



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FABÍOLA CHAVES FONTOURA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM
MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS INTERNADOS NA UNIDADE NEONATAL**

FORTALEZA

2015

FABÍOLA CHAVES FONTOURA

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM
MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS INTERNADOS NA UNIDADE NEONATAL

Tese de Doutorado apresentado à comissão julgadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como um dos requisitos para o título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientadora: Prof^a Dr.^a Maria Vera Lúcia Moreira
Leitão Cardoso

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- F774a Fontoura, Fabíola Chaves.
Avaliação da ansiedade de mães de recém-nascidos com malformações congênitas internados na unidade neonatal / Fabíola Chaves Fontoura. – 2015.
129 f. : il. color.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso.
1. Ansiedade. 2. Mães. 3. Recém-Nascido. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD 616.8522

FABÍOLA CHAVES FONTOURA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM
MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS INTERNADOS NA UNIDADE NEONATAL**

Tese de Doutorado apresentado à Comissão julgadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como um dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 29/ 12 / 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a Dr^a. Edna Maria Camelo Chaves (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof^a Dr^a. Fernanda Cavalcante Fontenele (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a Dr^a. Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a Dr^a. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

A todas as mães, que mesmo estando em um momento difícil diante do nascimento do filho com malformação congênita puderam compartilhar seus sentimentos e mostraram que apesar dos problemas são mulheres fortes, capazes de enfrentar os diferentes obstáculos que a vida impôs. E aos bebês, seres inocentes que vieram ao mundo para cumprir sua missão.

AGRADECIMENTOS

A **Deus e Nossa Senhora de Fátima**, por me conceder saúde e força para não desistir durante minha trajetória mostrando a cada dia o grande motivo da minha vida para essa vitória, meu **Heitor**. O meu tão sonhado e desejado filho, que chegou durante esses anos de doutorado para completar a minha família e me acompanhou durante a realização dessa pesquisa, desde quando ainda se formava em meu ventre. Heitor, a mamãe agradece todos os dias a sua vinda para nós. Você é o ÚNICO real motivo para as minhas conquistas de vida meu filho amado. Você é minha pedra preciosa e de nada mais eu preciso, senão do teu amor. Te amo incondicionalmente!!!

Aos **meus amados pais**, minha fonte de inspiração e determinação, meus pilares de sustentação, sempre mostrando que somos uma verdadeira família e me ajudando em tudo que estivesse ao alcance, abaixo de Deus. Meu eterno agradecimento pai Glauco e mãe Fátima.

Aos **meus irmãos Weber, Glauber e Liliane**, pelos momentos de estresse que vivenciei e tiveram a paciência de me ajudar a concretizar esse trabalho. Pelas inúmeras contribuições auxiliando na construção do estudo.

Ao meu amado **esposo Roberto**. Obrigada pela paciência e companheirismo. Sempre ao meu lado incentivando em todos os aspectos, não permitindo que me abatesse com os obstáculos do caminho. Sempre compreensivo durante minha ausência para a confecção desse trabalho. Você é especial!!

Aos **meus cunhados Diego e Andréa**, pela atenção, carinho e disponibilidade em me ajudar sempre que eu precisava.

Ao meu amado e querido **sobrinho afilhado Bernardo**, que com toda sua inocência acalma meu coração nos momentos de maior estresse e tensão. Ele sabe perfeitamente como me deixar feliz. O companheiro do Heitorzinho. Te amo meu amor!!

Aos meus familiares, sempre ansiosos em saber se “terminei de estudar”, como eles referem. Obrigada pela preocupação, em especial a pessoa da **Tia Célia**, minha segunda mãe que sempre torceu por mim e que acompanhou minha aflição durante a finalização desse trabalho.

Aos **profissionais** das três instituições em que a pesquisa foi realizada, que sempre me receberam prontamente e colaboraram durante a coleta dos dados, especialmente a **Keline** e **Aline**, enfermeiras que sempre me comunicavam a admissão de bebês com malformações na Unidade Neonatal.

As minhas queridas amigas **Sofia**, **Ana Kely** e **Isadora**, anjos sem asas que me ajudaram durante toda essa caminhada. Não tenho palavras para expressar o tamanho do agradecimento à vocês. Vocês moram no meu coração. MUITÍSSIMO obrigada!

A todos os **integrantes do NUPESNEC** que contribuíram de alguma forma durante minha caminhada do doutorado, especialmente minha amiga **Aldiânia**, companheira de idéias, **Aneuma**, **Natália**, **Márcia**, **Ana Luíza**, **Tamires**, **Ingridy**, **Lusiana**, **Gleicia**, **Carol**, **Keline**, **Fernanda**. Meninas, obrigada pelo apoio de sempre. À colega **Leiliane**, que mesmo afastada torce por nós para que alcemos altos vãos.

Aos colegas do doutorado pela troca de conhecimentos e experiências, pela paciência devido a minha gestação na época das aulas, em especial a pessoa da **Rafaela Távora**, minha amiga, vizinha e parceira. Pelo chá de fraldas surpresa! Obrigada pelo carinho durante a fase mais ansiosa da minha vida.

Aos **professores da Pós-graduação em Enfermagem UFC**, por todos os ensinamentos e conhecimentos repassados. Nossa inspiração de vida profissional.

A equipe de coordenação da **Pós-graduação em Enfermagem UFC**, **Profa Dra. Ana Karina Bezerra**, **Profa Dra. Francisca Elisângela**, **Joelna**, **Jaqueline**, **Walma**, obrigada pela compreensão, ajuda, carinho e dedicação sempre que precisei.

Aos **professores da minha banca** examinadora, que prontamente se dispuseram a fazer-se presentes, mesmo sendo uma data bastante complicada, pois encontravam-se no período de recesso da faculdade e aceitaram meu convite. Obrigada Dra. Edna, Dra. Cristiana, Dra. Márcia, Dra. Fernanda, Dra. Elisângela e Dra. Emanuella, pelas contribuições para o estudo.

Ao **professor Dr. Paulo César** pelas horas dedicadas a análise dos dados da minha pesquisa, pela paciência diante da minha angústia em relação aos resultados a apresentar. Obrigada por contribuir diretamente para o sucesso e finalização dessa pesquisa.

A **bibliotecária Nicácia**, que prontamente realizou a ficha catalográfica e revisão das citações dentro da tese, contribuindo junto às correções dos aspectos e normatizações do trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**) pela concessão da bolsa do doutorado contribuindo financeiramente durante esse período.

A **todas as mães** que aceitaram participar do estudo, mesmo durante esse momento tão delicado em suas vidas.

A **psicóloga Dra. Liliane Brandão, integrante do NUPESNEC**, pela sua valiosa contribuição nesta tese. Muitíssimo obrigada.

E o agradecimento especial vai para a minha estimada orientadora, **Profa. Dra. Vera Leitão Cardoso**, uma grande mestra, na escola e na vida. Por ter confiado a mim essa importante missão de perpetuar seus ensinamentos. Uma professora, amiga, mãe, psicóloga, um pouco de tudo. Sempre com seu jeito de dizer: “você não está sozinha” e isso acalma qualquer ser humano. Uma mestra determinada e que luta por seus alunos, para que sejamos excelentes profissionais. Obrigada por fazer parte da minha vida, por toda atenção e dedicação durante esses anos e por me dar forças para não desistir diante das dificuldades que enfrentei. Um modelo de professora que muitos irão querer seguir e eu faço parte desse universo. Obrigada por tudo.

“Ansiedade é a diferença entre o tempo do querer de
Deus e o tempo do nosso próprio querer”
(Berg Brandt)

RESUMO

A notícia de uma malformação congênita (MC) fetal é um fato que desencadeia na gestante um período de grande estresse físico e emocional, que poderá gerar reações emocionais e psíquicas como depressão, estresse, rompimento do apego, ansiedade, dentre outros, podendo ser transitória ou permanente. Objetivou-se avaliar os níveis de ansiedade de mães de recém-nascidos com malformações congênitas internados em Unidade Neonatal (UN). Estudo transversal, quantitativo conduzido em três hospitais com maternidade em Fortaleza/CE/Brasil, com coleta de dados de maio/2014 a abril/2015. A amostra constou de 115 mães e 117 recém-nascidos, devido duas gravidezes gemelares. Aplicado questionário previamente elaborado para investigar variáveis sociodemográficas, psicossociais, perinatais e neonatais e Inventário de Ansiedade Traço – Estado (IDATE) às mães em único momento, até o sétimo dia de pós-parto. Para análise dos dados considerou-se o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$) para todos os testes. Pesquisa aprovada por comitê de ética das instituições investigadas. Prevaleram mães com idade entre 19 e 29 anos (50%), procedentes de Fortaleza (47%), casadas (36%), com 6 a 10 anos de estudo (52%), pardas/negras (93%) e com renda de um a dois salários mínimos (48%). Identificou-se que as mães participantes apresentaram escores compreendidos entre o percentil 25 e 75, indicativos de ansiedade moderada ao IDATE – Traço (53,9%) e ao IDATE – Estado (47%). Somente as médias da escala IDATE – Traço apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,026$), quando comparada a média do nível de ansiedade das mães que receberam diagnóstico da MC no pré-natal (37,4) com as do pós-natal (41,2). Mostraram diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis maternas e neonatais e a escala: IDATE – Traço versus nível de escolaridade ($p < 0,001$), uso de drogas ($p = 0,007$); IDATE – Traço versus sexo do recém-nascido ($p = 0,021$); IDATE – Traço versus recebeu apoio da família ($p = 0,039$) e do profissional ($p = 0,012$); IDATE – Traço versus categoria MC dos órgãos genitais ($p = 0,041$); e IDATE – Estado versus escolaridade (0,024) e número de consultas pré-natal ($p = 0,040$). Concluiu-se que fatores pregressos da vida dessas mães interferiram no nível de ansiedade diante do nascimento do recém-nascido com MC, entretanto foram mais significantes as relações entre as variáveis maternas e neonatais com a escala IDATE – Traço, que trata de assuntos relacionados aos traços da personalidade das pessoas. Contudo, as malformações, em geral, não desencadearam índices mais elevados de ansiedade, rejeitando a primeira hipótese, mas apresentaram-se mais acentuados ao receber o diagnóstico da MC no pós-parto. Ademais, evidenciou-se relação entre a ansiedade e variáveis maternas e neonatais, e entre as categorias de malformações congênitas, confirmando as hipóteses de que a ansiedade pode ser interferida por fatores pregressos da vida das mães, como também por outras características maternas e neonatais.

Palavras-chave: Malformação Congênita. Ansiedade. Mães. Recém-nascido. Enfermagem.

ABSTRACT

The news of a fetal congenital malformation (CM) is a fact that triggers during a period of great physical and emotional stress into pregnant, which could lead to emotional and psychological reactions such as depression, stress, disruption of attachment, anxiety, among others, and it can be transient or permanent. The objective of the study is to evaluate the anxiety levels of mothers of newborns with congenital malformations admitted in the Neonatal Unit (NU). Transversal and quantitative study, conducted in three hospitals that contained maternity in Fortaleza/CE /Brazil, with data collection from May/2014 to April/2015. The sample consisted of 115 mothers and 117 newborns, because two twin pregnancies. It was applied a questionnaire previously designed to investigate sociodemographic, psychosocial, perinatal and neonatal variables and the State - Trait Anxiety Inventory (STAI) to mothers in a single moment, until the seventh day after birth. For data analysis it was considered the confidence interval of 95% ($p < 0.05$) for all statistical tests. Research was approved by the Ethics Committee of the institutions investigated. Prevailed mothers aged between 19 and 29 years (50%), from Fortaleza (47%), married (36%) with 6-10 years of education (52%), brown/black (93%) and income from one to two minimum wages (48%). It was identified that the participating mothers had scores ranging from the 25th and 75th percentiles, indicative of mild anxiety to STAI - Trait (53.9%) and STAI - State (47%). Only the means of STAI scale - Trait showed statistically significant differences ($p = 0.026$) compared to the average level of anxiety of mothers who received a diagnosis of CM prenatally (37.4) with postnatal (41.2). They showed statistically significant differences between maternal and neonatal variables and scale: STAI - Trait versus educational level ($p < 0.001$), drug use ($p = 0.007$); STAI - Trait versus sex of the newborn ($p = 0.021$); STAI - Trait versus received support from family ($p = 0.039$) and professional ($p = 0.012$); STAI - Trait versus category MC genitals ($p = 0.041$); and STAI - State versus education (0.024) and number of prenatal visits ($p = 0.040$). It was concluded that previous history factors in the lives of these mothers interfered in the anxiety level before the birth of infants with CM, however relations were more significant between maternal and neonatal variables with the STAI scale - Trait, which deals with issues related to traits personality of the people. Nevertheless, malformations generally did not trigger higher rates of anxiety, rejecting the first hypothesis, but the levels showed high on receiving the diagnosis of MC postpartum. Moreover, it became clear the relationship between anxiety and maternal and neonatal variables, and between the categories of birth defects, confirming the hypothesis that anxiety can be interfered by mother's previous history life factors, as well as other maternal and neonatal characteristics.

Keywords: Congenital malformation. Anxiety. Mothers. Newborn. Nursing.

