relaciona-se ao fato da **mãe saber o que o bebê quer quando chora ou grita**, ou seja, nas situações em que a mãe supunha que o bebê queria algo e consegue atribuir uma interpretação possível a esta demanda. O IRDI 4 refere-se à observação sobre a **mãe propor algo à criança e aguardar a sua reação**, ou seja, é capaz de conferir-lhe turno durante a protoconversaço. Já o IRDI 5, relaciona-se ao fato de **haver trocas de olhares entre a criança e a mãe**, durante os momentos de protoconversaço e/ou de trocas silenciosas entre mãe e bebê.

Discussão

Os resultados desta pesquisa, apesar da baixa frequência de ansiedade em níveis importantes (de moderada a grave) na amostra estudada, demonstraram que tal estado emocional materno correlaciona-se de modo positivo à ausência de índices de desenvolvimento infantil, ou seja, os bebês dessas mães apresentaram risco maior do que os bebês de mães não ansiosas para seu desenvolvimento. Tal estado ansioso não se converteu, na amostra estudada, em risco psíquico, pois apenas um bebê apresentou tal risco. Neste caso, a mãe possuía estado ansioso grave.

Tais resultados sugerem que vários fatores concorrem para o risco psíquico e do desenvolvimento, inclusive alguns constitucionais dos bebês Guedenay, Mintz e Dugravier (2007), mas sem dúvida a ansiedade pode estar entre eles. Isso possivelmente porque a ansiedade é um sintoma que reflete outros conflitos emocionais que estejam acontecendo com a mãe durante esta transição para a função materna (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006; NUNES et al., 2007; PRADO et al., 2007; FÁVERO; PERES, 2008; PEROSA et al., 2008). É inegável que pode haver predisposição genética para distúrbios nas crianças, todavia quando aliados a sintomas emocionais de suas mães e com presença de um exercício frágil das funções parentais, podem-se criar situações complexas para o desenvolvimento das crianças. Assim, é notória a necessidade de incluir um trabalho continuado com os pais, motivando-os para a busca de sua própria terapia quando diante de conflitos, sobretudo em relação ao exercício das funções parentais (SOUZA et al., 2009). Isso fica claro na amostra estudada quando se observa a correlação estatística entre presença de dificuldade para constituição da experiência da maternidade e presença de ansiedade materna de níveis leve a grave.

Prado et al. (2007) revelam que as características maternas e as características dos bebês podem dificultar ou inviabilizar essa interação inicial. No estudo com gestantes, que apresentaram uma vinculação segura, evidenciaram apego materno fetal alto e sintomas depressivos e ansiosos mínimos (SCHMIDT; ARGIMON, 2009). Na pesquisa comparativa entre gestantes com antecedentes gestacionais adversos (aborto espontâneo recorrente, óbito fetal, prematuridade ou óbito neonatal precoce), e gestantes que não apresentavam esses antecedentes, resultou que estes afetam a qualidade de vida das gestantes aparecendo sintomas de ansiedade e depressão significativos (COUTO et al., 2009).

Para os psicólogos do desenvolvimento na atualidade, existe um aumento da participação do pai nos cuidados com o recém-nascido. Esse incremento na qualidade da participação paterna tende a aparecer em diversos contextos culturais. (NUNES et al. 2007). Evidencia-se que a ausência ou deficiência da figura paterna pode ocasionar consequências negativas para a mãe, o modo como ela vive a gestação e a maternidade demonstrando com isso que a ausência de pai pode ser um *trigger*, ou seja, um gatilho para desencadear um conflito na mulher e, conseqüentemente, para o desenvolvimento mal-adaptativo do bebê. Esse fato pode ser observado na amostra estudada em relação ao estado civil, visto que as mães

com suporte do cônjuge também foram as casadas ou com união consensual e as mesmas apresentaram níveis mínimos de ansiedade, o que foi observado no relato dessas mulheres que, em sua maioria contavam não só com o suporte domiciliar do companheiro-marido, como também, em alguns casos, com a presença física do pai durante a entrevista. Ao contrário, no caso das mães solteiras ou sem companheiro, houve associação positiva com a presença de ansiedade já que estas mulheres estavam realmente sós e sem apoio para o cuidado com o filho. Este aspecto ficou claro nas questões abertas em que relataram livremente como estavam conseguindo ocupar sua nova função.

Outros fatores que se associaram estatisticamente com a presença de ansiedade materna na amostra estudada foram a baixa renda e maior número de filhos, fator que determina a presença de incerteza em relação ao futuro familiar e história de aborto. Há autores (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006) que afirmam que a maior renda e a maior faixa etária da mulher diminuem o risco, ao passo que a presença de intercorrências com o recém-nascido e maior número de filhos vivos aumentam o risco de ansiedade puerperal.

A presença de histórico de doença mental na família foi outro aspecto associado à presença de ansiedade materna. Segundo Cid, Matsukura e Silva (2007), o desenvolvimento infantil é influenciado por aspectos genéticos, biológicos e ambientais que, quando associados a consequências negativas para o desenvolvimento, são chamados de *fatores de risco*. As características familiares que são consideradas de risco são: *baixa renda, baixa escolaridade dos pais, estresse familiar, baixo suporte social, discórdia marital, depressão e doença psiquiátrica dos pais*. Os mesmos autores apontam que mães doentes mentais são menos afetivas e menos disponíveis, adotam práticas parentais negativas, apresentam insegurança e ansiedade. Assim, as mães com doenças mentais aumentam o risco de que as crianças, no decorrer de seu desenvolvimento, apresentem problemas de comportamento, dificuldades cognitivas, sociais e até mesmo transtornos mentais.

Outro aspecto a ressaltar é que os IRDIs apresentaram-se eficientes para captar as rupturas relacionais na díade mãe-bebê. Demonstraram os efeitos tanto de características do bebê, como a menor atividade do mesmo diante de mães que estavam bem, quanto das mães em estado ansioso. No entanto, fica claro que isso ocorreu de modo mais intenso diante da ansiedade materna, esta se apresentando

como evidência da existência de risco ao desenvolvimento infantil, como afirmam Cid, Matsukura e Silva (2007).

Especificamente em relação à análise descritiva dos IRDIs convém ressaltar o fato de todos os IRDIs, estarem alterados nas díades mães-bebês em que as mães sofrem de ansiedade, com tendência maior de alteração dos IRDIs 1, 4 e 5. Esse resultado demonstra que a ansiedade materna tende a dificultar as trocas da mãe com o bebê de modo geral, tanto na modalidade oral (uso de linguagem particular dirigida ao bebê pela mãe e reação do bebê à mesma) quanto no estabelecimento de demanda (reações da mãe ao choro e demais demandas do bebê), que pode ser manifestada pela mãe de modo oral ou não, quanto na modalidade corporal (troca de olhares entre mãe e bebê). Chama atenção, no entanto, o item 4 em que a mãe pode propor algo, de modo verbal ou não, ao bebê mas não consegue dar turno de resposta ao bebê, o que demonstra que a ansiedade afeta a troca de turnos, elemento essencial à geração do diálogo. Esse fato já foi observado em crianças portadoras de retardos na aquisição da linguagem, cujas mães apresentavam sintomas ansiosos (CRESTANI, 2010; RECHIA; SOUZA, 2010). Pode-se afirmar, portanto, que a ansiedade tende a afetar a protoconversaçoão entre mãe e bebê e que deve ser investigada em amostras maiores de mães ansiosas e seus bebês, em estudos de coorte.

Conclusão

Considerando o objetivo inicial de analisar comparativamente as possíveis associações entre a ausência ou presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil e presença ou ausência de estado ansioso materno, os resultados desta pesquisa demonstraram que há uma associação positiva entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e estado materno ansioso.

Sugeriram, também, que o risco ao desenvolvimento infantil é multifatorial, abrangendo aspectos constitucionais do bebê e relacionais com o ambiente, sobretudo a mãe, por isso, não se pode afirmar uma relação de causa-efeito entre presença de ansiedade materna e presença de risco ao desenvolvimento infantil.

A ansiedade parece, por outro lado, ser um sintoma visível, entre outros possíveis, de problemáticas pessoais que afetam a constituição da experiência da

maternidade em algumas mulheres e que podem trazer risco ao desenvolvimento do bebê.

Referências

BECK, A. T.; STEER, R. A. **Beck Depression Inventory Manual**. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.

BERNARDINO, L.M.F. Da representação plural do Outro na primeira infância e suas consequências. 2008. In: Formação de profissionais e a criança-sujeito, 7, São Paulo. **Proceedings online**. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100003&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 20 set. 2010.

CID, M. F.B.; MATSUKURA, T. S.; SILVA, M. D. P. O impacto da saúde mental materna: estilo parental, suporte social e desenvolvimento sócio-emocional dos filhos. CoPG. CONGRESSO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 7 e JORNADA CIENTÍFICA DA UFSCar CONGRESSO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 4, São Carlos. **Anais**. UFSCar, v. 3. p. 1634, 2007.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.15, n. 4, 2007.