RESUMEN

La noticia de una malformación congénita (MC) del feto es un hecho que desencadena durante el embarazo un período de gran tensión física y emocional, lo que podría conducir a reacciones emocionales y psicológicas, como la depresión, el estrés, los trastornos de la adicción, la ansiedad, entre otros, pueden ser transitorios o permanente. Este trabajo tuvo como intención evaluar los niveles de ansiedad de las madres de los recién nacidos con malformaciones congénitas ingresados en la Unidad de Neonatología (UN). Estudio transversal, cuantitativo realizado en tres hospitales de maternidad en Fortaleza/ CE/Brasil, con la recogida de datos desde mayo/2014 hasta abril/2015. La muestra consistió en 115 madres y 117 recién nacidos, pues dos embarazos fueran gemelares. El cuestionario fue previamente diseñado para investigar las variables sociodemográficas, psicosociales, perinatales y neonatales y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IARE) a las madres en un solo momento, hasta el séptimo día después del nacimiento. Análisis de los datos considera el intervalo de confianza del 95% ($p < 0,05$) para todas las pruebas. Investigación aprobada por el Comité de Ética de las instituciones investigadas. Prevalencia de madres de edades comprendidas entre 19 y 29 años (50%), procedentes de Fortaleza (47%), casadas (36%) con 6-10 años de educación (52%), marrón/negro (93%) y los ingresos uno a dos salarios mínimos (48%). Se identificó que las madres participantes tenían puntuaciones que van de los percentiles 25 y 75, indicativo de ansiedad leve a IARE - Rasgo (53,9%) y IARE - Estado (47%). Sólo los medios de escala IARE - Rasgo mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,026$) en comparación con el nivel medio de la ansiedad de las madres que recibieron un diagnóstico de MC en la atención prenatal (37,4) con postnatal (41,2). Comprueba diferencias estadísticamente significativas entre variables maternas y neonatales y la escala: IARE - Rasgo contra el nivel educativo ($p < 0,001$), el consumo de drogas ($p=0,007$); IARE - Rasgo frente sexo del recién nacido ($p=0,021$); IARE - Rasgo en comparación con el apoyo recibido de la familia ($p=0,039$) y profesional ($p=0,012$); IARE - Rasgo frente categoría genitales MC ($p=0,041$); y IARE - Estado versus educación ($p=0,024$) y el número de visitas prenatales ($p = 0,040$). Se concluye que los factores anteriores de la vida de estas madres influyen en el nivel de ansiedad antes del nacimiento de los bebés con MC, sin embargo fueron más significativas las relaciones entre variables maternas y neonatales con IARE-Traço, que se ocupa de cuestiones relacionadas con los rasgos de personalidad de las personas. Sin embargo, malformaciones, en general, no provocaron mayores niveles de ansiedad, rechazando la primera hipótesis, pero los niveles de ansiedad se habían convertido en alta al recibir el diagnóstico de MC posparto. Por otra parte, se hizo clara relación entre la ansiedad y las variables maternas e neonatales, y entre las categorías de defectos de nacimiento, lo que confirma la hipótesis de que la ansiedad puede ser interferida por factores anteriores de la vida de la madre, así como otras características maternas y neonatales.

Palabras clave: Malformación congênita. Ansiedad. Madres. Recién Nacido. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Bases de dados selecionadas para a revisão integrativa. Fortaleza – CE, 2014.....	36
Figura 2 – Percurso metodológico para seleção dos artigos nas bases de dados. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.....	37
Quadro 1 – Síntese das informações extraídas das publicações das bases de dados LILACS, Portal PubMed, CINAHL e SCOPUS. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.....	38
Quadro 2 – Principais desfechos das publicações das bases de dados LILACS, Portal PubMed, CINAHL e SCOPUS. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.....	41
Gráfico 1 – Período que as mães investigadas receberam diagnóstico da malformação congênita. Fortaleza, CE, Brasil, 2015	66
Gráfico 2 – Variáveis psicossociais das mães dos recém-nascidos com malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	67
Gráfico 3 – Comparação entre as médias (\pm DP) dos níveis de ansiedade materna, consoante o período do diagnóstico do filho malformado e as escalas aplicadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Variáveis socioeconômicas de mães de recém-nascidos com malformações congênitas em instituições hospitalares. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	63
Tabela 2 –	Variáveis demográficas de mães de recém-nascidos com malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	64
Tabela 3 –	Dados perinatais de mães de recém-nascidos com malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	65
Tabela 4 –	Perfil dos recém-nascidos com malformações congênitas internados em Unidades Neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	68
Tabela 5 –	Categorias de malformações congênitas dos recém-nascidos internados em Unidades Neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	70
Tabela 6a –	Tipos de malformações congênitas apresentadas nos recém-nascidos internados em Unidades Neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	71
Tabela 6b –	Tipos de malformações congênitas apresentadas nos recém-nascidos internados em Unidades Neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	72
Tabela 7 –	Número de malformação congênita por recém-nascidos internados em Unidades Neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	73
Tabela 8 –	Níveis de ansiedade das mães de recém-nascidos com malformações congênitas internados em Unidades Neonatais, segundo a escala IDATE. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	74
Tabela 9 –	Distribuição do número de mães por intervalos de percentis e valores de p , segundo a associação IDATE - Traço e variáveis maternas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	76
Tabela 10 –	Distribuição do número de mães por intervalos de percentis e valores de p , segundo a associação IDATE - Estado e variáveis maternas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	77
Tabela 11	Distribuição do número de mães e valores de p , segundo a presença das variáveis psicossociais e os intervalos de percentis para a escala IDATE - Traço. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.	79
Tabela 12	Distribuição do número de mães e valores de p , segundo a presença das variáveis psicossociais e os intervalos de percentis para a escala	

	IDATE - Estado. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	79
Tabela 13	Distribuição do número de recém-nascidos, de acordo com os intervalos de percentis e sua relação, segundo IDATE - Traço e variáveis neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	80
Tabela 14	Distribuição do número de recém-nascidos, de acordo com os intervalos de percentis e sua relação, segundo IDATE - Estado e variáveis neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	81
Tabela 15	Distribuição das categorias de malformações congênitas e sua associação com os intervalos de percentis, segundo IDATE - Traço. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	82
Tabela 16	Distribuição das categorias de malformações congênitas e sua associação com os intervalos de percentis, segundo IDATE – Estado. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Alojamento Conjunto
AIG	Adequado para a Idade Gestacional
BAS	Escala Breve de Ansiedade
BPN	Baixo Peso ao Nascer
BPRS	Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica
BSI	Brief Symptom Inventory
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAS	Escala Clínica de Ansiedade
CIA	Comunicação Intra Atrial
CID – 10	Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CIV	Comunicação Intra Ventricular
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DG	Diabetes Gestacional
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DM	Diabetes Mellitus
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DP	Desvio Padrão
DTF	Defeito do Tubo Neural
EADS	Escala de Ansiedade, Depressão, Stress
EAMF	Escala de Apego Materno Fetal
EASM	Escala de Ansiedade de Separação Materna
ECLANC	Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênicas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GIG	Grande para a Idade Gestacional
HAS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAB	Inventário de Ansiedade de Beck
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço – Estado

IG	Idade Gestacional
IG	Idade Gestacional
LILACS	Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde
M	Média
MC	Malformação Congênita
MeSH	Medical Subject Headings
MBP	Muito Baixo Peso ao Nascer
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
NUPESENEC	Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança
PCA	Persistência do Canal Arterial
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
POMS	Profile of Moods States
PubMed	Portal Publicações Médicas
RN	Recém-nascido
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós Traumático
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVP	Trombose Venosa Profunda
UIN	Unidade de Internação Neonatal
UN	Unidade Neonatal
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

LISTA DE SIGLAS

cm	Centímetros
d	Dias
g	Gramas
N	Número de recém-nascidos/ mães
Nº (nº)	Número
n	Número de casos
<i>p</i>	<i>p</i> de <i>Pearson</i>
s	Semanas

LISTA DE SÍMBOLOS

α	Coefficiente Alfa de Cronbach
gl	Consistência entre escores
R\$	Real
%	Porcentagem
\geq	Maior e igual
$>$	Maior
$<$	Menor
\leq	Menor e igual
\pm	Mais ou menos
χ^2	Qui-quadrado
η_p^2	Probabilidade exata de erro ao quadrado – Eta parcial ao quadrado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	28
3	REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1	Ansiedade: definição e prevalência	29
3.2	Sentimentos maternos vivenciados durante o pré-natal e pós-natal	32
3.3	Ansiedade em mães de recém-nascidos com malformações congênicas	34
4	METODOLOGIA	48
4.1	Desenho do estudo	48
4.2	Local do estudo	48
4.3	População e amostra	49
4.3.1	<i>Crterios de elegibilidade</i>	50
4.4	Variáveis	50
4.4.1	<i>Variáveis independentes</i>	50
4.4.1.1	<i>Descrição das variáveis</i>	51
4.4.2	<i>Variáveis dependentes</i>	53
4.4.3	<i>Variáveis de caracterização da amostra</i>	54
4.5	Coleta de dados e instrumentos utilizados	55
4.5.1	<i>Teste piloto</i>	58
4.6	Análise dos dados	60
4.7	Aspectos éticos	61
5	RESULTADOS	62
5.1	Perfil das mães dos recém-nascidos acometidos por malformações congênicas.	62
5.2	Perfil dos recém-nascidos acometidos por malformações congênicas	67
5.3	Níveis de ansiedade apresentados pelas mães dos recém-nascidos com malformações congênicas	74
5.4	Associações entre as variáveis maternas e neonatais e a ansiedade, conforme escala IDATE	75
6	DISCUSSÃO	83
7	CONCLUSÃO	106
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	121

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da gestação é complexo e envolve fatores de diversas ordens. Desde o momento da fecundação até o nascimento de um recém-nascido (RN), tanto a gestante quanto o feto vivenciam experiências psicológicas, fisiológicas e sociais únicas (VASCONCELOS; PETEAN, 2009).

Essa fase na vida da mulher é vivenciada como uma transição, tal como na adolescência, em que há necessidade de reavaliar identidade, principalmente quando se trata da primeira gestação. É um momento de vulnerabilidade emocional e social, em que dúvidas e expectativas são geradas diante do nascimento e possíveis alterações que ocorrerão na vida, bem como idealizações de um filho perfeito, saudável e sem complicações que geralmente culminam em internamentos hospitalares (HAMMONDS, 2012).

A notícia de um feto com malformação congênita (MC) é um fato que desencadeia um período de grande estresse físico e emocional para os pais (LAZARUS; LAUNIER, 1978), podendo causar reações de depressão, rejeição e rompimento do apego, seja transitório ou permanente, momento em que uma turbulência de sentimentos se faz presente (VASCONCELOS; PETEAN, 2009).

As malformações podem ser diagnosticadas ainda durante a fase fetal. Consoante à afirmação de Sahin e Gungor (2008), em muitos países, com o avanço dos diagnósticos por imagem durante o acompanhamento do pré-natal, são realizados testes e exames que evidenciam maior probabilidade do diagnóstico de MC. Contudo, a partir dessa descoberta, as atenções e orientações oferecidas pelos profissionais de saúde durante a gestação passam a ser direcionadas à anomalia apresentada pelo feto e essas mães tendem a desencadear sentimento de ansiedade que perpassa ao longo do tempo.

É de suma relevância orientar as mães sobre os riscos de morbimortalidade de recém-nascidos malformados, na tentativa de minimizar o misto de emoções vivenciadas durante esse momento de suas vidas. Quando há rompimento na idealização da maternidade e da criança que vai nascer, a mãe traz consigo sentimentos, como medo, raiva, tristeza e perdas, com consequências que não se limitam apenas ao bem-estar físico, mas que podem comprometer o estado psicológico (GORAYEB, 2008).

No Brasil, os índices estatísticos evidenciam que as malformações congênitas constituem a segunda causa de mortalidade infantil, sendo responsáveis por 18,3% do total de mortes. No Ceará, especificamente, também permanecem como segunda maior causa de óbitos, perfazendo taxa de 21% atualmente (BRASIL, 2015a).

No âmbito da prática cotidiana na Unidade Neonatal (UN), comumente observa-se que, com os avanços nos cuidados médico-hospitalares na área da Neonatologia, nos últimos anos, houve aumento significativo do índice de sobrevivência de bebês de alto risco, prematuros, baixo peso, com malformações congênitas (PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008) ou com doenças graves e crônicas (CARMONA *et al.*, 2012).

Conforme afirmam Perosa, Silveira e Canavez (2008), a vulnerabilidade biológica desses recém-nascidos agrava a dificuldade de adaptação dos pais, devido ao fato de a maioria deles serem encaminhados para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) logo após o nascimento, sendo restrito o contato com a mãe em diversas vezes.

O fato de o filho esperado ser substituído por um com diagnóstico de MC provoca, por si só, uma reação de sofrimento e angústia, podendo intensificar-se quando a malformação é letal. Conseguir lidar com o prognóstico desta depende de diversos fatores, podendo ser citados: a estrutura emocional do casal e da própria família, bem como dos cuidados de saúde especializados e da assistência multiprofissional disponibilizada (OLIVEIRA; WESTPHAL; ABRAHÃO, 2015)

Solberg *et al.* (2012), por exemplo, explanam em seu estudo que mães de recém-nascidos com cardiopatia congênita grave, uma MC de alta complexidade clínica, apresentam riscos de saúde mental comprometida, com ansiedade e depressão que podem persistir durante 36 meses após o parto, o que corrobora com a incapacidade que algumas mães apresentam em se adaptar à realidade do bebê malformado, evidenciando menor interação positiva do binômio mãe e filho.

Nardi *et al.* (2015) referem que, com o nascimento de uma criança com Sequência de Pierre Robin, também conhecida como Síndrome de Pierre Robin (caracterizada pela tríade: micrognatia, glossoptose e fissura de palato), a família é atingida emocionalmente, pois o RN necessita de cuidados intensivos em um hospital, o que configura-se um evento estressor, causando na família uma situação inesperada e geradora de ansiedade. Acrescidos ao fato da hospitalização, a falta de informação sobre essa malformação e a presença de fissura de lábio e/ou palato acentuam ainda mais o impacto emocional.

No âmbito hospitalar, rotineiramente, os profissionais enfermeiros deparam-se com pais que adentram a UN com uma face “estampando” misto de sentimentos. É notória a expressão de angústia diante da visita ao RN malformado hospitalizado. Perante a informação de que uma alteração na estrutura ou fisiologia do feto foi constatada, a equipe de saúde precisa estar preparada para responder e fornecer suporte às angústias do casal (BORGES; PINTO; VAZ, 2015).