COUTO, E.R. et al. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. **Med. J.** [online]. v. 127, n. 4, p.185-189. 2009.

CRESTANI, A.H. et al. A Experiência da Maternidade e a Dialogia Mãe-Filho com Distúrbio de Linguagem. **Rev CEFAC**, 2010.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 3, p. 171-178, 2006.

FAVERO, M. S.; PERES, R. S. Avaliação de ansiedade e depressão em mães de bebês prematuros e mães de bebês a termo, ENCONTRO INTERNO, 8, SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 12, **Anais**. Convênios CNPQ/UFU & FAPEMIG/UFU, 2008.

FRAGA, D. A. et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. **Rev Psicol. Reflex. Crit**, v.21, n.1, 2008a.

_____. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**. v.13, n. 2, 2008b.

GUEDENAY, A.; MINTZ, A.S. ; DUGRAVIER, R. Risques développementaux chez Le nourrisson de La naissance à 18 mois. **Psychiatrie/Pédopsychiatrie**. Paris: Elsevier Masson SAS, v.37, p. 195-200, 2007.

JERUSALINSKY, A. N. Psicopatologia dos bebês: entre as neurociências e a psicanálise. In: BARBOSA, D.C.; PARLATO-OLIVEIRA, É. (orgs). **Psicanálise e clínica com bebês**: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância. São Paulo: Instituto Langage, 2010.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. **Rev. Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 21, n. 3, 2005.

KUPFER, M. C. M. **Relatório de Pesquisa Multicêntrica** – IRDIs, CNPq, 2008.

_____. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. 2008. Disponível em:
http://www.fmcsv.org.br/pdf/FMCSV_pesquisa_multicentrica_indicadores_cl%C3%.
Acesso em: 08 out. 2010.

LACAN, J. Os complexos familiares na formação do indivíduo. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. (Original publicado em 1938).

LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Org.). **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: FAPESP/Escuta, 2008.

LORDELO, E.R. et al. Investimento parental e desenvolvimento da criança. **Estudos de Psicologia**, RN, v. 11, n. 3, p. 257-264, 2006.

NUNES, S.A.N. et al. Interações sociais precoces: uma análise das mudanças nas funções parentais. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** v.17, n. 3, 2007.

PEROSA, G.B.; SILVEIRA, F.C.P; CANAVEZ, I.C. Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis. **Rev. Psicologia Teoria e Pesquisa** v.24, n.1, Brasília, jan./mar, 2008.

PRADO, A. B.; PIOVANOTTI, M.R.A.; VIEIRA, M.L. Concepções de pais e mães sobre comportamento paterno real e ideal. 2007. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n.1, p. 54-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 14 set. 2010.

RECHIA, I.C.; SOUZA, A.P. Funções parentais e dialogia em casos de retardo de aquisição da linguagem com limitações práticas. **Psicologia em Estudo**, v.15, 2010.

SCHMIDT, E.B.; ARGIMON, I.I.L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia** (Ribeirão Preto) [online]. v.19, n. 43, p. 211-220, 2009.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre. In: _____. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psic. Teor. e Pesq.** [online]. v. 20, n. 3, p. 233-240, 2004.

SOUZA, A. et al. A entrevista continuada na clínica de linguagem infantil. **Fractal: Rev. de Psic.**, v. 21, n. 3, p. 601-612. 2009.

WEBBY, R.; O'CONNOR, M. Judgmental time-series forecasting using domain knowledge. In: ARMSTRONG, J. **Principles of forecasting**: a handbook for researchers and practitioners. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2001.

4 Artigo 2 - CONSTITUIÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE E ÍNDICES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL³

Resumo

Este artigo tem como objetivos analisar a possível relação entre dificuldade na constituição da experiência da maternidade e a presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil, bem como a interferência ou não de variáveis psicossociais e obstétricas em ambos aspectos. A metodologia aplicada foi do tipo quantitativa descritiva, com caráter casual comparativo sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê. A amostra foi constituída de 182 mães e seus bebês, estes nascidos a termo ou pré-termo, em um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada sobre a experiência da maternidade com as mães e aplicado um protocolo de índices de desenvolvimento infantil com a díade. A análise estatística deu-se sobre o cruzamento dos resultados de ambas avaliações. Os resultados demonstraram que a presença de dificuldades na constituição a experiência da maternidade correlacionou-se estatisticamente com a presença de risco ao desenvolvimento infantil. As variáveis psicossociais e obstétricas não apresentaram interferência significativa nos resultados. As considerações finais sistematizam os argumentos apresentados e destacam que as dificuldades na constituição da experiência da maternidade são fatores de risco grave para o aparecimento de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil, pois alterações no comportamento de quem exerce a função materna se refletem já na protoconversa inicial da díade mãe-bebê, o que pode gerar risco ao desenvolvimento infantil de um modo geral, e à aquisição da linguagem em particular.

Palavras-chave: comunicação humana, psicologia do desenvolvimento, ansiedade materna, interação mãe-bebê.

³ Artigo elaborado para publicação na Revista Psicologia Reflexão e Crítica.

Abstract

The objectives of this article was to analyze the possible relation between difficulty on maternal experience constitution and the presence of developmental risk indexes, as well the interference of phsycosocial and obstetric variables in this aspects. The methodology applied was the quantitative descriptive type, comparative casual about behavioral manifestations of the mother-baby interactive process. The sample was made up of 182 moms and their babies, these born in term or pre-term, in a University Hospital in the central region of Rio Grande do Sul, whose babies spent/passed by neonatal hearing screening in the period from March to June 2010. It was held an interview, applied protocol IRDIs and filmed the dyad interaction. The results showed that difficulties on maternal experience constitution were statistical correlated with the presence of developmental risks. The psychosocial and obstetric variables didn't influenced this correlation. The final considerations and arguments systematize highlight that the difficulties in the constitution of the experience of motherhood have serious risk of factors for the emergence of risk indicators for child development, because behavioral alterations in the people who exercise the maternal function reflected on the initial proto conversation of the mother-child dyad, what may created the risk for the child development in general, and for child language acquisition in a specific way.

Keywords: human communication, developmental psychology, maternal anxiety, mother-infant interaction.

Introdução

De acordo com Souza e Santos (2006), cuidar de um filho demanda energia, afeto e atenção. A mãe necessita estar disponível psicologicamente para transmitir carinho e educação, o que implica um envolvimento emocional materno para que a criança se desenvolva mais segura. No entanto, se a mãe está com sintoma emocional, isso pode gerar consequências ao desenvolvimento do filho. Um grande estudo de corte nos serviços de saúde pública Norueguês demonstrou, em 900 famílias, crianças submetidas a um ambiente de estresse e angústia são mais vulneráveis a desenvolver problemas emocionais no futuro (KAREVOLD, 2008).

Isso possivelmente ocorra em função do reflexo do estado emocional materno na sua responsividade às demandas do filho. Responsividade materna se caracteriza por comportamentos maternos contingentes, apropriados e imediatamente relacionados aos comportamentos das crianças. As características mais importantes da interação mãe-bebê são a sincronia, a reciprocidade nas respostas, a contingência, a repetição das sequências dos jogos, a focalização mútua da atenção e a partilha dos estados afetivos. Por isso a importância a responsividade materna, cujas origens e influências podem ser múltiplas, ou seja, sua compreensão deve estar incluída em um sistema amplo de referência que envolva variáveis biológicas, contextuais, da história da díade e culturais (RIBAS; SEIDL-DE-MOURA, 2007).

Piccinini et al. (2007) realizaram estudo com 21 díades mãe-bebê, das quais sete de mães solteiras e quatorze de mães casadas, com o objetivo de investigar a responsividade materna no terceiro mês de vida do bebê. Foram examinadas sequências responsivas e não-responsivas envolvendo o sorriso, as vocalizações e o choro do bebê, revelando diferenças significativas entre os grupos. Entre elas o fato de as mães solteiras terem sido menos responsivas do que as mães casadas, em especial, no que se refere à vocalização e ao choro do bebê. Esses resultados corroboram parte da teoria que indica que as mães solteiras podem sofrer maior estresse quando precisam suprir sozinhas as demandas do bebê, principalmente no seu primeiro ano de vida, o que pode ter implicações para a relação da díade.

As crianças que experienciam uma relação mãe-filho desestruturada podem manifestar respostas afetivas diminuídas, dificuldades de socialização com

estranhos, perturbações do sono, ansiedade de separação exacerbada, perturbações gastrointestinais, falta de apetite ou episódios constantes de vômitos (SMITH; JAFFE, 2007).

No estudo de Ferrari et al. (2007), sugere-se que o bebê imaginado durante a gestação tem um importante impacto para a futura interação mãe-bebê, pois a mãe investe a sua libido no intuito de constituir espaço subjetivo para receber o bebê da realidade. Há, portanto, que se analisar também as condições do bebê ao nascer, sua apetência simbólica e a possibilidade de isso ter influência nas respostas maternas. Sabe-se que o bebê sofre mudanças expressivas nos primeiros meses como o surgimento o sorriso social, uma forma de comunicação intencional, alicerçada nas primeiras trocas intersubjetivas estabelecidas com adultos, que possuem reflexos na cognição social e aquisição da linguagem (AQUINO; SALOMÃO, 2009). Tais características dos bebês interagem com as possibilidades o adulto para cuidar e interagir, gerando distintos estilos, ancorados em bases culturais diversas (LAVELLI; FOGEL, 2005).