Vive-se em uma cultura cuja maioria dos cuidados concentra-se na experiência do nascimento, e menos sobre a importância da maternidade ou paternidade. Em Nova Zelândia, por exemplo, a educação em saúde durante o pré-natal é focada nos pais, pois o nascimento de um bebê significa o surgimento de uma nova família, sendo esta responsável pelos cuidados consoante às necessidades do filho (HAMMONDS, 2012).

Em combinação com as variáveis atribuídas ao quadro clínico do RN, Muneer *et al.* (2009) referem que fatores adversos, como idade materna, baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional, conflitos matrimoniais e falta de suporte paterno facultam o aumento da vulnerabilidade materna, prejudicando seu estado emocional.

Consoante à experiência profissional das pesquisadoras enquanto enfermeiras assistenciais na UN, observou-se atenção, por parte da equipe multiprofissional, centrada predominantemente no RN em relação aos pais. Os diferentes sentimentos que trazem consigo no momento, principalmente, da primeira visita ao filho malformado, não são percebidos ou investigados por qualquer tipo de especialista, o que poderá interferir na formação de um vínculo saudável entre família e RN. Essa carência de atenção aos pais diante desse diagnóstico de MC, em especial às mães que permanecem por longos períodos dentro da UN atentas à evolução clínica dos filhos, motivou as pesquisadoras a aprofundar conhecimentos sobre a temática em foco, de forma a contribuir posteriormente para uma possível implantação de serviços para acompanhamento dessas mães por profissionais competentes e especializados para este fim.

Ressalta-se que a aproximação com a temática em questão surgiu desde 2009, quando uma das pesquisadoras ao trabalhar na UN de uma instituição hospitalar referência em atendimento aos recém-nascidos de risco, estando incluídos aqueles com malformações congênitas, iniciou a realização de pesquisas enfocando essa população. A partir desse período engajou-se no grupo de pesquisa SABIMF (Saúde do Binômio Mãe e Filho), atualmente denominado Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança (NUPESNEC) sob supervisão e coordenação da orientadora desta tese, e pôde aprofundar o conhecimento por meio do desenvolvimento de artigos científicos, participação em eventos nacionais e internacionais, especialização em neonatologia, entre outras atividades relacionadas, bem como uma dissertação de mestrado sobre o assunto.

Acrescenta-se que a dissertação realizada durante 2011 a 2012, intitulada “Recém-nascidos com malformações congênitas: prevalência e cuidados de enfermagem na Unidade Neonatal” foi classificada como uma entre as vinte melhores dissertações selecionadas em todo o Brasil que concorreram ao Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS

(Sistema Único de Saúde) em 2013, evidenciando sua importância e contribuições para as políticas de saúde do Brasil e para a comunidade de pesquisadores.

Enquanto enfermeiros (as) e docentes, em relação às mães de recém-nascidos com malformações congênitas, há necessidade de compartilhar orientações não apenas a estas, mas à família que busca por notícias e, na maioria dos recém-nascidos com malformações mais complexas, essas notícias não serão bem aceitas por estes pais, pois o RN permanecerá hospitalizado por um período não estabelecido e com um prognóstico incerto. Consoante afirmam Carvalho *et al.* (2006) esse período é considerado pelos pais uma crise, percebendo-se as reações demonstradas por meio das falas, gestos e em lágrimas. A Enfermagem deve utilizá-lo, como momento para ensinamentos, de maneira a proporcionar mudanças positivas, amenizando o estresse e potencializando a experiência. Essa fase é vivenciada com bastante expectativa e o sentimento de ansiedade, inserido nesse contexto, sobressai necessitando de intervenções que ultrapassem as barreiras dos cuidados clínicos.

Um cuidado voltado aos aspectos psicológicos apresentados por estes pais exige competências de profissionais bem instruídos e aptos a exercer essa função no âmbito de internação hospitalar, de forma a evitar prováveis prejuízos na consolidação do vínculo mãe-filho. Para tanto, serão propostas parcerias entre a equipe da UN, psicólogos e assistentes sociais das instituições hospitalares para encaminhamento e assistência às mães que apresentarem divergentes níveis de ansiedade, para que sejam acompanhadas durante o período necessário.

Estratégias de enfrentamento são utilizadas pelos pais de maneira a adaptar-se, na tentativa de superar a atual situação, designada pela literatura de “coping” (LAZARUS; LAUNIER, 1978).

Para definir o termo ansiedade, Gorenstein e Andrade (2000) afirmam que se trata de um estado emocional com componentes fisiológicos e psicológicos, que compreendem 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 desconforto respiratório, tremor, inquietação e vários desconfortos somáticos procedentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo.

Desse modo, o estudo mostra-se relevante devido a grande valia em investigar o nível de ansiedade vivenciada por essas mães durante essa fase de transição em suas vidas, para que os profissionais enfermeiros, a partir dos resultados, possam promover e incentivar a prática de ações de promoção à saúde consoante às suas necessidades, contribuindo para organização de emoções, desmistificando fantasias, criando vínculos e fortalecendo as

relações entre a família e o RN. Faz-se necessário realizar bom acolhimento por meio de ações de educação em saúde a estas mães, na tentativa de favorecer meios para que haja diminuição dessa ansiedade logo após o nascimento do feto malformado.

Concernente às políticas de saúde pública específicas para essa população, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (BRASIL, 2004), refere em seu documento que as práticas em saúde devem incorporar a integralidade e a Promoção da Saúde está inserida como princípios norteadores nos diversos sistemas, buscando alcançar propostas como as de humanização e melhoria da qualidade da atenção à essas mulheres.

Essa política integra uma das principais iniciativas do Governo Federal brasileiro para melhorar a saúde materna referente ao 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio, que diz respeito à redução da razão de mortalidade materna igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990 (BRASIL, 2010a).

Dentre as sugestões de ações propostas pelo Relatório Nacional de Acompanhamento, conforme Brasil (2010a), tem-se o incentivo às gestantes em participar de iniciativas comunitárias voltadas para a melhoria da saúde materna e o atendimento à gestante tanto no período pré-natal, quanto no pós-parto. Nesse ínterim, encontram-se as mães hospitalizadas com seus diversos problemas de saúde física, mental ou social apresentados durante o pós-parto e que poderão acarretar consequências por um período curto ou longo em suas vidas.

Ao pesquisar literaturas que abordassem o tema em questão, verificou-se que muitos são os estudos que investigam aspectos emocionais em mães de prematuros (PEROSA *et al.*, 2009), mas que são escassos aqueles que objetivam analisar os indicadores de ansiedade materna ao nascimento do RN com MC, sendo estes, na maioria das vezes, realizados por psicólogos inseridos na equipe multiprofissional, avaliados clinicamente e os relatos maternos analisados conforme a experiência subjetiva (PINTO; PADOVANI; LINHARES, 2009).

Na atualidade, a enfermagem tem utilizado algumas tecnologias para realizar o cuidado, sendo pertinente ressaltar a temática da tecnologia do cuidado em saúde, pois esta vem sendo amplamente discutida e inserida nas relações entre os seres humanos e destes com o ambiente. Seu uso no cotidiano é aplicado para facilitar tarefas antes consideradas impossíveis de realizar (KOERICH *et al.*, 2006). A Enfermagem, como também as demais áreas da saúde, usufrui das tecnologias para implementar assistência aos seus clientes e

promover autonomia e independência, seja em instituições fechadas, como hospitais, na educação em saúde ou em qualquer ambiente (OLIVEIRA, PAGLIUCA, 2013).

Para realizar o processo de mensuração do fenômeno de ansiedade é importante ressaltar a utilização de tecnologias para esse fim. A elaboração e a aplicação de um modelo de cuidado é uma forma de tecnologia, pois trata-se de uma forma de ação, um modo de fazer o cuidado. Então, pode-se associar o modelo de cuidado como um processo tecnológico, e poderia ser classificado, como uma tecnologia leve-dura, pois o mesmo é estruturado em uma série de “passos ou normas” que o definem ou o orientam para a realização do cuidado (ROCHA *et al.*, 2008).

O trabalho tecnológico é intencional e racional, envolve raciocínio teórico e prático, conhecimentos sistemáticos e especializados e o resultado só pode ser alcançado mediante um planejamento eficiente e o uso cuidadoso de ferramentas. Diante do cuidado à saúde, é conveniente responsabilizar-se por boa parte da qualidade da assistência que é ofertada, colocando todas as opções tecnológicas de que se dispõe em termos de conhecimento e de saber, a serviço do usuário (KOERICH *et al.*, 2006).

Para mensuração dos níveis de ansiedade com diferentes tipos de pacientes adultos, diversas são as escalas utilizadas, dentre as quais se podem citar: Escala de Ansiedade de Hamilton (HAMILTON, 1959); Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS (OVERALL; GORHAN, 1962); Escala de Ansiedade de Zung (ZUNG, 1971); Subescala de Ansiedade do *Symptom Checklist* (DEROGATIS; LIPMAN; COVI, 1973); Escala Clínica de Ansiedade – CAS (SNAITH *et al.*, 1982); Escala Breve de Ansiedade – BAS (TYRER; OWEN; CICCHETTI, 1984), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAS (ZIGMOND; SNAITH, 1983); *Profile of Moods States* – POMS (LORR; MCNAIR, 1984); Escala de Ansiedade de Separação Materna – EASM (HOCK; MCBRIDE; GNEZA, 1989); Escala de Ansiedade, depressão e stress – EADS (PAIS RIBEIRO; HONRADO; LEAL, 2004); Inventário de Ansiedade de Beck – IAB (BECK *et al.*, 1988) e Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE (SPIELBERG; GORSUCH; LUSHENE, 1970).

Como aliado na busca da avaliação focada na ansiedade de mães de recém-nascidos com malformações congênitas, Perosa *et al.* (2009) utilizaram em estudo instrumentos adequadamente validados e multidimensionais, objetivando mensurá-la, na tentativa de compreender processos subjacentes de sensação e percepção da ansiedade materna.

Portanto, para aplicação no presente estudo, selecionou-se a escala IDATE, traduzida e adaptada para população brasileira, em que se trata de um instrumento que pode

ser utilizado com adultos normais, como medida objetiva de estado (A-estado) e traço de ansiedade (A-traço), composto por 20 itens que o indivíduo deve responder, avaliando a si, em uma escala de quatro pontos (PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008).

Para avaliar essas mães durante o período pós-parto, propôs-se investigar no município de Fortaleza instituições hospitalares de grande porte que tivessem maternidade, com a finalidade de encontrar o maior número de recém-nascidos com malformações congênitas e seus familiares para, posteriormente, avaliar o nível de ansiedade apresentado por estas mães.

O município de Fortaleza consta de várias instituições hospitalares públicas e privadas nos níveis secundários e terciários, sendo referências no Estado do Ceará em atendimento à gestante e ao binômio mãe e filho. Conforme Fontoura (2012), em pesquisa realizada em três grandes instituições federais e estaduais do Ceará, durante um período de seis meses de coleta dos dados durante o ano de 2012, o número de nascidos vivos foi de 5.488 neonatos, quando 134 necessitaram de internação em Unidades Neonatais, apresentando diagnóstico de MC. Esses recém-nascidos estavam inseridos em um contexto familiar cuja mãe vivenciou todo o período de hospitalização com sentimentos e expectativas até a alta hospitalar, finalizada com a infelicidade de um óbito ou a alegria da alta para o domicílio.

Baseado em todo o contexto referido, o estudo evidencia o ineditismo pelo fato de no município de Fortaleza não possuir pesquisas relacionadas à ansiedade das mães de recém-nascidos malformados, efetuadas por enfermeiros, o que irá contribuir para identificação do nível de ansiedade vivenciada por estas mães. A partir desses indicadores, os profissionais de saúde, órgãos de saúde, governos em diferentes instâncias e famílias organizem ações competentes que sejam vinculadas à promoção da saúde materna, em busca da melhoria da qualidade de vida e saúde dessa população que se encontra fragilizada e doente.

Nesse íterim, enquanto pesquisadoras e profissionais atuantes na neonatologia, surgiram os questionamentos: Qual o nível de ansiedade das mães dos recém-nascidos com malformações internados na Unidade Neonatal de instituições hospitalares de Fortaleza, conforme o Inventário de Ansiedade Traço-estado? O nível de ansiedade das mães apresenta alguma relação com as variáveis sociodemográficas maternas e neonatais, ou com o tipo de malformação congênita? Existe diferença nos níveis de ansiedade materna quanto ao momento do diagnóstico do filho malformado?

Hipóteses da pesquisa

Hipótese 1: O nível de ansiedade das mães de recém-nascidos com malformações congênitas internados na Unidade Neonatal na cidade de Fortaleza - CE é elevado conforme Inventário de Ansiedade Traço-Estado.

Hipótese 2: O nível de ansiedade das mães que receberam diagnóstico de MC do filho durante o período pós-parto é maior que aquelas que receberam durante o pré-natal.

Hipótese 3: Fatores pregressos da vida dessas mães, como o planejamento, desejo e aceite da gestação; apoio da família e/ou profissionais de saúde; tentativa de aborto e/ou uso de substância abortiva, interferem no nível de ansiedade diante do nascimento de RN com MC.

Hipótese 4: As variáveis neonatais e maternas influenciam no nível de ansiedade das mães de neonatos com malformações congênitas internados na Unidade Neonatal.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar os níveis de ansiedade de mães de recém-nascidos com malformações congênitas internados em Unidade Neonatal

2.2 Específicos

- Identificar o nível de ansiedade apresentada pelas mães de recém-nascidos com malformações congênitas internados em Unidade Neonatal;
- Comparar os níveis de ansiedade das mães de recém-nascidos com malformações congênitas que receberam o diagnóstico durante o pré-natal e pós-parto;
- Analisar a relação entre os escores totais do Inventário de Ansiedade Traço-estado com variáveis maternas e neonatais;
- Analisar a relação entre os escores totais do Inventário de Ansiedade Traço-estado com a classificação das malformações congênitas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Ansiedade: definição e prevalência

De acordo com Teles-Correia e Barbosa (2009), ao longo da história, várias foram as referências ligadas aos conceitos próximos do constructo atual de ansiedade e que é fundamentado em alguns autores do século XIX que baseiam os modelos teóricos atuais.

Desde 1873, Darwin enfatizou que a ansiedade estava presente no contínuo e em todas as espécies animais, porém não a distinguia do medo, sendo este um mecanismo adaptativo essencial para enfrentar formas de perigo e lutar pela sobrevivência (DARWIN, 1873 *apud* TELES-CORREIA; BARBOSA, 2009).

A partir do século XX, Freud distinguiu a ansiedade em dois aspectos: objetiva, relacionada ao meio ambiente e à neurótica, em que considerou como tendo uma origem exclusivamente intrapsíquica (relacionada com uma predisposição genética importante e/ou um conflito sexual reprimido e não resolvido) (FREUD, 1936 *apud* TELES-CORREIA; BARBOSA, 2009).

Conforme Andrade e Gorenstein (1998), o construto ansiedade é definido como é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Seu estado patológico acontece quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

Além dos transtornos serem muito frequentes, os sintomas de ansiedade estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência. O conceito de ansiedade não envolve um construto unitário, principalmente no que se refere ao contexto psicopatológico. Pode ser generalizada ou focada em situações específicas, como por exemplo em casos de transtornos fóbicos. A ansiedade não situacional pode ser pervasiva, podendo ser um estado de início recente ou uma característica persistente da personalidade do indivíduo (ANDRADE; GORESTEIN, 1998).

Consoante Lewis (1979), são enumeradas diversas características sobre o construto em questão, após uma longa revisão sobre a origem e o significado da palavra ansiedade:

1. Trata-se de um estado emocional, com a experiência subjetiva de medo ou outra emoção relacionada, como terror, horror, alarme, pânico;

2. É uma emoção desagradável, podendo ser uma sensação de morte ou colapso iminente;

3. Direciona-se a acontecimentos em relação ao futuro, em que está implícita a sensação de um perigo iminente. Não existe um risco real, ou se vier a acontecer, a emoção é desproporcionalmente mais intensa;

4. Durante o estado de ansiedade há um desconforto corporal de maneira subjetiva, como sensação de aperto no peito, na garganta, dificuldade para respirar, fraqueza nas pernas e entre outras sensações.

No entanto, Lewis (1979) ainda complementa que existem manifestações corporais involuntárias, como secura da boca, sudorese, arrepios, tremor, vômitos, palpitação, dores abdominais e outras alterações biológicas e bioquímicas detectáveis por métodos apropriados de investigação. Em acréscimo, são incluídos outros atributos na descrição da ansiedade, pode esta ser: normal (p.ex. um estudante frente a uma situação de exame) ou patológica (p.ex. nos transtornos de ansiedade); leve ou grave; prejudicial ou benéfica; episódica ou persistente; ter uma causa física ou psicológica; ocorrer sozinha ou junto com outro transtorno (p.ex. depressão); e afetar ou não a percepção e a memória.

Para Guidolin e Célia (2011), os transtornos de ansiedade estão entre os mais frequentes na população, e os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos da vida. Esses transtornos psiquiátricos podem acarretar prejuízos não apenas para a gestante, como também para o feto e, às vezes, até para o cônjuge (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) também definem a ansiedade como um estado emocional que tem componentes fisiológicos e psicológicos, abrangendo sensações de medo, insegurança e antecipação apreensiva, pensamento dominado por ideias 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.

Almeida Filho *et al.* (1992), em estudo realizado na década de 1990, referem que no Brasil há carência de dados epidemiológicos sobre o perfil de morbidade psiquiátrica na população, fato que dificulta o planejamento, a organização e avaliação da assistência à saúde mental no país. Para tanto, realizaram estudo brasileiro multicêntrico sobre morbidade psiquiátrica em três áreas urbanas (Brasília, São Paulo e Porto Alegre) e, dentre os resultados, constataram prevalência de transtornos de ansiedade de 12,1%, em Brasília; 5,4%, em Porto

Alegre; e 6,9%, em São Paulo, enfocando a ansiedade e a fobia como os principais problemas de saúde mental da população.

A ansiedade materna, por sua vez, tem prevalência em trabalhos nacionais, variando entre 44,0 e 46,1% (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006; PADOVANI *et al.*, 2004).

Araújo *et al.* (2008), em estudo com objetivo de determinar a prevalência de sintomas de ansiedade em gestantes e avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas, obstétricas, nutricionais e a ansiedade, com amostra de 151 gestantes, encontraram prevalência global de ansiedade de 64,9% (IC95%: 56,7-72,5). Ao investigar o nível de ansiedade traço, puderam observar a ocorrência em mulheres com escolaridade entre um e oito anos de estudo (77,8%), fumantes (77,8%), vivendo em união estável (74,4%), com idades entre 18-24 anos (72,3%) e que não trabalhavam (71,0%).

Outro estudo que objetivou quantificar a presença de sintomas de ansiedade e depressão materna em mães que tiveram filhos (com idade entre 31 e 365 dias) internados na ala pediátrica do hospital universitário da Universidade Luterana do Brasil, utilizando o Inventário de Ansiedade de Beck em uma amostra de 140 mães, identificou que 46 mulheres (32,9%) apresentaram sintomas de ansiedade, com escores iguais ou superiores a 20 e 94 (67,1%) tiveram escores inferiores a 20, o que as considerou como não ansiosas. O escore médio dessa população estudada, de acordo com o Inventário de Ansiedade de Beck aplicado, foi igual a 15,99, Desvio Padrão de 10,78, mínimo de 0 e máximo de 55 (GUIDOLIN; CÉLIA, 2011).

Galvão *et al.* (2015) em revisão integrativa sobre depressão pós-parto referiram que a ansiedade está inserida em um conjunto de sentimentos experimentados pelas mães durante esse período em suas vidas. Categorizaram com base nos resultados encontrados nos estudos evidenciados, como um distúrbio psicótico apresentado no pós-parto, além de melancolia, disforia, choros frequentes, entre outros.

A prevalência de ansiedade durante o período puerperal no estudo de Faisal-Cury e Menezes (2006), por meio da avaliação desses níveis, através da utilização do Inventário de Ansiedade Traço Estado com 299 mães, após o primeiro mês do puerpério, foi de 44,8% (IC 95%: 39,1 a 50,7) para ansiedade-estado e 46,1% (IC 95%: 40,4 a 52,0), para ansiedade-traço.

A existência de importante comorbidade entre depressão e ansiedade é um importante problema a ser considerado, justificando maior número de trabalhos que abordam concomitantemente os dois grupos de sintomas (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006).

3.2 Sentimentos maternos vivenciados durante o pré-natal e pós-natal

Quando a mulher descobre que está grávida, diversas transformações serão vivenciadas tanto no aspecto físico quanto no aspecto psicológico. Inicia-se um processo de construção de uma imagem de mãe. A construção desse papel materno é um processo cognitivo-afetivo complexo, no qual tem suas origens na própria experiência da mãe enquanto filha e gradativamente é processado durante a gestação. Entretanto, continua sendo construído e modificado no contexto de interações constantes com o bebê, pelo qual a mulher tem total responsabilidade (CARMONA *et al.*, 2012).

Schmidt e Argimon (2009) citam em estudo a Teoria do Apego que está intimamente relacionada com essa questão da relação mãe-bebê, podendo também ser denominada de teoria da vinculação, pois foi formulada por Bowlby em 1984, em que trata de uma concepção teórica do desenvolvimento sócio-emocional que considera a existência de uma necessidade humana inata para formar laços afetivos íntimos com pessoas consideradas significativas. Isto já estaria presente no neonato em sua forma embrionária e continuaria no decorrer da infância, vida adulta e na velhice. Durante a infância, os vínculos são estabelecidos com os pais ou substitutos que são procurados na busca de conforto, carinho e proteção. Durante a adolescência e vida adulta, esses laços persistem, sendo posteriormente complementados por novos vínculos.

A vivência da gestação e parto pode ser bastante positiva e enriquecedora para a mulher, mas em contrapartida essa mesma vivência pode ser percebida por esta mãe como um processo traumático, decorrente da ausência de cuidado durante esse momento, influenciando negativamente suas experiências futuras (WOLFF; WALDOW, 2008).

Araújo *et al.* (2008) referem que os fatores que influenciam negativamente no binômio materno-fetal, geralmente têm sua gênese no período pré-concepcional ou pré-natal, entretanto os estudos não enfocam os fatores associados à ansiedade durante a gestação.

A gravidez isoladamente representa importante vulnerabilidade emocional, uma vez que a mulher vivencia sentimentos ambivalentes (BORGES; PINTO; VAZ, 2015). Tais sentimentos em relação à gestação e ao bebê são influenciados tanto pelo tipo de assistência recebida durante o pré-natal quanto pela qualidade desta e também por procedimentos específicos realizados neste período. Questões de saúde física e emocional são aspectos importantes a ser considerados por tornarem-se aspectos inseparáveis durante esse processo de transição para a maternidade e de assistência na gravidez (PICCININI *et al.*, 2012).

Estudo de Carvalheira, Tonete e Parada (2010) evidenciou que, em casos de gravidez de alto risco, emoções e sentimentos de culpa que podem complicar a evolução da gestação, são aflorados, entretanto, a morbidade materna grave é associada a falhas da própria mãe durante a gravidez, na rejeição do seu organismo e do feto, gerando sentimentos de culpa, medo e punição. Concluíram que a mulher grávida cria grande expectativa quanto ao futuro de sua vida e do filho, e que durante a gestação e após o nascimento ficam apreensivas e ansiosas, com medo do inesperado e de perder o filho.

Conforme referem Perosa *et al.* (2009), sentimentos de ansiedade vivenciados pelas mães durante o período pós-parto são sugestivos de acompanhamento individual ou grupal para amenizar os efeitos adversos dos estressores no desenvolvimento da criança e atender a necessidade das mães. Além do sentimento de angústia, devido à condição de saúde das crianças, aumenta sua percepção de inadequação para os cuidados com o filho, uma vez que no ambiente hospitalar tornam-se limitados.

O marido necessita desempenhar a importante função de compreender as fragilidades e mudanças hormonais e humorais da mulher durante e logo após a gestação. Também se faz necessário que ambos os pais reconheçam seus papéis com o RN e estabeleça as primeiras relações com este (GALVÃO *et al.*, 2015).

Os pais, muitas vezes, apresentam reação de choque quando o diagnóstico de MC é feito pela primeira vez, principalmente no pré-natal, e essa vivência durante o período pós-parto de uma criança com uma doença crônica é considerada altamente estressante tanto para os pais (Solberg *et al.*, 2011) quanto para os familiares, exigindo elaboração e enfrentamento de uma nova realidade, constituindo um processo não muito fácil (BORGES; PINTO; VAZ, 2015).

Em acréscimo, Solberg *et al.* (2011) referem que as mães enfrentam diversos desafios de aceitação da MC do filho, devido ao fato de os recém-nascidos apresentarem algumas complicações em diferentes sistemas do organismo, problemas quanto ao desenvolvimento neurológico ou motor, comorbidades graves, intervenções cirúrgicas repetitivas, entre outras que implicam acometimento de níveis aumentados de estresse materno que podem complicar o período pós-parto e afetar a saúde mental destas mães.

A importância da saúde mental materna vem sendo reconhecida de maneira gradativa, uma vez que os impactos dos transtornos mentais no período da gravidez e pós-parto não se restringem apenas à saúde e ao bem-estar das mães, mas afetam também a saúde e o desenvolvimento do bebê (PEREIRA *et al.*, 2011a).

3.3 Ansiedade em mães de recém-nascidos com malformações congênitas: revisão integrativa

O nascimento de um bebê em condição de risco e a necessidade de internação em UTIN pode trazer aos pais sentimentos de insegurança e incerteza quanto à vida e ao prognóstico do filho. Mesmo os pais estando conscientes da possibilidade do nascimento de uma criança que necessite de cuidados intensivos, estes mantêm a esperança de que seu filho nascerá saudável e permanecerá junto à mãe até a alta hospitalar (SCHMIDT *et al.*, 2012).

A hospitalização do RN é uma situação que pode gerar danos emocionais para toda família, principalmente para a mãe, por tratar-se de um ambiente diferente e que inibe o contato espontâneo entre mãe e filho (SOUZA *et al.*, 2009).

Mães de RN hospitalizado têm contatos mais limitados com o filho e o desenvolvimento deste relacionamento pode ser adiado. Ao longo do processo de assumir o cuidado do filho hospitalizado, as mães costumam relatar sentimentos de baixa autoestima, insegurança, fracasso e inabilidade para superar as dificuldades que surgem da experiência de cuidar (CARMONA *et al.*, 2012).

Conforme Guidolin e Célia (2011), o período de tratamento, bem como a recuperação de uma criança hospitalizada, pode ser longo, e durante o internamento em que necessita permanecer no ambiente hospitalar, ocorre muitas vezes a exacerbação de sentimentos, como tristeza e melancolia, bem como aumento dos níveis de ansiedade materna diante da situação.

A expectativa dos pais em terem uma criança perfeita poderá tornar-se negativa e angustiante diante do nascimento de um filho com MC, representando carga emocional enorme, uma vez que as mulheres não estão preparadas para o enfrentamento desse desafio (SILVA *et al.*, 2015a). Geralmente, experimentam o desespero frente à real situação, apesar de as emoções variarem entre os indivíduos e as famílias, e os sentimentos mais comuns compreendem o choque, a raiva, a confusão, a culpa, a ansiedade e a tristeza (SANTOS; DIAS, 2005), variando de intensidade e duração (BORGES; PINTO; VAZ, 2015).