Essas observações teóricas permitem a compreensão da enorme importância do estabelecimento e da satisfação das primeiras relações, da possibilidade de um bebê ter para si uma *mãe engajada* e de ele ser um bebê apetente simbolicamente. Isso irá se refletir em uma protoconversaçoão já nos primeiros anos de vida. Quando esta protoconversaçoão não está ocorrendo a contento, há a possibilidade de o bebê apresentar risco psíquico (PARLATO-OLIVEIRA, 2010) ou risco ao desenvolvimento (LERNER; KUPFER, 2008).

Lerner e Kupfer (2008) referem-se a risco psíquico como sinais de sofrimento psíquico, indicadores que mostram que algo não vai bem no desenvolvimento infantil, contudo, não significa sinais de uma doença não sendo possível prever ou evitar doenças que poderão se estruturar.

Uma pesquisa multicêntrica brasileira, com bases teóricas psicanalíticas, demonstrou que 18 indicadores, investigados em um estudo de coorte de crianças de 1 a 36 meses, permitem prever risco ao desenvolvimento infantil (KUPFER, 2008) nas faixas etárias de 1 a 18 meses, e deste modo identificar quando algo não está ocorrendo a contento na díade mãe-bebê. Tal pesquisa investigou variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais, bem como aspectos específicos do desenvolvimento infantil, visto que seu desfecho deu-se pela avaliação psicanalítica e psiquiátrica das crianças aos três anos. A pesquisa deixa claro que a análise dos

índices de risco ao desenvolvimento infantil (IRDIs) se dá na observação da relação entre o agente que exerce a função materna e o bebê. Considerando esse foco interacional, a hipótese deste estudo é que a análise dos IRDIs poderia refletir problemas tanto na apetência simbólica do bebê quanto a presença de dificuldades na constituição da experiência da maternidade, que podem relacionar-se a estados emocionais maternos alterados (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006; CORREIA; LINHARES, 2007; FÁVERO; PERES, 2008; COUTO et al., 2009), ou a dificuldade de se imaginar no papel materno, entre outros elementos que podem interferir nessa constituição (LAVELLI; FOGEL, 2005; FERRARI et al., 2007; FRAGA et al., 2008).

Considerando tais aspectos, este estudo objetiva analisar a associação entre dificuldade na constituição da experiência da maternidade e a presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil e com a interferência ou não de variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais.

Método

Esta pesquisa é do tipo quantitativa descritiva, com caráter casual comparativo sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê (WEBBY; O'CONNOR, 2001). A amostra foi constituída de 182 mães e seus bebês, estes nascidos a termo ou pré-termo, em um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul, cujos bebês passaram pela triagem auditiva neonatal no período de março a junho de 2010. Foram excluídos da pesquisa os bebês que nasceram com malformações ou síndromes e deficiência auditiva, devido ao comprometimento que esses fatores acarretam ao desenvolvimento da criança e também bebês cujas mães apresentaram estrutura psíquica muito comprometida tais como psicoses, etc. A amostra foi calculada a partir do total de bebês a termo e pré-termo que freqüentam este serviço e tendo como referência a prevalência de estados emocionais maternos, tais como a depressão e/ou ansiedade, estimada em 15% em alguns estudos na realidade brasileira.

De acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), as mães foram contatadas no serviço de triagem auditiva neonatal e foram convidadas a participar da pesquisa. Foram esclarecidas quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa e, após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, as que

concordaram assinaram o mesmo. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética institucional sob número de CAAE 0284.0.243.000-09.

A coleta dos dados foi realizada pela psicóloga/pesquisadora em uma sala reservada para essa finalidade, no próprio hospital, tendo a duração aproximada de 30 minutos.

Inicialmente, realizou-se uma entrevista com o objetivo de investigar a história obstétrica das mães e obter os dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psicossociais sendo que a entrevista da experiência da maternidade foi baseada no trabalho de Schwengber e Piccinini (2004). Durante tal entrevista já foram descartadas da amostra as díades que não atendiam os critérios de inclusão.

As variáveis socioeconômicas foram renda familiar, escolaridade e profissão. As variáveis demográficas foram idade, estado civil e número de filhos. As variáveis obstétricas foram número de gestações, número de partos, história de aborto, partos prematuros, tipo de parto, número de consultas pré-natais, planejamento da gestação, baixo peso, intercorrências com o recém-nascido e tipo de aleitamento. As variáveis psicossociais foram suporte social, histórico de doença mental na família e dificuldade na constituição da experiência materna.

Os dados obtidos nessa entrevista foram codificados sendo construído um banco de dados em uma planilha eletrônica (Excel). Entre eles, criou-se uma codificação para a presença ou ausência de dificuldade na constituição da experiência materna (DCEM). Tal dado foi avaliado a partir de duas questões abertas presentes na entrevista do protocolo, que foram: se há histórico de doença mental na família (familiares da mãe, do marido ou de convívio próximo); e se está passando por alguma crise situacional, ou seja, por algum problema familiar, pessoal, no momento, que possam estar gerando sentimentos e dificuldades em relação à maternidade. As respostas a essas questões foram codificadas como presença ou ausência de dificuldade, sem mensuração da gravidade ou não da mesma. Para codificar a presença de dificuldade na constituição da experiência materna, observou-se na entrevista falta de manejo com os bebês, sentimento de incapacidade para cuidá-los, cansaço exagerado, desesperança, apatia, tensão e irritabilidade, além de conflitos familiares (sogra quer separar, prisão do marido, dificuldade no relacionamento com os pais), e ainda conflitos conjugais (brigas constantes com o marido, separação recente e marido deprimido). Diante disso, a codificação para a ausência de dificuldade foi identificada na entrevista em que as

mães demonstravam boa interação com seu bebê, tinham bom suporte social, não havia histórico de doença mental na família e não estavam passando por crise situacional.

Considerando que os bebês avaliados estavam na faixa etária de 0 a 4 meses, os cinco IRDIs iniciais na escala foram observados na interação entre mãe e bebê e também, em caso de ausência com a mãe na interação com a pesquisadora, como o IRDI 3 que versa sobre a criança reagir ao manhês. Os cinco IRDIs foram:

1 - **Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.** Este índice foi observado a partir de situações em que a mãe supunha que o bebê queria algo e se ela conseguia atribuir uma interpretação possível a esta demanda como, por exemplo, comer, dormir, mudar de posição, etc.

2 - **A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).** Aqui foi analisada a interação entre a mãe e a criança em termos de sintonia, não só se a mãe falava em manhês, mas se sua fala era sintonizada às produções do bebê.

3 - **A criança reage ao manhês.** Neste item se observou se a criança se engajava na protoconversa, e, sobretudo, se buscava ativamente tal participação. Como algumas mães, em função do estado emocional depressivo e/ou ansioso, não conseguiam conversar com os filhos de modo sintonizado, a pesquisadora buscou fazer isso com os bebês e analisar tal resposta quando isso ocorria.

4 - **A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.** Aqui foi observada a capacidade de a mãe esperar a resposta do filho, ou seja, de conferir-lhe turno durante a protoconversa.

5 - **Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.** Este item foi observado apenas com a mãe durante os momentos de protoconversa e/ou de trocas silenciosas entre mãe e bebê.

Os valores dos IRDIs foram obtidos a partir da avaliação da interação mãe-bebê resultando na variável incidência de alteração nos IRDIs.

A metodologia deste trabalho seguiu o protocolo dos IRDIs da pesquisa multicêntrica de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil (KUPFER, 2008).

Cabe ressaltar que os IRDIs foram aplicados durante a entrevista com a mãe e logo após a mesma. A seguir foi filmada uma breve interação da mãe com o bebê durante 10 minutos, procurando fazê-lo a distância de modo a interferir o mínimo possível na relação da díade. A instrução dada às mães é que conversassem e/ou brincassem com seus bebês como fazem em casa. O objetivo de tal filmagem foi registrar a interação para que houvesse uma segunda avaliação dos IRDIs por outro revisor experiente. Como alguns bebês estavam dormindo durante e após a entrevista, no prazo de uma semana buscou-se reavaliar os IRDIs em seu domicílio. Portanto, houve a conferência de todos os índices de risco até que se pudesse obter um valor (presente ou ausente) para cada um.

A análise quantitativa dos dados foi efetuada por meio da estatística descritiva e inferencial. Foi utilizado o teste não-paramétrico de independência do qui-quadrado com nível de significância de 5%. Tais análises foram realizadas utilizando-se o pacote computacional *Statistica 9.0*.

Resultados

Na tabela 1, são apresentadas as frequências de ausência e presença de Dificuldade na Constituição da Experiência Materna (DCEM).