Santos e Dias (2005) referem que os pais precisam ter o conhecimento de que estes sentimentos são comuns diante desse diagnóstico no RN, e os profissionais de saúde devem encorajá-los a exprimir dúvidas e inquietações para obter informações sobre os recursos e auxílios que necessitam e, principalmente, do tempo para ajustar-se à nova situação vivenciada.

Em contraste com outros sentimentos e distúrbios vivenciados por mães de recém-nascidos malformados, a ansiedade é pouco estudada, apesar de mostrar-se prevalente, como

referem Faisal-Cury e Menezes (2006), Padovani *et al.* (2004), Araújo *et al.* (2008). Contudo, mostra-se relevante a investigação na literatura sobre o objeto de estudo em questão, visto que os profissionais de saúde, especificamente os da enfermagem, necessitam de aprimoramento dos conhecimentos, na tentativa de lidar de forma adequada, embasados cientificamente, para conduzir sua prática com essa mãe.

Devido à escassez de estudos relacionados ao tema, realizou-se revisão integrativa, com objetivo de identificar as evidências sobre o nível de ansiedade diante do diagnóstico do filho e os distúrbios relacionados apresentados por mães de crianças e neonatos em relação à malformação congênita.

Tal método de pesquisa torna-se ferramenta importante da Prática Baseada em Evidências, uma vez que esta é conduzida pautada em questões de pesquisa construídas de forma clara e guiada por métodos explícitos para identificar, analisar e sintetizar a literatura relevante (FERNANDES; GALVÃO, 2013).

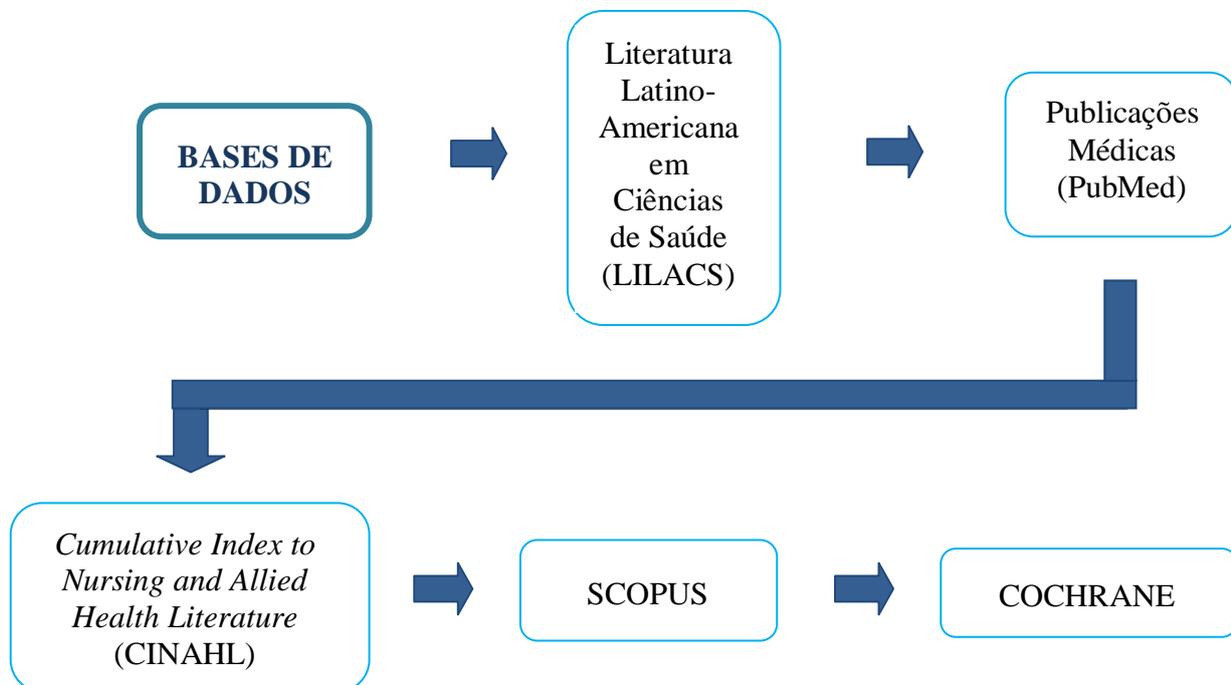
Para tanto, seguiram-se as etapas de uma revisão integrativa: formulação da questão norteadora do estudo; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas das pesquisas selecionadas; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão; e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Diversos são os estudos que investigam os sentimentos de mães de recém-nascidos hospitalizados, porém a maioria é realizada com mães de recém-nascidos prematuros (SCHMIDT *et al.*, 2012; CARMONA *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2009). Entretanto, para essa revisão buscou-se especificar estudos que abordassem distúrbios relacionados à ansiedade em mães de crianças com alguma MC, estando incluídos recém-nascidos, independente da idade gestacional, peso, sexo, época do diagnóstico da anomalia, entre outras variáveis relacionadas ao neonato, a partir da seguinte questão norteadora: Qual o nível de ansiedade diante do diagnóstico do filho e os distúrbios relacionados apresentados por mães de crianças e neonatos em relação à malformação congênita?

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: estudos e pesquisas, artigos de revisão, relatos de caso e de experiência que estivessem disponíveis nas bases de dados *online*, nos idiomas português, inglês e/ou espanhol, que abordassem os níveis de ansiedade e os distúrbios relacionados apresentados por mães de crianças com diagnóstico de MC, disponíveis no período de 2004 a 2015. Incluídas pesquisas que abordassem os pais, pois, nesse contexto, encontram-se as mães. Foram excluídas as cartas ao leitor, os editoriais e pesquisas que não respondesse à questão norteadora do estudo.

A busca e seleção das referências foram realizadas em setembro e outubro de 2014 e junho de 2015, sendo iniciada em 10 de setembro a 28 de outubro de 2014 e de 23 a 27 de junho de 2015, em cinco bases de dados, como apresenta a Figura 1. As referidas bases foram consultadas em separado, uma após a outra, sendo acessadas da seguinte forma: a Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) acessou-se por meio do site da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS (www.bvs.br) e as demais, Portal Publicações Médicas (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus e Cochrane, através do sistema Proxy, pela Universidade Federal do Ceará – UFC.

Figura 1 – Bases de dados selecionadas para revisão integrativa. Fortaleza – CE, 2015.



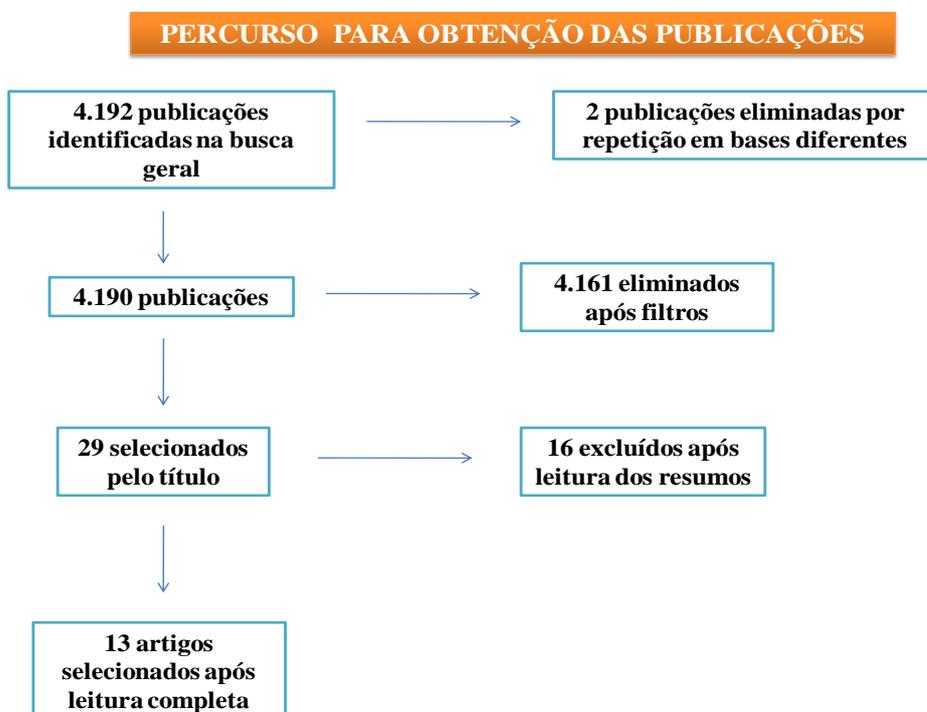
Fonte: Elaborado pela própria autora.

Para obtenção das publicações, foram utilizados os seguintes descritores controlados: “anormalidades congênicas”, “ansiedade” e “mães” para a pesquisa na base de dados LILACS, sendo estes constantes nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs); “*congenital abnormalities*”, “*anxiety disorders*” e “*mothers*” para o portal PubMed, e “*congenital abnormalities*”, “*anxiety*” e “*mothers*” para as bases CINAHL, SCOPUS, COCHRANE, constantes no *Medical Subject Headings* (MESH).

A busca inicial por meio dos descritores identificou 4.192 publicações, sendo duas eliminadas por duplicidade em diferentes bases de dados e 4.161 após refinamentos, como:

textos incompletos, indisponíveis *on-line*, outras populações que não eram de enfoque para o estudo. Selecionados 29 estudos após leitura dos títulos e, ao evidenciar qualquer relação com a temática da revisão integrativa, realizou-se a leitura do resumo ou *abstract*, excluindo-se 16 estudos. Os artigos que obedeceram a todos os critérios da pesquisa foram lidos na íntegra para extração de conteúdo que respondesse à questão de pesquisa, totalizando 13 publicações, sendo cinco estudos constantes na base de dados LILACS, dois no portal PubMed, dois na CINAHL, quatro na SCOPUS e nenhum na COCHRANE.

Figura 2 – Percurso metodológico para seleção dos artigos nas bases de dados. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.



Fonte: Elaborado pela própria autora baseado na declaração PRISMA (MOHER *et al.*, 2009).

Com relação às informações extraídas de cada estudo, adaptou-se um instrumento validado por Ursi (2005) para registro dos dados encontrados. Foram contemplados os seguintes itens: título do periódico, ano da publicação, título do artigo, tipo de estudo e objetivo. Em seguida, registrados os principais desfechos das pesquisas selecionadas, consoante ao conteúdo do artigo.

Para explanação dos resultados da revisão integrativa, foram elaborados quadros constando informações pertinentes, caracterizando as pesquisas selecionadas.

Quadro 1 – Síntese das informações extraídas das publicações das bases de dados LILACS, Portal PubMed, CINAHL e SCOPUS. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.

Periódico/Ano	Título	Tipo do estudo/Amostra	Objetivo
<i>World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery</i> (2013)	<i>Infant Cardiac Surgery: Mothers Tell Their Story: A Therapeutic Experience</i>	Estudo qualitativo/26 mães	Documentar com profundidade, partes de uma entrevista de um estudo maior sobre o estresse: uma relativa ao desafio emocional causado pela doença coronariana do bebê e a outra relativa às experiências das mães em relação à entrevista.
Caderno de Saúde Coletiva (2011b)	<i>Infant's congenital malformation and risk of maternal mental disorders during pregnancy and puerperium: a systematic review</i>	Revisão sistemática/6 artigos	Realizar uma revisão sistemática, analisando os estudos epidemiológicos que investigaram a prevalência e a associação entre transtornos mentais maternos e malformações congênicas do bebê.
<i>Journal of Pediatric Psychology</i> (2011)	<i>Long-Term Symptoms of Depression and Anxiety in Mothers of Infants with Congenital Heart Defects</i>	Estudo de coorte prospectivo/162 mães.	Examinar a relação entre os sintomas de depressão e ansiedade desde a gravidez até os 18 meses pós-parto em mães de crianças com diferentes graus de gravidade de cardiopatias congênicas.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (2009)	Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações	Estudo transversal, prospectivo/44 mães	Comparar as condições emocionais de mães cujos filhos nascem com malformações visíveis (Grupo M) com as das mães de crianças eutróficas (Grupo E) logo após o nascimento.
<i>Journal of Pediatric Surgery</i> (2008)	<i>Posttraumatic stress disorder in mothers of children who have undergone surgery for congenital disease at a pediatric surgery department</i>	Estudo descritivo/145 mães	Investigar a ocorrência do Transtorno de Estresse Pós-traumático em mães de crianças submetidas à cirurgia para doença congênita. Se presente, com qual percentagem é observado; e quais os fatores específicos de cirurgia pediátrica, que afetam problemas psicológicos e fisiológicos nas mães.
<i>Pediatric Critical Care Medicine</i> (2013)	<i>Psychosocial Experiences of Parents of Infants With Hypoplastic Left Heart Syndrome in the PICU</i>	Estudo descritivo, retrospectivo/16 mães	Avaliar o estado psicológico das mães e pais de crianças com síndrome de hipoplasia do coração esquerdo, enquanto internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

<i>Cleft Palate– Craniofacial Journal</i> (2011)	<i>Impact of a Cleft Lip and/or Palate on Maternal Stress and Attachment Representations</i>	Estudo de caso-controle/58 mães	Analisar se representações do apego das mães (modelos internos de trabalho dos pais) são diferentes e se o sintomas de estresse pós traumático maternos são mais prováveis quando a criança tem uma fenda.
<i>Australian Journal of Advanced Nursing</i> (2009)	<i>Distress levels in Turkish parents of children with congenital heart disease</i>	Estudo descritivo, transversal/132 mães	Determinar os níveis de estresse de pais de crianças com cardiopatias congênicas e identificar os fatores que influenciaram os níveis de estresse.
<i>Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing</i> (2013)	<i>Clinical Determinants of Parents’ Emotional Reactions to the Disclosure of a Diagnosis of Congenital Anomaly</i>	Estudo descritivo/60 mães	Analisar as reações emocionais dos pais (alta intensidade contra baixa intensidade) e a intensidade de cada emoção quando um diagnóstico de malformação congênita é comunicado no período pré-natal ou pós-natal.
<i>Prenatal Diagnosis</i> (2013)	<i>Maternal coping, appraisals and adjustment following diagnosis of fetal anomaly</i>	Estudo transversal/40 mães	Investigar as associações entre avaliações, adequação materna e enfrentamento frente ao diagnóstico fetal de anomalia congênita. Compreender o papel das avaliações na vida das mulheres que decidem continuar com a gravidez após o diagnóstico.
<i>American Journal of Medical Genetics</i> (2010)	<i>Long-Term Parental Psychological Distress Among Parents of Children With a Malformation - A Prospective Longitudinal Study</i>	Estudo prospectivo longitudinal/118 mães	Testar a hipótese de que o sofrimento psíquico dos pais a longo prazo aumenta quando o diagnóstico de uma malformação ocorreu durante o pré-natal em relação ao pós-natal; descrever as tendências temporais de sofrimento psíquico em mães e pais de crianças com malformações no acompanhamento a longo prazo; identificar os preditores clinicamente importantes do estresse psicológico e do estado de ansiedade.
<i>Ultrasound in Obstetrics & Gynecology</i> (2006)	<i>The effects on maternal anxiety of two- dimensional versus two- plus three- /four-dimensional ultrasound in pregnancies at risk of fetal abnormalities: a randomized study</i>	Ensaio clínico/124 mães	Testar a hipótese de que a utilização de ultrassonografia 3D /4D com a ecografia 2D pode reduzir a ansiedade em maior extensão em mulheres que apresentam o risco de ter um feto com anormalidades congênicas do que o uso, apenas, de ultrassom 2D.

<i>Birth Defects Research</i> (2006)	<i>Maternal Panic Disorder and Congenital Abnormalities: A Population-Based Case-Control Study</i>	Estudo de Caso-controle/397 mães	Investigar a possível associação entre transtorno de pânico materno durante a gravidez e defeitos congênitos estruturais, ou seja, anomalias congênitas.
--------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

De acordo com os resultados descritos, percebeu-se atualização quanto aos artigos, pois 71% destes foram publicados nos últimos cinco anos, sendo quatro em 2013, três em 2011, um em 2010 e dois em 2009. Isso demonstra que a temática em questão é um assunto que está em constante discussão por pesquisadores, contudo salienta-se que a ansiedade é um constructo que é bastante discutido há muitos anos. Entretanto, para refinamento das publicações, optou-se por limitar a busca das pesquisas apenas no período de dez anos.

Com relação aos periódicos dos artigos selecionados, prevaleceram revistas da área médica, com oito artigos, dois periódicos da área da saúde em geral, um da psicologia e dois da enfermagem. Todavia, a autoria da maioria dos periódicos era constituída por profissionais médicos, seguidos de psicólogos e apenas um artigo continha enfermeiros dentre os autores. Percebeu-se através dessa revisão que a ansiedade das mães de recém-nascidos com malformações congênitas ainda é uma temática pouco explorada por enfermeiros, o que enaltece a relevância desta tese.

No que se referiu ao idioma, apenas dois artigos foram publicados em português e os demais em inglês. Quanto ao tipo de estudo, sobressaiu a modalidade do método quantitativo, conforme o referencial metodológico. Apenas um artigo abordou o método qualitativo e outro em que foi realizada uma revisão sistemática.

Quanto ao nível de evidência das publicações, conforme Melnyk e Fineout-Overholt (2011), os artigos foram classificados da seguinte maneira: dois eram nível I - as evidências eram provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; três eram nível IV - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; oito eram nível VI - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.

Apesar de as publicações apresentarem objetivos diversos em relação às situações desencadeantes de ansiedade, não apenas nas mães, como também nos pais, optou-se por selecioná-los devido apresentar no decorrer do texto trechos que discorriam sobre a ansiedade

específica das mães ou distúrbios associados em relação ao diagnóstico da malformação congênita no filho.

Quadro 2 – Principais desfechos das publicações das bases de dados LILACS, Portal PubMed, CINAHL e SCOPUS. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.

Periódico/Ano	Principais desfechos
<i>World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery</i> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> A maioria das mães relataram Estresse Agudo e Sintomas de Estresse Pós-traumático em relação à doença coronariana do bebê.
Caderno de Saúde Coletiva (2011b)	<ul style="list-style-type: none"> Os transtornos mentais avaliados nos estudos nacionais e internacionais foram depressão, ansiedade, experiência de estresse e sofrimento psíquico. Houve maior frequência da ansiedade e sofrimento psíquico nos estudos investigados. O risco de apresentar sintomas de ansiedade, depressão, de ter forte estresse e sofrimento psíquico foi significativamente maior em mães que tiveram a confirmação diagnóstica da malformação do RN em relação às mães de RN saudável.
<i>Journal of Pediatric Psychology</i> (2011)	<ul style="list-style-type: none"> Somente durante o período pós-parto, a trajetória de saúde mental das mães de crianças com cardiopatia congênita grave desviou da trajetória de saúde mental da coorte aos 6 e 18 meses pós-parto, mostrando níveis significativamente elevados de sintomas de depressão e ansiedade.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (2009)	<ul style="list-style-type: none"> O grupo de mães de recém-nascidos com malformação aparente (Grupo M) apresentou índices significativamente maiores de depressão, ansiedade-traço e ansiedade-estado quando comparado ao grupo de mães de recém-nascidos eutróficos (Grupo E). Várias mães apresentaram sinais clínicos para depressão ou ansiedade no pós-parto imediato em ambos os grupos.
<i>Journal of Pediatric Surgery</i> (2008)	<ul style="list-style-type: none"> Um quantitativo de 29, 20% mães era susceptível de ter sido diagnosticada como tendo desenvolvido Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) na época da pesquisa. Sintomas de TEPT foram correlacionados com fatores como ansiedade e condição da criança, sendo a ansiedade observada mais frequentemente em mães de crianças com maior gravidade da doença, e um possível diagnóstico de TEPT foi menor em mães de crianças com moderada gravidade da doença.
<i>Pediatric Critical Care Medicine</i> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> Apresentaram TEPT oito de nove mães (88%) cujos filhos foram diagnosticados com Síndrome de hipoplasia do coração esquerdo no útero. Quando o diagnóstico da MC ocorreu no pós-parto, seis das sete mães tinham transtorno de estresse agudo e uma mãe tinha TEPT. Devido ao internamento do filho na UTIP, 50% das mães experimentaram dificuldades em relação ao vínculo parental-infantil.
<i>Cleft Palate–Craniofacial Journal</i> (2011)	<ul style="list-style-type: none"> Mães de recém-nascidos com lábio-leporino e/ou fenda palatina, que trabalham modelos internos da criança, experimentam insegurança com mais frequência e mais sintomas de TEPT do que as mães de recém-nascidos saudáveis. A qualidade das representações de apego e sintomas de estresse da mãe não foram influenciados significativamente pela complexidade da fenda palatina. O envolvimento emocional materno, como expressado nas

	representações de apego, foi maior em mães de recém-nascidos com fenda, que tinham sintomas do TEPT, em comparação com mães de recém-nascidos com fissura que apresentaram menos sintomas de TEPT.
<i>Australian Journal of Advanced Nursing</i> (2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Consoante à escala usada no estudo, as mães tiveram escores estatisticamente significantes mais elevados em todas as dimensões de angústia (Somatização, Ansiedade, Depressão e Índice de Gravidade Global). • A intensidade do sofrimento para mães aumentou com a gravidade da doença da criança.
<i>Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing</i> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • As mães apresentaram reações emocionais negativas de alta intensidade frente ao diagnóstico de MC. • Mães que tiveram a divulgação do diagnóstico de MC no pré-natal apresentaram intensidades de algumas reações emocionais, como raiva e tristeza, mais significantes que as mães que receberam a notícia após o nascimento.
<i>Prenatal Diagnosis</i> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • As mães que preencheram os critérios de diagnóstico completo para TEPT depois de ter recebido o diagnóstico perfizeram total de 35%. • As mulheres eram significativamente mais deprimidas ($p < 0,001$) e ansiosas ($p < 0,001$) e relataram significativamente menos afeto positivo ($p < 0,05$) após ter recebido o diagnóstico no pré-natal em comparação com o período após o parto.
<i>American Journal of Medical Genetics</i> (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • As aflições vivenciadas pelas mães foram: ansiedade, depressão, somatização, disfunção social, aflição psicológica, ansiedade-estado, intrusão. • As mães relataram escores significativamente mais elevados para angústia psicológica geral e intrusão. • Aos nove anos de follow-up, 35,9% das mães informaram aflição psicológica clinicamente importante. • O estresse intrusivo diminuiu de T1 a T3, mas aumentou significativamente a partir de T3 a T4. No T4, 25,6% dos pais relataram estresse intrusivo grave, com maior proporção entre as mães (32,8% e 17,2%, com $p=0.029$).
<i>Ultrasound in Obstetrics & Gynecology</i> (2006)	<ul style="list-style-type: none"> • A redução a curto prazo do escore de ansiedade-estado (cerca de 2 pontos) a partir da primeira visita após exames de ultrassom foi observada tanto no grupo de intervenção quanto no grupo controle. • Pequeno aumento na pontuação ansiedade-estado da primeira visita a 28 semanas de gestação foi observada no grupo de intervenção, mas não no grupo controle, porém não houve diferenças significativas nas alterações entre os dois grupos.
<i>Birth Defects Research</i> (2006)	<ul style="list-style-type: none"> • De 22.843 casos de RN com MC, 210 (0,9%) tinham mães com transtorno de pânico durante a gravidez em comparação com 187 (0,5%) controles. • Grupos específicos de anomalias congênitas também foram avaliados em comparação com controles. Casos de RN com fissura labial isolada com ou sem fenda palatina e de múltiplas malformações congênitas foram mais susceptíveis de ter tido mães com transtorno de pânico durante a gravidez.

A gestação em si é um período em que a mulher fica mais vulnerável a alterações emocionais, podendo apresentar diversos sintomas sugestivos de ansiedade, depressão, entre outros transtornos psicológicos. Desde o acompanhamento durante o pré-natal, é possível detectar essas alterações psicológicas acometidas às mães, conforme discorreu Pereira *et al.* (2011b) em revisão sistemática, em que selecionou estudos que explanavam a prevalência e associação entre transtornos mentais maternos e as malformações nos bebês.

De acordo com Pereira *et al.* (2011b), a prevalência dos transtornos mentais, conforme os dados encontrados a partir dos artigos selecionados para sua revisão sistemática, diferiu bastante de um estudo para outro, sendo a ansiedade o transtorno mais investigado e com alta predominância, assim como o sofrimento psíquico, ambos variando de 13 a 60%, seguido da depressão, cuja frequência esteve entre 13 e 27%, e a experiência de altos níveis de estresse (13%). Encontrou também nos estudos selecionados associação significativa entre o diagnóstico de malformações congênitas do bebê e transtornos mentais maternos na gestação e durante o pós-parto. Os riscos de transtornos mentais menores, em especial ansiedade e depressão, foram maiores em mães de bebês com diagnóstico de malformações congênitas do que em mães de bebês saudáveis.

A fim de estudar essas alterações ainda durante o período gestacional, no estudo de Leung *et al.* (2006), em que os autores testaram a hipótese da utilização de ultrassonografia 2D seguida da 3D e 4D, na tentativa de reduzir a ansiedade em mulheres que apresentam risco de ter um feto com MC, percebeu-se que 80% das mães relataram melhor compreensão de que seu bebê era normal a partir da realização da ultrassonografia em 3D/4D, pois somente com as imagens exibidas em 2D, estas não conseguiam visualizar o feto de forma mais nítida.

A análise estatística do estudo de Leung *et al.* (2006) revelou pequena redução em curto prazo na pontuação ansiedade-estado, tanto no grupo de intervenção (ultrassom 2D e 3D/4D) quanto no grupo controle (ultrassom 2D sozinha), mas a diferença nesta redução a curto prazo entre os dois grupos não foi significativa. Portanto, acreditam que qualquer técnica de ultrassom (2D ou 3D/4D) que tranquiliza a mãe sobre o estado de saúde do feto pode reduzir a ansiedade destas, mas que a adição da ultrassonografia 3D/4D não causa redução significativa da ansiedade materna na gestação que apresenta risco de desenvolvimento de anormalidades fetais em comparação com a realização da ultrassonografia convencional em 2D quando realizada isoladamente.

Observou-se na presente revisão que a ansiedade pode ser desencadeada em diferentes fases da gestação e o diagnóstico da MC ser desvelado durante o pré-natal ou no período pós-natal.

Skreden *et al.* (2010) realizaram estudo a longo prazo, em que incluíram prazo de nove anos desde o nascimento, para acompanhamento de possíveis sofrimentos apresentados pelas pais devido a MC. Aplicaram os questionários para avaliação dessas alterações psicológicas em quatro períodos de tempo de pós-parto: 0-7 dias (T1), seis semanas (T2), 6 meses (T3), e nove anos pós-parto (T4). As mães relataram escores significativamente mais elevados para angústia psicológica geral e intrusão. No T4, não houve diferenças significativas nas respostas psicológicas, comparando pais com e sem conhecimento prévio de MC do filho no pré-natal. No T4, 30,2% e 27,8% dos pais relataram sofrimento psicológico e estado de ansiedade clinicamente importantes, respectivamente. Níveis de estresse diminuíram de T1 a T3, mas aumentou significativamente a partir de T3 a T4.