Tabela 1. Frequências da ausência e presença de DCEM.

DCEM	f(%)
Não	116 (63,7)
Sim	66 (36,3)
Total	182 (100,0)

Observa-se na tabela 1 que 36,3% das mães apresentaram alguma dificuldade na função materna.

Os níveis de risco para o desenvolvimento infantil são apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Representação percentual dos níveis de risco para o desenvolvimento infantil.

Nível de risco de desenvolvimento infantil (IRDIs)	f(%)
Sem risco	137 (75,4)
1 a 2 ausentes	29 (15,9)
3 a 4 ausentes	15 (8,2)
5 ausentes	1 (0,5)
Total	182 (100,0)

Percebe-se, na tabela 2, que a maior parte da amostra (75,4%) não apresentou índices de risco, ou seja, as díades estão com boa interação e saudáveis. Observa-se que 24,6% das díades deste estudo apresentaram pelo menos um indicador de risco.

Na tabela 3, estão representadas as frequências dos IRDIs em relação aos fatores de risco socioeconômicos e demográficos.

Tabela 3. Distribuição dos IRDIs e seus fatores de risco socioeconômicos e demográficos para a amostra (n = 182) do estudo.

Fatores de risco	Nº mães (%)	Índices de risco (IRDIs) (%)		p
		Ausente	Presente	
Socioeconômicos				
Renda familiar (s.m.)				
Menos de 1	52(28,6)	35(67,3)	17(32,7)	0,120
Mais de 1	125(68,7)	98(78,4)	27(21,6)	
Escolaridade				
Fundam./analfabeto	78 (42,9)	56(71,8)	22(28,2)	0,662
Médio	90 (49,5)	70(77,8)	20(22,2)	
Superior	13 (7,1)	10(76,9)	3(23,1)	
Profissão				
Dona de casa	98 (53,8)	70(71,4)	28(28,6)	0,194
Outra	84 (46,2)	67(79,8)	17(20,2)	
Demográficos				
Idade (anos)				
Menor que 20	34 (18,7)	26(76,5)	8(23,5)	0,565
20 a 34	117 (64,3)	90(76,9)	27(23,1)	
35 ou mais	31 (17,0)	21(67,7)	10(32,3)	
Estado civil				
Casada/união consen.	156 (85,7)	120(76,9)	36(23,1)	0,207
Solteira	26 (14,3)	17(65,4)	9(34,6)	
Número de filhos				
1 ou 2	1421 (77,5)	108(76,6)	33(23,4)	0,444
3 ou mais	41 (22,5)	29(70,7)	12(29,3)	
Total	182 (100,0)	137(75,3)	45(24,7)	

s.m. = salário mínimo. Dados faltantes: renda familiar (5); escolaridade (1). *Significativo $p \leq 0,05$.

Observa-se que não existe diferença significativa nas proporções dos IRDIs nas faixas das variáveis socioeconômicas e demográficas testadas.

As frequências dos IRDIs em relação aos fatores de risco obstétricos e psicossociais são apresentadas na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos IRDIs e seus fatores de risco obstétricos e psicossociais para a amostra (n = 182) do estudo.

Fatores de risco		Índices de risco (IRDIs) (%)		
Obstétricos	Nº mães (%)	Ausente	Presente	p
Nº de gestações				
1	77 (42,3)	57(74,0)	20(26,0)	0,183
2 a 4	88 (48,4)	70(79,5)	18(20,5)	
5 ou mais	17 (9,3)	10(58,8)	7(41,2)	
Nº de partos				
1	86 (47,2)	64(74,4)	22(25,6)	0,201
2 a 4	82 (45,1)	65(79,3)	17(20,7)	
5 ou mais	14 (7,7)	8(57,1)	6(42,9)	
História de aborto				
Sim	32 (17,6)	27(84,4)	5(15,6)	0,189
Não	150 (82,4)	110(73,3)	40(26,7)	
Partos prematuros				
Sim	50 (27,5)	38(76,0)	12(24,0)	0,889
Não	132 (72,5)	99(75,0)	33(25,0)	
Tipo de parto				
Vaginal	68 (37,4)	50(73,5)	18(26,5)	0,673
Cesárea	114 (62,6)	87(76,3)	27(23,7)	
Nº consultas pré-natais				
Até 5	21 (11,5)	15(71,4)	6(28,6)	0,664
6 ou mais	161 (88,5)	122(75,8)	39(24,2)	
Gestação				
Planejada	81 (44,5)	62(76,5)	19(23,5)	0,343
Não planejada	95 (52,2)	72(75,8)	23(24,2)	
Indesejada	6 (3,3)	3(50,0)	3(50,0)	
Baixo peso				
Sim	14 (7,7)	11(78,6)	3(21,4)	0,766
Não	168 (92,3)	126(75,0)	42(25,0)	
Intercorrências com RN				
Sim	59 (32,4)	46(78,0)	13(22,0)	0,684
Não	121 (66,5)	91(75,2)	30(24,8)	
Tipo de aleitamento				
Materno exclusivo	127 (69,8)	99(78,0)	28(22,0)	0,027*
Artificial	18 (9,9)	16(88,9)	2(11,1)	
Misto	37 (20,3)	22(59,5)	15(40,5)	
Psicossociais				
Suporte social				
Nenhum	34 (18,7)	25(73,5)	9(26,5)	0,378
Marido	44 (24,2)	30(68,2)	14(31,8)	
Mãe	41 (22,5)	34(83,0)	7(17,0)	
Outros	17 (9,3)	11(64,7)	6(35,3)	
Mais de 1 cuidador	46 (25,3)	37(80,4)	9(19,6)	
Suporte social marido				
Nenhum	34 (18,7)	25(73,5)	9(26,5)	0,376
Marido	44 (24,2)	30(68,2)	14(31,8)	
Outros	104 (57,1)	82(78,8)	22(21,2)	
Histórico de doença mental na família				
Não	146 (80,2)	111(76,0)	35(24,0)	0,636
Sim	36 (19,8)	26(72,2)	10(27,8)	
Total	182 (100,0)	137(75,3)	45(24,7)	

RN = recém-nascido; DCEM = dificuldade na constituição da experiência materna. Dados faltantes: intercorrências com RN (2). * Significativo $p \leq 0,05$.

Observa-se que, na maioria das variáveis, não existe diferença significativa nas proporções dos IRDIs nas faixas das variáveis obstétricas e psicossociais testadas. Somente no tipo de aleitamento, observa-se que as mães que utilizam mais de uma maneira de aleitamento simultaneamente apresentaram uma maior proporção de índices de risco (40,5%), o que se diferenciou estatisticamente em relação as mães que só amamentavam naturalmente ou artificialmente ($p = 0,027$).

Na tabela 5, estão representadas as frequências de presença ou ausência de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs) em relação à dificuldade na constituição da experiência materna (DCEM).

Tabela 5. Distribuição da frequência dos IRDIs em função da presença ou ausência de DCEM.

DCEM	Nº díades (%)	IRDIs (%)		p
		Sem risco	1 ou mais ausentes	
Ausente	116 (63,6)	98(84,5)	18(15,5)	0,000*
Presente	66 (36,3)	39(59,1)	27(40,9)	
Total	182 (100,0)	137(75,3)	45(24,7)	

Em relação ao fator de risco DCEM, observou-se que os IRDIs são significativamente maiores ($p = 0,000$) entre as mães com presença de dificuldade em realizar a função materna do que com as que não apresentaram essa dificuldade, ou seja, há maior proporção de bebês com presença de indicadores de risco em mães com dificuldade para realizar a função materna.

Na tabela 6, verifica-se a frequência dos IRDIs individualizados nas díades que apresentaram DCEM na amostra investigada.

Tabela 6. Distribuição dos níveis de DCEM em função dos IRDIs individualizados.

IRDIs ausentes	Total	DCEM	
		Ausência	Presença
IRDI 1	13	7	6
IRDI 2	12	4	8
IRDI 3	9	3	6
IRDI 4	10	3	7
IRDI 5	13	5	8

Verifica-se que os IRDIs ausentes 1, 2 e 5 foram os que apresentaram maior índice de frequência na dificuldade das mães. O IRDI 1 relaciona-se ao fato da **mãe saber o que o bebê quer quando chora ou grita**, ou seja, nas situações em que a mãe supunha que o bebê queria algo e consegue atribuir uma interpretação possível a esta demanda. O IRDI 2 refere-se a **mãe falar com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)**. Aqui foi analisada a interação entre a mãe e a criança em termos de sintonia, não só se a mãe falava em manhês, mas se sua fala era sintonizada às produções do bebê. Já o IRDI 5 relaciona-se ao fato de **haver trocas de olhares entre a criança e a mãe**, durante os momentos de protoconversa e/ou de trocas silenciosas entre mãe e bebê.

Discussão

Os resultados desta pesquisa, apesar da baixa frequência de DCEM na amostra estudada, demonstraram que a dificuldade na constituição da experiência materna correlaciona-se de modo significativo à presença de IRDIs, ou seja, os bebês dessas mães apresentaram risco maior do que os bebês de mães que não apresentaram tal dificuldade.

Tais resultados sugerem que vários fatores concorrem para o risco psíquico e do desenvolvimento, inclusive alguns constitucionais dos bebês Guedenay, Mintz e Dugravier (2007), o que demonstra que a dificuldade na constituição da experiência da maternidade pode prejudicar as trocas comunicativas entre mãe e bebê, mas não se constitui no único fator a ser considerado na explanação da presença de risco ao desenvolvimento infantil.

Em outro estudo, demonstrou-se que as crianças de mães que apresentam depressão pós-parto, comparadas com aquelas de mães não deprimidas, mostram menor frequência de expressões faciais positivas e mais expressões negativas e maior probabilidade de desenvolver, numa idade precoce, a depressão (SMITH; JAFFE, 2007). Já considerando a depressão masculina (pai), pesquisas demonstram que têm origem nos sentimentos de exclusão face à díade mãe-bebê. Como efeito dessa exclusão, o homem passaria a se ver apenas como uma pessoa provedora, que deve trabalhar e satisfazer as exigências impostas pelo puerpério da mulher (SILVA et al., 2003), o que limitaria o bom convívio familiar. Ambos estudos demonstram que estados emocionais dos progenitores podem prejudicar a dinâmica

familiar e dificultar a constituição do casal em suas funções parentais. No entanto, tais estados não se refletem de modo importante na constituição da experiência da maternidade se há fatores de proteção familiar, como o apoio do cônjuge. Já fatores como o não planejamento da gravidez parecem ter efeito mais nocivo tanto para o surgimento de estados emocionais maternos alterados quanto na constituição da experiência da maternidade (PRETTO, 2010). Nesta pesquisa, este efeito não foi observado quando se analisaram as variáveis obstétricas e psicossociais, considerando a diferença entre mães com e sem DCEM.

Diversos autores têm enfatizado que a relação da mãe com o bebê existe desde antes da gravidez, nas fantasias da mulher relacionadas com a possibilidade de ter um filho. Isso faz que, durante a gravidez, a mãe antecipe o nascimento do filho, a partir das marcas deixadas pela sua própria história e personifique o feto atribuindo-lhe características e personalidade. Assim que o bebê nasce, essa imagem será mais ou menos confirmada, fazendo com que a mãe tenha que interpretar e adivinhar suas necessidades, pois o nascimento de um bebê nunca corresponde completamente àquilo que a mãe esperava (FERRARI et al., 2007). Diante disso, a mãe necessita fazer o luto do feto e o da gravidez, substituindo-os por uma relação mãe-bebê que deve ter a referência no pai da criança e no seu nome. Possivelmente, muitos fatores, ainda não detalhados nesta análise, estejam influenciando as mães com DCEM desta amostra para apresentarem dificuldades em fazer tal transição. Por hora, é possível afirmar, no entanto, que tais fatores apresentam uma correlação estatisticamente significativa com a alteração na protoconversaç o inicial entre mãe e bebê, visualizável pelos IRDIs. Para tanto, novas análises dos dados serão necessárias, pois se sabe que múltiplos são os fatores que interferem em cada espaço de cuidado da mãe em relação ao seu bebê. Isso fica claro em estudos sobre aleitamento (CARDOSO; BIANCHI, 2007); sobre distúrbios alimentares (SOUZA; SANTOS, 2006), e sobre as interações iniciais (SEIDL-DE-MOURA et al., 2008).

Cabe ressaltar, por fim, o dado da análise qualitativa dos índices mais frequentemente alterados, como a identificação pela mãe do que o bebê quer (IRDI 1), o uso de linguagem particular pela mãe dirigida ao bebê (IRDI 2) e a troca de olhares entre mãe e bebê (IRDI 5), apontam problemas no eixos de suposição de sujeito, estabelecimento de demanda e alternância entre presença e ausência. Considerando que o diálogo é feito da alternância entre os interlocutores e, no caso

da interação entre o adulto e um bebê que ainda não fala, pela suposição de um sujeito, o interlocutor, observa-se em tais alterações o risco para a linguagem do bebê, tendo em vista propostas clínicas que tomem a interação como central para a aquisição e desenvolvimento da linguagem (RECHIA; SOUZA, 2010; WIETHAN et al., 2010; CRESTANI et al., 2010). Talvez a dificuldade na transição entre a gravidez e o lidar com o bebê recém-nascido sejam fatores intervenientes no estabelecimento desses eixos. Os IRDIs alterados sugerem mães que se fazem presentes ou ausentes de modo excessivo e que possuem dificuldades no investimento dialógico com o bebê, pela ausência de um estilo de linguagem particular dirigido ao filho. Esse fato é de especial relevância para o desenvolvimento da linguagem e comunicação tendo em vista estudos psicolingüísticos e psicanalíticos sobre a importância do manhês (CATÃO, 2009; PARLATO-OLIVEIRA, 2010).

Conclusão

A dificuldade na constituição da experiência materna é um fator de risco grave para o aparecimento de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil, ou seja, as mães com essas dificuldades têm maior propensão a não estabelecer alguns eixos básicos do relacionamento com o bebê como a suposição de um sujeito, estabelecimento de demanda e de alternar presença e ausência.

Considerando que alguns dos IRDIs avaliados podem se relacionar mais diretamente com a aquisição da linguagem, como o uso do manhês e da fala sintonizada às ações do bebê e a possibilidade de a mãe propor algo e aguardar a resposta do bebê, a presença da tendência de ansiedade materna alterar tais ações maternas são fatores importantes para o risco à aquisição da linguagem que poderá ser investigado no seguimento desta amostra.

Referências

AQUINO, F.S.B.; SALOMÃO, N.M.R. Contribuições da habilidade de atenção conjunta para a cognição social infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 233-241, 2009.

CARDOSO, L.; BIANCHI, J.J.P. **Aleitamento materno**: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Minho, 2007.

CATÃO, I. **O bebê nasce pela boca**: voz, sujeito e clínica do autismo. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 15, n. 4, 2007.

COUTO, E.R. et al. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. **Med. J.** [online]. v. 127, n. 4, p.185-189, 2009.

CRESTANI, A.H. et al. A Experiência da Maternidade e a Dialogia Mãe-Filho com Distúrbio de Linguagem. **Rev CEFAC**, 2010.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 3, p. 171-178. 2006.

FAVERO, M. S.; PERES, R. S. Avaliação de ansiedade e depressão em mães de bebês prematuros e mães de bebês a termo, ENCONTRO INTERNO, 8, SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 12, **Anais**. Convênios CNPQ/UFU & FAPEMIG/UFU, 2008.

FRAGA, D. A. et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. **Rev Psicol. Reflex. Crit**, v.21, n.1, 2008.

FERRARI, A.G.; PICCININI, C.A.; LOPES, R.C.S. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.12, n.2, p. 305-313, 2007.

GUEDENAY, A.; MINTZ, A.S.; DUGRAVIER, R. Risques développementaux chez Le nourrisson de La naissance à 18 mois. **Psychiatrie/Pédopsychiatrie**. Paris: Elsevier Masson SAS, v.37, p. 195-200, 2007.

KAREVOLD, E. Family stress and child's temper extremes contribute to anxiety and depression in children and young people. **Norwegian Institute of Public Health (NIPH)**, 2008.

KUPFER, M.C. **Relatório de Pesquisa Multicêntrica** - IRDIs, CNPq, 2008.

KUPFER, M.C. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. 2008. Disponível em: http://www.fmcsv.org.br/pdf/FMCSV_pesquisa_multicentrica_indicadores_cl%C3%A9nicos_DI.pdf . Acesso em: 08 maio 2010.

LAVELLI, M.; FOGEL, A. Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: The 2-month transition. **Developmental Psychology**, v. 41, p. 265-280, 2005.

LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Org.). **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: FAPESP/Escuta, 2008.

PARLATO-OLIVEIRA, É. Como falam os bebês? Explorações sobre a fala e o compo da linguagem na clínica de bebês. In: BARBOSA, D.C.; PARLATO-OLIVEIRA, É. (orgs). **Psicanálise e clínica com bebês**: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância. São Paulo: Instituto Langage, 2010.

PICCININI, C.A.; MARIN, A.H.; ALVARENGA, P.; LOPES, R.C.S.; TUDGE, JR. Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no terceiro mês de vida da criança. **Estudos de Psicologia**, v.12, n. 2, p. 109-117, 2007.

PRETTO, J. P. A Influência do Desejo Parental nas Altas Habilidades/Superdotação: Uma Abordagem Psicanalítica. **Rev. CEFAC**. v. 12, n. 5, p. 859-869, set-out., 2010.

RECHIA, I.C.; SOUZA, A.P. Funções parentais e dialogia em casos de retardo de aquisição da linguagem com limitações práxicas. **Psicologia em Estudo**, v.15, 2010.