O diagnóstico de MC no pré-natal está associado ao aumento significativo de sofrimento psíquico durante o pós-natal. Skari *et al.* (2006) evidenciaram em pesquisa que o sofrimento psicológico dos pais, estando incluída a mãe, é significativamente maior ao receber o diagnóstico pré-natal, em comparação com o diagnóstico pós-natal. Referiram ainda que o diagnóstico pré-natal entre a 25ª e 30ª semana gestacional está relacionado com os níveis mais elevados de estresse psicológico. Acreditam que seja difícil argumentar o adiamento do processo de informar aos pais para a fase pós-natal devido à ética, embora, teoricamente, isso poderia ter reduzido a angústia parental pré-natal e pós-natal em alguns dos casos.

O sofrimento vivenciado por essas mães é tão devastador, que algumas relataram o momento do diagnóstico como sendo o mais difícil em suas vidas, conforme estudo de Re, Dean e Menahem (2013), ao entrevistá-las de forma mais aprofundada a respeito do desafio emocional diante da situação de um filho com cardiopatia congênita. As mães apresentaram níveis elevados de estresse relacionado ao diagnóstico do filho, tendo este acontecido durante o pré-natal ou no pós-parto. Evidenciaram, também, que a ansiedade e apreensão foram os sentimentos referidos pelas mães em relação ao momento da cirurgia e espera, enquanto a cirurgia estava em andamento, pois mencionavam receio de que o filho não retornasse do centro cirúrgico.

Em acréscimo, outro estudo que buscou determinar o nível de estresse de pais de crianças com cardiopatias congênitas, mostrou que as mães apresentaram escores mais elevados em todas as dimensões de angústia, como a ansiedade, depressão e somatização. Perceberam que a intensidade do sofrimento das mães aumentou com a gravidade da doença da criança (YILDIZ; CELEBIOGLU; OLGUN, 2009).

Em contrapartida, o estudo de Cantwell-Bartl e Tibballs (2013), em que avaliou o estado psicológico das mães e pais de crianças com síndrome de hipoplasia do coração esquerdo internadas na UTIP, referiu que todos relataram múltiplas tensões, como o transtorno de estresse agudo ou o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), que iniciaram com o diagnóstico do bebê e suportaram durante todo o tempo de internamento na UTIP. Além disso, não encontrou diferença significativa quanto à prevalência da doença relacionada ao estresse acometida em mães, com um $p=0,85$.

Os transtornos psicológicos não são desencadeados apenas no momento do recebimento do diagnóstico de MC. Em casos de doenças congênitas que requerem cirurgia logo após o nascimento, Nagata *et al.* (2008) acreditam que os membros da família destas crianças sofrem grande choque psicológico, e a possibilidade de que eles possam desenvolver TEPT não pode ser ignorada. Entretanto, nos resultados do estudo verificou-se que a ansiedade era fator fortemente relacionado ao desenvolvimento de TEPT em mães cujos filhos apresentavam malformações mais graves, uma vez que essas mães já apresentavam algum distúrbio psicológico desde a notícia da MC ao nascimento.

Há diversidade de reações emocionais apresentadas pelos pais diante do diagnóstico de um filho com MC, conforme apresentou o estudo de Fonseca, Nazaré e Canavarro (2013), em que investigaram essas reações e suas intensidades à divulgação desse diagnóstico durante o pré e pós-natal. Aplicaram um questionário a 60 mães, no tempo de um mês após a divulgação dessa notícia da MC, a fim de investigar as experiências emocionais vivenciadas. Não encontraram diferenças nas reações, mas referiram que o tipo de anomalia congênita e o tempo do diagnóstico não foram estatisticamente significantes quando associados aos padrões de reações emocionais. A tristeza seguida de ansiedade foi prevalente entre as mães que tinham conhecimento prévio ou não da MC.

A ansiedade, muitas vezes, está associada ao sentimento de depressão, podendo este último também acometer diferentes momentos da gestação e do pós-parto, como apresentou o estudo de Solberg *et al.* (2011), ao investigar a relação desses sintomas de ansiedade e depressão em mães de crianças com diferentes graus de gravidade de cardiopatias congênitas na 30ª semana gestacional e com seis e 18 meses após o parto. Elucidou nos resultados, a relação entre a gravidade da cardiopatia congênita dos bebês e os sintomas maternos de depressão e ansiedade durante seis e 18 meses de pós-parto, em que possivelmente a identificação dessa díade nas pacientes especificamente vulneráveis necessitará de intervenções no pós-operatório materno.

Estudo de Perosa *et al.* (2009), para possibilitar ações preventivas e intervenções específicas voltadas às mães, objetivou compreender os recursos e dificuldades emocionais maternas quando nasce um filho com malformações, e apresentou em seus resultados que, logo após o nascimento, o grupo de mães cujos recém-nascidos apresentavam MC aparente (Grupo M) apresentava índices significativamente maiores de depressão do que o grupo de mães de crianças eutróficas (Grupo E). Verificou o acometimento de uma porcentagem significativamente maior de mães de recém-nascidos com malformações com sintomas clínicos de disforia/depressão do que mães de recém-nascidos eutróficos.

Quanto à investigação sobre a ansiedade, ainda no estudo de Perosa *et al.* (2009), a porcentagem de mães com quadros ansiosos foi superior àquelas com sintomas de depressão. Ambos os grupos, M e E, apresentaram sinais de ansiedade, mas as medianas dos escores de ansiedade-estado, por meio da utilização do IDATE, foram significativamente superiores no grupo das mães de crianças com malformações visíveis quando comparadas ao grupo de mães de crianças eutróficas.

Outra manifestação muito comum dentre os transtornos de ansiedade apresentados por mães durante a gestação é o transtorno de pânico, principalmente quando se refere a gestantes com diagnóstico de MC fetal no pré-natal, consoante aos resultados evidenciados por Ács *et al.* (2006), em estudo realizado na Hungria. Ao investigar possíveis associações entre transtorno de pânico materno durante a gravidez e as anomalias congênitas, descreveram que as mães de recém-nascidos com fissura labial e múltiplas malformações apresentaram maior probabilidade em desencadear esse transtorno na gestação.

Ainda Ács *et al.* (2006) referiram em estudo ocorrência maior de casos de fissura labial e múltiplas malformações em filhos de mães com transtorno de pânico que não receberam adequado tratamento medicamentoso. Entretanto, essas anomalias podem ser resultados de uma interação entre o transtorno do pânico materno e os fatores de estilo de vida dessas mulheres.

Mulheres que decidem levar uma gestação de feto malformado adiante, tendem a desenvolver diversos tipos de distúrbios, como refere o estudo de Horsch, Brooks e Fletcher (2013), em que 40 mães que continuaram a gravidez foram avaliadas por meio de escalas e questionários após o diagnóstico da MC e durante o pós-natal. Os resultados evidenciaram que 35% das participantes preencheram os critérios de diagnóstico completo para o TEPT após ter recebido o diagnóstico. As mulheres foram significativamente depressivas ($p < 0,001$) e ansiosas ($p < 0,001$) e relataram menos afeto positivo ($p < 0,05$), depois de ter recebido o diagnóstico quando comparadas às que receberam após o parto.

Os eventos estressantes do cotidiano, a idade das mulheres, o número de pessoas que prestam apoio e o enfrentamento focado no problema explicou 57,6% da variação na ansiedade e depressão após o parto. Na sequência de um diagnóstico pré-natal e durante todo o período gravídico, uma atenção especial deve ser dada às mães mais velhas, àquelas que experimentam eventos estressantes adicionais e as que estão socialmente isoladas, pois estas podem experimentar maior sofrimento após o parto (HORSCH; BROOKS; FLETCHER, 2013).

Em suma, os estudos enfocaram a real necessidade de as mães receberem apoio psicológico e emocional por parte dos profissionais de saúde devidamente qualificados, para lidar com essas alterações mentais, como a angústia decorrente da maternidade de uma criança com MC (YILDIZ; CELEBIOGLU; OLGUN, 2009). Fornecer suporte às mães com intervenções individuais ou em grupo (PEROSA *et al.*, 2009) para aliviar essa aflição é bastante válido para ganhos associados ao desenvolvimento de relacionamento mães-bebê, reduzindo a morbidade infantil, e melhorando a qualidade de vida de ambos envolvidos (RE; DEAN; MENAHEM, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Tratou-se de estudo quantitativo, transversal. Durante a realização dos estudos transversais, os fenômenos em estudo são obtidos durante um período de coleta de dados, em um ponto do tempo. São apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno ou a relação entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em três hospitais escolas de nível terciário da cidade de Fortaleza/CE que contém Unidade de Internação Neonatal (UIN) e Alojamento Conjunto, e por ser referência em atendimento neonatal à população rural e urbana dos municípios do Estado do Ceará.

O público atendido nas Unidades Neonatais é bastante variado, constituindo-se de recém-nascidos pré-termo, a termo e pós-termo, com ou sem malformação congênita, dentre os mais diversos diagnósticos e que necessitam de cuidados intensivos em neonatologia. As mães também possuem características físicas, sociais e mentais variadas. De forma a preservar o nome das instituições, os referidos hospitais foram denominados de Hospitais A, B e C.

O Hospital A, de responsabilidade do Governo do Estado do Ceará, dispõe de duas Unidades de Internação Neonatal, totalizando 21 leitos de UTIN, 32 leitos de unidade de cuidado intermediário neonatal convencional e cinco de cuidado intermediário neonatal canguru cadastrados pelo SUS. Durante 24 horas, no plantão das unidades, a equipe de enfermagem constitui-se de 19 enfermeiras e 33 técnicas de enfermagem. Os demais membros da equipe de saúde são constituídos por 22 médicos, seis fisioterapeutas e duas fonoaudiólogas. Ainda, na unidade, constam os setores de secretaria, expurgo, almoxarifado, repouso médico e de enfermagem com banheiros e um hall na entrada da unidade. Conta com serviços de apoio como: Serviço Social, Banco de Leite, Raio X, Laboratório, Banco de Sangue e Centro Cirúrgico, oferecendo um atendimento durante 24 horas/dia.

A Instituição B, de responsabilidade do Governo Federal, localizada em Fortaleza-CE, consta de uma UIN, distribuída em cinco subunidades, duas de terapia intensiva, duas de cuidado intermediário neonatal convencional e uma de cuidado

intermediário neonatal canguru, com capacidade total para 56 leitos, divididos em 21, 30 e 5, respectivamente. A equipe de enfermagem que atua no plantão de 24 horas é constituída de oito enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem. Fazem parte da unidade: uma sala de espera, lactário, sala para ordenha, secretaria, coordenações médicas e de enfermagem, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, banheiros, expurgo, copa, repouso médico e de enfermagem, sala de guarda de material, Raio X, zeladoria. Existem três técnicos de laboratórios exclusivos para o atendimento da unidade. Vinculados ao setor, estão a Farmácia, o Banco de Sangue, o Serviço Social e o Centro Cirúrgico.

A Instituição C, também de responsabilidade do Governo do Estado do Ceará, consta de uma unidade ampla, em que terapia intensiva e cuidado intermediário neonatal convencional estão integrados em uma mesma área física, separados apenas por uma bancada central, destinada ao armazenamento de material e local para registro das anotações de toda equipe multiprofissional, totalizando 15 e 16 leitos, respectivamente. Durante 24 horas de trabalho, os recém-nascidos são assistidos por uma equipe de enfermagem composta de seis enfermeiros e dez técnicos de enfermagem, sendo que apenas um desses últimos tem exclusivamente a função de realizar a ordenha de leite das mães dos recém-nascidos internados durante o período diurno em sala privativa de coleta de leite humano. Associada a essa Unidade, estão as seguintes salas: arquivo, rouparia, material estéril, suprimentos, material de laboratório, expurgo, equipamentos, repouso médico e de enfermagem; antessala para acompanhantes, chefias médica e de enfermagem, copa, secretaria e vestiários.

4.3 População e amostra

A população constou de puérperas, cujos filhos apresentaram malformações congênitas diagnosticadas no pré-natal ou pós-natal e que estiveram internados na UN no período da coleta dos dados.

Conforme o levantamento de dados realizados pela própria autora, em um período de seis meses de coleta, em 2012, foram contabilizados na UN de uma das instituições em Fortaleza em que se propôs a realizar este estudo, 65 recém-nascidos com malformações congênitas (FONTOURA, 2012).

Para a seleção da amostra utilizou-se o tipo de amostragem por sequência, que envolve recrutar todas as pessoas de uma população acessível que atendam aos critérios de elegibilidade ao longo de um intervalo de tempo específico (POLIT; BECK, 2011). Portanto, compuseram a amostra 115 mães que preencheram os critérios de elegibilidade da pesquisa,

durante o período de um ano de coleta dos dados, iniciado em 1 de maio de 2014, finalizado dia 30 de abril de 2015.

4.3.1 Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão: ter sido mãe de RN com qualquer tipo de malformação congênita de baixa, média ou alta complexidade, internado nas Unidades Neonatais, independente da idade gestacional, considerando-se a idade mensurada a partir do método de Capurro somático, realizado pelo neonatologista; ter sido diagnosticado a MC do RN durante o pré-natal, na avaliação pelo neonatologista na sala de parto ou durante os primeiros 7 dias de vida, estando estes internados na UN; ter condições físicas e psicológicas para responder aos questionários de pesquisa; acompanhado o RN durante o período de internamento na UN; o RN não evoluído ao óbito antes da aplicação das escalas.

Critérios de exclusão: mãe com antecedentes psiquiátricos, que apresentaram sinais de delírios e/ou alucinações, portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), deficientes auditivos, apresentado complicações clínicas no puerpério, fazer uso de medicações psicotrópicas, mães que apresentaram impossibilidade de contato devido ter recebido alta hospitalar anteriormente ao fechamento do diagnóstico suspeito de MC ao nascimento, salvo em casos onde estas retornaram para a visita hospitalar ao filho RN que se encontrava internado na UIN, nos primeiros sete dias de vida.