RIBAS, A.F.P.; SEIDL-DE-MOURA, L. Responsividade Materna: Aspectos Biológicos e Variações Culturais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 3, p. 368-375, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>. Acesso em: 01 dez. 2010.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre. In: _____. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psic. Teor. e Pesq.** [online]. v. 20, n. 3, p. 233-240, 2004.

SEIDL-DE-MOURA, M. L., et al. Interações mãe-bebê de um e cinco meses: aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 66-73, 2008.

SILVA, D. G. et al. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista mal-estar e subjectividade**, v. III, n. 2, p. 439-450, 2003.

SMITH, M.E.; JAFFE, J. **Postpartum depression**: signs, symptoms, and help for new moms. 2007. Disponível em: <http://www.helpguide.org/mental/postpartum-depression.htm>. Acesso em: 30 nov. 2010.

SOUZA, L.V.; SANTOS, M.A. A família e os transtornos alimentares. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n.3, p. 403-9, 2006.

WEBBY, R.; O'CONNOR, M. Judgmental time-series forecasting using domain knowledge. In: ARMSTRONG, J. **Principles of forecasting**: a handbook for researchers and practitioners. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2001.

WIETHAN, F.M.; SOUZA, A.P.R.; KLINGER, E. F. Abordagem terapêutica grupal com mães de crianças portadoras de distúrbios de linguagem. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. v.15, n, 3, p. 442-51, 2010.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa demonstraram que há uma correlação positiva entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e estado materno ansioso. Contudo, o risco ao desenvolvimento infantil é multifatorial, deve-se verificar os aspectos constitucionais do bebê e relacionais com o ambiente, sobretudo a mãe. Por isso, não se pode afirmar uma relação de causa-efeito entre presença de ansiedade materna e presença de risco ao desenvolvimento infantil. A ansiedade parece, por outro lado, ser um sintoma visível, entre outros possíveis, de problemáticas pessoais que afetam a constituição da experiência da maternidade em algumas mulheres e que podem trazer risco ao desenvolvimento do bebê.

As dificuldades na constituição da experiência da maternidade, por outro lado, são fatores de risco grave para o aparecimento de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil, pois o cuidador que exerce a função materna constitui importantes fontes de estimulação afetiva; sendo que notadamente as interações iniciais parecem ser adaptativas e suscetíveis aos estados maternos em particular e ao ambiente familiar de um modo mais amplo. Há uma multiplicidade de fatores que parecem interferir nessa constituição, entre os quais estados emocionais depressivos e/ou ansiosos entre outros tantos.

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar as possíveis repercussões da ansiedade materna na interação mãe-bebê e sua possível relação com a presença de riscos para o desenvolvimento infantil. A hipótese de que a ansiedade materna dificulta a interação mãe-bebê confirmou-se na análise implementada. São necessárias, no entanto, novas pesquisas com um número maior de mães em estado ansioso para que se possa verificar a força dessa correlação.

Outros aspectos foram investigados neste estudo como a análise da associação entre variáveis sócio-demográficas, obstétricas e psicossociais, ansiedade materna e dificuldades na constituição da experiência da maternidade. Os resultados demonstraram que tais variáveis não interferiram na constituição da experiência da maternidade, exceto a variável aleitamento. No entanto, algumas delas associam-se com a presença de ansiedade materna, tais como a renda familiar e o tipo de união. Esses resultados indicam que a presença de uma relação estável, consensual, com adequada situação econômica para prover o número de

filhos do casal é um fator de proteção contra a ansiedade materna, ou seja, mães nessas condições tendem a sofrer menos de ansiedade.

Por outro lado, quando tais condições se ausentam a ansiedade tende a ser mais frequente e a interferir de modo significativo para a presença de dificuldades na constituição da experiência da maternidade. Tais alterações se correlacionaram de modo importante com a presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil.

Embora este estudo indique a necessidade de estudos de coorte futuros, com um maior número de díades, que permitam dados estatísticos mais robustos, ele demonstrou a relevância do tema da ansiedade visto que a mesma se reflete em alterações em praticamente todos os índices de desenvolvimento infantil, assim como os efeitos da dificuldade na constituição da experiência materna sobre os IRDIs.

Demonstrou também que o protocolo dos IRDIs capta, de modo claro, possíveis interações entre fatores do bebê e fatores ambientais, sobretudo o estado materno e o risco ao desenvolvimento infantil. Outro fator, que chama atenção, é que o IRDI 3 foi o que menos teve alteração, ou seja, os bebês podiam reagir ao manhês produzido pela examinadora ou por suas mães, demonstrando que, na amostra estudada, havia poucos bebês com problemas constitucionais seus.

Por fim, cabe ressaltar que os dados aqui analisados ensejam novas análises não realizadas nesta dissertação, sobre fatores como a prematuridade, evolução cognitiva, linguística e afetiva das crianças aqui investigadas. Os mesmos serão analisados em estudos futuros por este grupo de pesquisa, em função dos acompanhamentos dessas díades na continuidade da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n.4, São Paulo, 2005.

AQUINO, F.S.B.; SALOMÃO, N.M.R. Contribuições da habilidade de atenção conjunta para a cognição social infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 233-241, 2009.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BECK, A. T.; STEER, R. A. **Beck Depression Inventory Manual**. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. São Paulo: Harbra, 1984.

BERNARDINO, L.F. Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. In: WANDERLEY, D.B. (org.). **O cravo e a rosa - a psicanálise e a pediatria**: um diálogo possível? Salvador: Editora Ágalma, 2008.

BERNARDINO, L.M.F. Da representação plural do Outro na primeira infância e suas consequências. 2008. In: Formação de profissionais e a criança-sujeito, 7, São Paulo. **Proceedings online**. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100003&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 20 set. 2010.

BERTHOUD, C.M.E. **Ensaio sobre formação e rompimento de vínculos afetivos**. 2.ed. Taubaté: Cabral editora universitária, 1998.

BOWLBY, J. **Apego e perda**: Separação. São Paulo: Martins Fontes, v. 2, 1973/1984.

BOWLBY, J. **Formação e rompimentos de vínculos afetivos**. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1962.

BOWLBY, J. **Uma base segura**: Aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BUIZA-NAVARRETE, J.J.; ADRIAN-TORRES, J.A.; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ, M. Marcadores neurocognitivos em el transtrono específico del lenguaje. **Revista de Neurologia**, Barcelona, v.44, n. 6, p. 326-333, jan./jun. 2007.

CARDOSO, L.; BIANCHI, J.J. P. **Aleitamento materno**: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Minho, 2007.

CATÃO, I. **O bebê nasce pela boca**: voz, sujeito e clínica do autismo. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

CECATTO, G. M. **A função materna e o desenvolvimento infantil**. Artigos Teorias e Sistemas no Campo Psi, 2008.

CESA, C.C.; SOUZA, A.P.R.; KESSLER, T.M. Intersubjetividade mãe-filho na experiência com comunicação ampliada e alternativa. **Rev. CEFAC**. v.12, n.1, São Paulo, jan./feb., 2010.

CID, M. F.B.; MATSUKURA, T. S.; SILVA, M. D. P. O impacto da saúde mental materna: estilo parental, suporte social e desenvolvimento sócio-emocional dos filhos. CoPG. CONGRESSO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 7 e JORNADA CIENTÍFICA DA UFSCar CONGRESSO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 4, São Carlos. **Anais**. UFSCar, v. 3, p. 1634, 2007.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na gravidez: factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 24, n.3, p.197-209, 2003.

_____. **Ansiedade na Gravidez**: Implicações para a saúde e desenvolvimento do bebê e mecanismos neurofisiológicos envolvidos, 2006.

COPPOLILLO, H. **Psicoterapia psicodinâmica de crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

CORREIA, L. L.; CARVALHO, A. E. V.; LINHARES, M. B. M. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.16, n.1, p. 64-70, 2008.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.15, n. 4, 2007.

COUTO, E.R. et al. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. **Med. J.** [online]. v. 127, n. 4, p.185-189, 2009.

CRESTANI, A.H. et al. A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. **Rev CEFAC**, 2010.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 3, p. 171-178, 2006.

FAVERO, M. S.; PERES, R. S. Avaliação de ansiedade e depressão em mães de bebês prematuros e mães de bebês a termo, ENCONTRO INTERNO, 8, SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 12, **Anais**. Convênios CNPQ/UFU & FAPEMIG/UFU, 2008.

FERRARI, A.G.; PICCININI, C.A.; LOPES, R.C.S. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.12, n.2, p. 305-313, 2007.

FERREIRA, A. et al. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**. v.14, n. 3. Rio de Janeiro, maio/jun., 2009.

FIELD, T. Infants of depressed mothers. **Development and Psychopathology**, v.4, p. 49-66, 1992.

FRAGA, A. et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. **Rev Psicol. Reflex. Crit.** v. 21, n.1, Porto Alegre, 2008a.

FRAGA, A. et al. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**. v.13, n. 2, Maringá, abr./jun., 2008b.

FRIZZO, G.B. et al. Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos. **Psicol. Reflex. Crit.** v. 23, n.1, Porto Alegre, jan./abr., 2010.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia: Estudos**, 2005.

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. **Escala de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 89-95.

GUEDENAY, A.; MINTZ, A. S.; DUGRAVIER, R. Risques développementaux chez Le nourrisson de La naissance à 18 mois. **Psychiatrie/Pédopsychiatrie**. Paris: Elsevier Masson SAS, v. 37, p. 195-200, 2007.

HEMENOVER, S.H.; DIENSTBIER, R.A. Prediction of Health Patterns from General Appraisal, Attributions, Coping, and Trait Anxiety. **Motivation and Emotion**, v. 22, n.3, p. 231-253, 1998.

JERUSALINSKY, A.N. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco psíquico para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath.** Online, v. 6, n. 1, p. 48-68, maio 2009. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/journal/v06n01/valor.pdf>. Acesso em: 08 maio 2010.

JERUSALINSKY, A. N. Psicopatologia dos bebês: entre as neurociências e a psicanálise. In: BARBOSA, D.C.; PARLATO-OLIVEIRA, É. (orgs). **Psicanálise e clínica com bebês: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância**. São Paulo: Instituto Langage, 2010.

JERUSALINSKY, A. N. Riscos Calculados. **Rev. Mente e Cérebro**, São Paulo: Duetto Editorial, 2010.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Salvador: Ágalma, 2002.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KAREVOLD, E. Family stress and child's temper extremes contribute to anxiety and depression in children and young people. **Norwegian Institute of Public Health (NIPH)**, 2008.

KAUFMAN J. Depressive disorders in maltreated children. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 30, p. 257-65, 1991.

KLAUS, M.H.K.; KENNEL; KLAUS, P. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**, Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLEIN, M. **Amor, ódio e separação: as emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico**. Trad. Maria Helena Senise. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1975.

KUPFER, M. C. M. **Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**. 2008. Disponível em: http://www.fmcsv.org.br/pdf/FMCSV_pesquisa_multicentrica_indicadores_cl%C3%A9nicos_DI.pdf . Acesso em: 08 maio 2010.

KUPFER, M. C. M. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. 2008. Disponível em: http://www.fmcsv.org.br/pdf/FMCSV_pesquisa_multicentrica_indicadores_cl%C3%A9nicos_DI.pdf. Acesso em: 08 out. 2010.

KUPFER, M. C. M. **Relatório de Pesquisa Multicêntrica - IRDIs**, CNPq, 2008.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. **Rev. Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 21, n. 3, 2005.

KUPFER, M.C. **Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**. 2008. Disponível em: http://www.fmcsv.org.br/pdf/FMCSV_pesquisa_multicentrica_indicadores_cl%C3%A9nicos_DI.pdf. Acesso em: 08 maio 2010.

LA ROSA, J. Ansiedade, sexo, nível sócio-econômico e ordem de nascimento. **Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.11, n.1, p. 59-70, 1998.

LACAN, J. Os complexos familiares na formação do indivíduo. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. (Original publicado em 1938).

LAVELLI, M.; FOGEL, A. Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: The 2-month transition. **Developmental Psychology**, v. 41, p. 265-280, 2005.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LEITE, G.A.; MONTEIRO, M.I.B. A construção da identidade de sujeitos deficientes no grupo terapêutico-fonoaudiológico. **Rev. bras. educ. espec.** Marília, v.14, n, 2, 2008.

LEMOS, C.T.G. Das vicissitudes de fala da criança e de sua investigação. **Cad. Est. Ling**, Campinas, v. 42, p. 41-69, 2002.

LEMOS, C.T.G. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. **Substratum**, v.1, n. 1, p.121-135,1992.

LEMOS, C.T.G. Uma abordagem socioconstrutivista da aquisição da linguagem: um percurso e muitas questões. ENCONTRO NACIONAL DE AQUISIÇÃO DE LINGUAGEM, 1, **Anais**, PUC-RS. 1989.

LEMOS, M.E.S.; BARROS, C.G.C.; AMORIM, R.H.C. Representações familiares sobre as alterações no desenvolvimento da linguagem de seus filhos. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.18, n, 3, p. 323-333, 2006.

LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Org.). **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: FAPESP/Escuta, 2008.

LOPES, R. C. S. et al., O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 18, n. 2, p. 247-254, maio\ago., 2005.

LORDELO, E.R. et al. Investimento parental e desenvolvimento da criança. **Estudos de Psicologia**, RN, v. 11, n. 3, p. 257-264, 2006.

MACEDO, L.; BARROS, P. **A prematuridade na relação mãe-bebê**. Recife: UNICAP, 2002.

MAIA, E. M. C. **Fortalecimento do vínculo diádico entre a mãe adolescente e seu bebê**. 2000. 163f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MALDONADO, M.T. **Maternidade e paternidade**. V. II. Petrópolis: Vozes, 1989.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1988.

MANCOPE, R. Falantes tardios ou atrasos de linguagem? Reflexões entre a linguística e a fonoaudiologia. **Revista Desenredo** - PPG em letras UPF, Passo Fundo, v.2, n, 2, p. 288-306, 2006.

MARSON, A.P. "Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa..." **Rev. SBPH**. v.11, n.1, Rio de Janeiro, 2008.

MELO, M.S.; BERNARDINO, L. A função do desejo dos pais e da escuta psicanalítica na ativação da plasticidade neuronal em um bebê com encefalopatia. In: BARBOSA, D.C.; PARLATO-OLIVEIRA, É. (orgs). **Psicanálise e clínica com bebês: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância**. São Paulo: Instituto Langage, 2010.

MINUCHIN, S. et al. A conceptual model of psychosomatic illness in childhood. **Arch Gen Psychiatry**, v.32, p. 1031-1038, 1975.

MOTTA, M.G. et al. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Rev Psiquiatr**. v. 27, 2, p.165-176, 2005.

NUNES, S.A.N. et al. Interações sociais precoces: uma análise das mudanças nas funções parentais. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** v.17, n. 3, 2007.

OLIVEIRA, K.L. et al. Relação entre Ansiedade, Depressão e Desesperança entre Grupos de Idosos. **Psicologia em Estudo**. v.11, n.2, p.351-359, 2006.

OLIVEIRA, M. A. D. **Neurofisiologia do comportamento**: uma relação entre o funcionamento cerebral e as manifestações comportamentais. Canoas: ULBRA, 1999.

PADOVANI, F.H.P. et al. "Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal", **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 251-254, 2004.

PALLADINO, R.R.R. A propósito dos indicadores de risco. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 193-201, 2007.

PAPALIA, D.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PARLATO-OLIVEIRA, E. Como falam os bebês? Explorações sobre a fala e o campo da linguagem na clínica de bebês. In: BARBOSA, D.C.; PARLATO-OLIVEIRA, É. (orgs). **Psicanálise e clínica com bebês**: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância. São Paulo: Instituto Langage, 2010.

PEROSA, G.B.; SILVEIRA, F.C.P.; CANAVEZ, I.C. Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis. **Rev. Psicologia Teoria e Pesquisa** v.24, n.1, Brasília, jan./mar, 2008.

PERRY, B.; POLARD, R. Homeostasis, stress, trauma and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**. v.7, p. 33-51, 1998.

PICCININI, C.A. et al. Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no terceiro mês de vida da criança. **Estudos de Psicologia**, v.12, n. 2, p. 109-117, 2007.

PINTO, I.D. et al. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psic. Teor. e Pesq.** v. 25, n.1, Brasília, jan./mar. 2009.

PLOTSKY, P.M.; OWENS, M.J.; NEMEROFF, C.B. Psychoneuroendocrinology of depression: hypothalamic-pituitary-adrenal axis. **Psychiatr Clin North Am**, v.21, n. 2, p. 293-307, 1998.

PRADO, A. B.; PIOVANOTTI, M.R.A.; VIEIRA, M.L. Concepções de pais e mães sobre comportamento paterno real e ideal. 2007. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n.1, p. 54-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 14 set. 2010.

PRADO, A. B.; PIOVANOTTI, M.R.A.; VIEIRA, M.L. Concepções de pais e mães sobre comportamento paterno real e ideal. **Rev. Psicol. estud.**, Maringá. v.12, n.1, p. 54-64, 2007.

PRETTO, J. P. A Influência do Desejo Parental nas Altas Habilidades/Superdotação: Uma Abordagem Psicanalítica. **Rev. CEFAC**, v.12, n. 5, p. 859-869, set-out. 2010.

RECHIA, I.C. et al. Processos de apagamento na fala de sujeitos com dispraxia verbal. **Rev. CEFAC**, v.12, n. 3, p. 421-426, 2010.

RECHIA, I.C. et al. Processos de substituição e variabilidade articulatória na fala de sujeitos com dispraxia verbal. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.** v.14, n.4, p. 547-552, 2009.

RECHIA, I.C. **Retardo de Aquisição da linguagem oral com limitações práticas: dialogia e função materna no processo terapêutico.** Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria, 2009.

RECHIA, I.C.; SOUZA, A.P. Funções parentais e dialogia em casos de retardo de aquisição da linguagem com limitações práticas. **Psicologia em Estudo**, v.15, 2010.

RIBAS, A.F.P.; SEIDL-DE-MOURA, L. Responsividade Materna: Aspectos Biológicos e Variações Culturais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 3, p. 368-375, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>. Acesso em: 01 dez. 2010.

SCARPA, E.M. Aquisição da linguagem oral e escrita: continuidade ou ruptura? **Estudos linguísticos**, v.14, 1987.

SCHMIDT, E.B.; ARGIMON, I.I.L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia** (Ribeirão Preto) [online]. v.19, n. 43, p. 211-220, 2009.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre. In: _____. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psic. Teor. e Pesq.** [online]. v. 20, n. 3, p. 233-240, 2004.

SCHWENGBER, D.D.S.; PICCINI, C.A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estud. psicol.** Natal, v. 8, n. 3, 2003.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Interações mãe-bebê de um e cinco meses: aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 66-73, 2008.

SILVA, D. G. et al. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista mal-estar e subjectividade**, v. III, n. 2, p. 439-450, 2003.

SILVA, E. T. E.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal - uma revisão de literatura. **Revista Electrónica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 231-238, 2005.

SMITH, M.E.; JAFFE, J. **Postpartum depression**: signs, symptoms, and help for new moms. 2007. Disponível em: http://www.helpguide.org/mental/postpartum_depression.htm. Acesso em: 30 nov. 2010.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SOUZA, A. et al. A entrevista continuada na clínica de linguagem infantil. **Fractal: Rev. de Psic.**, v. 21, n. 3, p. 601-612. 2009.

SOUZA, J. A. A formação do vínculo afetivo: uma questão do apego. **Revista Técnica IPEP**, São Paulo, SP, v. 5, n. 1/2, p. 81-98, jan./dez. 2005.

SOUZA, L.V.; SANTOS, M.A. A família e os transtornos alimentares. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n.3, p. 403-9, 2006.

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. **Inventário de Ansiedade Traço-Estado** - IDATE. Rio de Janeiro: Cepa, 1979.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. Trad. Erothildes Mielan Barros da Rocha. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

TWENGE, J.M. The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. **Journal of Personality and Social Psychology**. v.79, p.1007-1021, 2000.

VORCARO, A. A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 15, p. 265-288, 2003.

WEBBY, R.; O'CONNOR, M. Judgmental time-series forecasting using domain knowledge. In: ARMSTRONG, J. **Principles of forecasting**: a handbook for researchers and practitioners. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2001.

WENDLAND, J.A. Abordagem Clínica das Interações Pais-Bebê: Perspectivas Teóricas e Metodológicas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.14, n. 1, p. 45-56, 2001.

WIETHAN, F.M.; SOUZA, A.P.R.; KLINGER, E. F. Abordagem terapêutica grupal com mães de crianças portadoras de distúrbios de linguagem. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v.15, n.3, p. 442-51, 2010.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago. 2000.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Privação e delinquência**. 2.ed. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

APÊNDICE e ANEXOS

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para as mães

ROTEIRO DE ENTREVISTA

**PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
FUNÇÕES PARENTAIS E RISCO PARA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM:
INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS**

Roteiro de Entrevista para as Mães

Identificação da Mãe:

Nome da mãe: _____

Idade: _____

Variáveis Sociodemográficas e Histórico Obstétrico das puérperas

Estado Civil:

Solteira () Casada () Separada () Viúva () outra: _____

Escolaridade:

Ensino fundamental () Ensino médio () Superior ()

Ocupação:

Dona de casa ()

Outras () _____

Renda familiar:

Número de gestações:

Cinco ou mais () Duas a quatro () Uma ()

Número de partos:

Cinco ou mais () Duas a quatro () Um ()

História de aborto: Não () Sim ()

História de partos prematuros: Não () Sim ()

Número de consultas pré-natal:

Nenhuma () Até 5 () Seis ou mais consultas ()

Número de filhos: Nenhum () 1 () 2 () 3 ou mais ()

Características Obstétricas das puérperas, dos recém-nascidos, tipo de aleitamento e suporte social.

Planejamento da gestação: Planejada () Não planejada () Indesejada ()

Tipo de parto: Vaginal () Cesárea ()

Idade gestacional: Termo () Pré-termo () Pós-termo () _____ semanas

Intercorrências com o recém-nascido: Não () Sim ()

Baixo peso: Não () Sim ()

Tipo de aleitamento:

Materno exclusivo ()

Predominante/complementar ()

Artificial ()

Suporte social:

Nenhum () Marido () Mãe () Outros ()

Temas acrescentados para a análise da experiência da maternidade

- Histórico de doença mental na família
- Crise situacional (se está passando por algum problema familiar, pessoal,...no momento, que possam estar gerando sentimentos e dificuldades em relação à maternidade)

Observações: _____

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DO ESTUDO: Ansiedade Materna Puerperal e Risco para Alterações no Desenvolvimento Infantil.

PESQUISADOR (ES) RESPONSÁVEL(S): Msd^a. Luciane Beltrami, Prof^a. Dr^a. Ana Paula Ramos de Souza.

COLABORADORES:

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Fonoaudiologia.

TELEFONE PARA CONTATO: 55- 99723736

LOCAL DA COLETA DE DADOS: Hospital Universitário de Santa Maria e Serviço de Atendimento Fonoaudiológico – UFSM

Os pesquisadores garantem o acesso aos dados e informações desta pesquisa a qualquer momento que o (a) voluntário (a) conforme exposto nos itens seguintes.

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo principal promover a saúde mental, de linguagem e comunicação do (a) seu (sua) filho (a), buscando impedir que ele (a) apresente distúrbios no seu desenvolvimento, através da orientação familiar e terapia da criança quando necessária.

2- A coleta de dados inclui entrevistas e avaliações psicológicas, cujos dados serão analisados pelos pesquisadores e descartados, após análise, em um período de três anos.

3 – A pesquisa não possui riscos.

4 – Benefícios para o participante estão na possibilidade de se atingir melhores resultados no desenvolvimento de seu filho, impedindo distúrbios no mesmo.

5 – A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos, pois não seria diferente caso não estivéssemos realizando a pesquisa. Será indicada a mesma intervenção em caso de você não autorizar a pesquisa.

6 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade da terapia de seu (sua) filho (a).

7 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

8 – Os voluntários receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais das pesquisas e receberão um retorno de todos os resultados ao final da pesquisa.

9 - Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10 – Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado pode solicitar seu desligamento da pesquisa.

11 – Mantenho como pesquisadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com a psicóloga/mestranda Luciane Beltrami sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo,

os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de _____ 2010.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável pelo estudo

N. identidade

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM
Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa
Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

ANEXO B - Termo de Confidencialidade

TÍTULO DO ESTUDO: Ansiedade Materna Puerperal e Risco para Alterações no Desenvolvimento Infantil.

PESQUISADOR (ES) RESPONSÁVEL(S): Msd^a. Luciane Beltrami, Prof^a. Dr^a. Ana Paula Ramos de Souza.

COLABORADORES:

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Fonoaudiologia.

TELEFONE PARA CONTATO: 55- 99723736

LOCAL DA COLETA DE DADOS: Hospital Universitário de Santa Maria e Serviço de Atendimento Fonoaudiológico - UFSM

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes. Concordam, igualmente, que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente estudo. As informações somente poderão ser divulgadas sem a identificação dos sujeitos. As fichas de coleta dos dados serão armazenadas e de responsabilidade da orientadora da presente pesquisa.

Santa Maria,dede 2010.

Prof^a. Dr^a. Ana Paula Ramos de Souza
Orientadora responsável

Luciane Beltrami
Pesquisadora

ANEXO C – Inventário BECK de Ansiedade

Nome: _____ **Data:** _____ / _____ / _____

Abaixo, está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Indique **quanto** você foi incomodado, por cada um dos sintomas listados à esquerda, durante a **última semana, inclusive hoje**, marcando um X no grau de incômodo correspondente a uma das caselas das colunas à direita.

Nº	Sintomas	<i>Quanto foi incomodado</i>			
		<i>Nada 0</i>	<i>Fraco 1</i>	<i>Moderadamente 2</i>	<i>Muito forte 3</i>
		<i>Não incomodou nada</i>	<i>Incomodou- me um pouco</i>	<i>Foi muito desagradável, mas consegui aguentar</i>	<i>Quase não consegui aguentar</i>
1	Dormência ou formigamento				
2	Calores				
3	Pernas bambas				
4	Incapaz de relaxar				
5	Medo do pior acontecer				
6	Tonteira ou cabeça leve				
7	Coração batendo forte ou acelerado				
8	Inquieto(a)				
9	Aterrorizado(a)				
10	Nervoso(a)				
11	Sensação de sufocamento				
12	Mãos tremendo				
13	Trêmulo(a)				
14	Medo de perder o controle				
15	Dificuldade de respirar				
16	Medo de morrer				
17	Assustado(a)				
18	Indigestão ou desconforto no abdômen				
19	Desmaio				
20	Face ruborizada				
21	Suores (não devido a calor)				
ESCORE:					