4.4 Variáveis

4.4.1 Variáveis independentes – Variáveis explanatórias

As características sociodemográficas, psicossociais e perinatais que podem provocar ansiedade nas mães de RN malformado são consideradas variáveis explanatórias ou independentes, conforme Hulley *et al.*(2008), como também podem ser denominadas de preditoras .

4.4.1.1 Descrição das variáveis

- Variáveis socioeconômicas e demográficas maternas:

- ✓ Idade: variável contínua mensurada em anos completos até o dia do parto e registrado no campo 19, Bloco III da Declaração de Nascido Vivo (DNV).

- ✓ Procedência: variável categórica em que foi investigada a cidade onde residia essa mãe e, desta forma, foram agrupadas em Fortaleza, Grande Fortaleza, Interior e Outro Estado, sendo esta última referente às mães procedentes de cidades fora do Ceará. Tais municípios estavam registrados no campo 26, Bloco III da DNV.

Considerados municípios da Grande Fortaleza: Caucaia, São Gonçalo do Amarante, Eusébio, Aquiraz, Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Guaiúba, Itaitinga, Pacajús, Horizonte, Chorozinho, Pindoretama e Cascavel (CEARÁ, 2009). Para a variável Interior, foram incluídos os demais municípios do Estado do Ceará.

- ✓ Estado civil: variável categórica definida como solteira, casada, viúva, união consensual e separada judicialmente, sendo preenchido de acordo com o registro do campo 21, Bloco III da DNV.

- ✓ Profissão: variável categórica registrada conforme a descrição do campo 17, bloco III da DNV e apresentada de forma descritiva.

- ✓ Nível de escolaridade: variável categórica relacionadas aos anos completos e regulares de estudo, a saber: Analfabeta, até 5 anos, 6 a 10 anos e 11 anos ou mais de estudo. O somatório dos anos de estudo foi contabilizado a partir da nomenclatura escolar antiga, que inicia em jardim, alfabetização, 1ª a 8ª série do primeiro grau (Atualmente – Fundamental I e II) e 1º, 2º e 3º ano do segundo grau (Atualmente - Ensino Médio), Nível Superior completo ou incompleto está inserido na categoria “11 anos ou mais”. Dados colhidos do campo 16, Bloco III da DNV.

- ✓ Raça: variável categórica descrita no campo 22, Bloco III da DNV. O registro nesse campo, conforme descreve o manual de orientações para o preenchimento da DNV, deverá respeitar o critério da autodeclaração da mãe ao responder à pergunta “qual a sua cor”, contudo, esta deverá ter sido informada anteriormente sobre as cinco alternativas existentes no formulário (BRASIL, 2011b). Entretanto, para o estudo tal variável foi categorizada em: branca, parda, negra e índia.

- ✓ Renda familiar: variável categórica em que a mãe foi indagada quanto ao somatório da renda de todos os moradores do domicílio em que residia. Criadas as categorias:

< 1 salário; 1 – 2 salários; 2 – 3 salários; e > 3 salários. Salienta-se que o valor do salário à época da coleta dos dados era de R\$ 724,00.

✓ Número de moradores na residência: variável contínua, registrada após a mãe contabilizar quantas pessoas, somadas a ela, morava na mesma residência. Lembrando que o filho com MC que acabara de nascer e estava internado na UTIN não contabilizava. Categorizadas em: 1 – 3 pessoas; 4 – 6; 7 – 9 pessoas.

✓ Grau de parentesco com o pai do RN: Variável dicotômica do tipo Sim e Não.

✓ Número de filhos incluindo o atual: variável contínua em que a mãe respondia quantos filhos vivos ela tinha somado ao que acabara de nascer e encontrava-se internado na UTIN. Entretanto, os resultados foram categorizados em: 1 filho; 2 – 3; e 4 – 6 filhos.

✓ Número de filhos malformados incluindo o atual: variável contínua em que a mãe respondia quantos filhos com MC ela tinha tido somado ao que acabara de nascer e encontrava-se internado na UTIN.

• Variáveis psicossociais: Variáveis dicotômicas do tipo Sim e Não, em que a mãe era indagada com as seguintes perguntas:

✓ Sua gestação foi planejada?

✓ Sua gestação foi desejada?

✓ Sua gestação foi aceita?

✓ Teve apoio da família e/ou companheiro?

✓ Teve apoio de alguma instituição ou profissional de saúde?

✓ Tentou abortar?

✓ Tomou alguma substância abortiva?

✓ Fez uso de drogas lícitas (álcool, cigarro) ou ilícitas (maconha, cocaína, crack, heroína, entre outras)? Caso a resposta fosse Sim, a mãe era indagada sobre qual (is) o(s) tipo(s) de droga(s) tinha feito uso. Tais informações foram descritas nos resultados do estudo.

✓ Recebeu o diagnóstico de MC no pré-natal ou após o nascimento: variável categórica em que perguntava a mãe em qual época da gestação havia recebido o diagnóstico da MC no filho. Quando a resposta fosse durante o pré-natal, esta teria que informar o mês que foi diagnosticado (entre o terceiro e nono). Foi considerado período pós-natal: diagnóstico recebido ao nascimento em sala de parto; na Unidade Neonatal; e com quantos dias de vida o neonato apresentava-se quando a mãe recebeu o diagnóstico, independente de este ter sido na UN durante visita ao filho ou no alojamento conjunto, enquanto estava internada.

• Variáveis perinatais:

- ✓ Número de gestações: variável contínua definida pela ordem de gravidez ou gestação, em que inclui todas as gestações, inclusive a atual, independentemente do produto final: nativo, natimorto, aborto espontâneo, aborto induzido, simples ou múltiplo. Esse registro ocorreu por meio do campo 30, Bloco V da DNV, ou campo 36.
- ✓ Número de partos incluindo o atual: variável contínua relacionada ao histórico gestacional, entretanto foi acrescido ao número de partos anteriores o parto atual. Registrados por meio do campo 30, Bloco V da DNV.
- ✓ Número de abortos: variável contínua relacionada ao histórico gestacional em referência ao número de abortos acometidos. Registrados por meio do campo 30, Bloco V da DNV.
- ✓ Número de natimortos: variável contínua registrada no prontuário da mãe ou do RN.
- ✓ Tipo de parto: variável dicotômica categorizada em vaginal ou abdominal, registradas no campo 38, Bloco V da DNV.
- ✓ Fez pré-natal: variável dicotômica do tipo Sim e Não registradas a partir do campo 33, Bloco V da DNV sobre nº de consultas de pré-natal, que implica a realização ou não deste.
- ✓ Número de consultas de pré-natal: variável contínua referente à quantidade de consultas realizadas desde a descoberta da gestação. Registro descrito no campo 33, Bloco V da DNV.
- ✓ Teve intercorrência durante a gestação ou parto: variável categórica extraída dos documentos dos prontuários referentes aos agravos e alterações na gestação, podendo apresentar-se isolada ou associada.
- ✓ Teve alguma complicação durante o puerpério: variável categórica extraída dos documentos dos prontuários referentes às complicações durante o período pós-parto, podendo apresentar-se isolada ou associada.

4.4.2 Variáveis dependentes - Variáveis desfecho

Foram consideradas variáveis dependentes, os níveis de ansiedade apresentados pelas mães de recém-nascidos malformados, consoante os intervalos de percentis 25 e 75. Atribuiu-se aos escores abaixo do percentil 25, nível de ansiedade baixa. Entre 25 e 75 considerou-se ansiedade moderada e acima do percentil 75 considerou-se ansiedade elevada.

4.4.3 Variáveis de caracterização da amostra - Covariáveis

Foram coletadas a partir de prontuários e outros documentos específicos de cada instituição as seguintes variáveis de caracterização dos neonatos (covariáveis):

- Sexo: variável categórica descrita no campo 3, Bloco I da DNV, sendo considerado o sexo “indeterminado” para aqueles recém-nascidos com malformações dos órgãos genitais.
- Peso: variável contínua e medida em gramas descrita no campo 4, Bloco I da DNV. Entretanto, foram categorizadas em: 1000 – 1499; 1500 – 2499; 2500 – 2999; 3000 – 3999; e ≥ 4000 .
- Idade cronológica: variável contínua referente aos dias de vida do RN para limitação dos dados a serem coletados.
- Idade gestacional (IG): variável contínua, porém considerou-se a idade mensurada a partir do método de Capurro somático, realizado pelo neonatologista na Sala de Parto e registrada nos prontuários.
- Apgar: variável contínua descrita no campo 5, Bloco I da DNV. Apgar no 1º minuto foi categorizado em : 0 – 3; 4 – 6; e 7 – 10. Contudo, o Apgar no 5º minuto foi categorizado apenas em: 4 – 6 e 7 – 10, devido aos registros encontrados.
- Raça: variável categórica descrita em qualquer documento nos prontuários dos recém-nascidos referente à cor deste, sendo inferida pelo profissional de saúde ao atendimento na Sala de Parto ou UN. Para o estudo, foram definidas como branco, pardo, negro e índio.
- Números de dias de internação hospitalar: variável contínua referente aos dias de internação do RN na UN para limitação dos dados a serem coletados.
- Data e hora do nascimento: variável descrita no campo 2, Bloco I da DNV, para limitação dos dados a serem coletados.
- Classificação de acordo com IG e peso: variável categórica registrada em qualquer documento nos prontuários dos recém-nascidos. Classificadas em: “Pequeno para Idade Gestacional (PIG)”, “Adequado para Idade Gestacional (AIG)” e “Grande para Idade Gestacional (GIG)”.
- Tipo de malformação congênita: variável categórica investigada a partir do campo 6, Bloco I da DNV e, posteriormente, descrita no campo 41, Bloco VI da mesma. Conforme orientações para preenchimento, devem ser registradas todas as anomalias observadas, sem hierarquia ou tentativa de agrupá-las em síndromes, priorizando a descrição constante da

relação de códigos da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) - 10ª revisão (BRASIL, 2011b). Contudo, após a descrição da MC, procedeu-se à categorização em consonância ao CID-10, agrupando-as em:

- Malformações congênicas do Sistema Nervoso Central (SNC)
- Malformações congênicas do olho, ouvido, face e pescoço
- Malformações congênicas do Aparelho Circulatório
- Malformações congênicas do Aparelho Respiratório
- Fenda labial e/ou palatina
- Outras Malformações congênicas do Aparelho Digestivo
- Malformações congênicas dos órgãos genitais
- Malformações congênicas do Aparelho Urinário
- Malformações congênicas do Aparelho Osteomuscular
- Outras Malformações congênicas
- Anomalias Cromossômicas

4.5 Coleta dos dados e Instrumentos Utilizados

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora no período diurno, devido ser o momento em que a família disponibilizava maior atenção e visitava o RN nas unidades, tornando-se mais conveniente a abordagem a essas mães durante esse período. A aplicação dos instrumentos às mães dos recém-nascidos aconteceu na primeira semana após o nascimento (até sete dias), sendo esta uma justificativa baseada em estudo realizado por Perosa *et al.* (2009), onde coletaram os dados em hospital e consideraram esse período como o mais propício para a realização dessa coleta devido o RN estar internado na UN.

Para o monitoramento do nascimento de neonatos com malformações congênicas e posterior internamento na UN, foram realizados contatos telefônicos diários com as enfermeiras das unidades pesquisadas, bem como visitas periódicas às instituições para localização desses recém-nascidos e suas mães, pois as equipes de trabalho do referido setor foram avisadas quanto ao início da coleta dos dados, após aprovação do projeto pelo comitê de ética, bem como a necessidade em colaborar para o desenvolvimento da pesquisa.

O instrumento utilizado no estudo para mensurar os níveis de ansiedade das mães é auto-aplicável podendo ser administrado de forma oral quando presume-se que o examinando pode necessitar de ajuda ou encontra-se impossibilitado de assinalar as questões.

No entanto foi lido previamente, explicado e dada a opção para o auto preenchimento pela mãe ou pelo pesquisador. No caso de incompreensão das mães em relação a algum item das escalas ou dificuldades específicas, estes foram esclarecidos pelo pesquisador, de maneira a prosseguir com a coleta dos dados, não inferindo na seleção das respostas. Ressalta-se que o preenchimento da escala, aplicada à única mãe analfabeta, foi realizado pela pesquisadora após leitura da mesma, sendo a resposta dada pela mãe e assinalada pelo pesquisador.

O instrumento e questionário foram aplicados à mãe enquanto encontrava-se no leito, caso estivesse internada, ou em locais privativos previamente reservados para essa atividade.

Foram utilizados:

1. Questionário previamente elaborado para pesquisa: contendo variáveis sociodemográficas, psicossociais, maternas e neonatais, a serem colhidas por meio de entrevista informal e dados registrados em prontuários da mãe e do neonato, bem como documentos específicos de cada instituição, tendo em vista se configurar como documentos que contém as informações referentes ao cliente e à patologia deste.

2. Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE:

Este inventário foi desenvolvido por Spielberg, Gorsuch e Lushene (1970) e traduzido e adaptado por Biaggio e Natalício para população brasileira, apresentando consistência interna satisfatória, podendo ser usado como instrumento de pesquisa para pesquisadores determinar níveis reais de intensidade da ansiedade (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERG, 1977). É um questionário de auto avaliação amplamente utilizado na monitorização dos estados ansiosos, medindo dois conceitos de ansiedade: estado ansioso (IDATE – Estado) e traço ansioso (IDATE – Traço). Cada aplicação dura em média 20 minutos para completar o preenchimento de ambas as escalas.

Trata-se de duas escalas com 20 afirmações cada, nas quais os respondentes indicam a intensidade de ansiedade em um determinado momento (IDATE – Estado) e a como geralmente se sentem (IDATE – Traço), por meio de uma escala com itens que pontuam de 1 a 4 pontos. O escore total varia de 20 a 80, indicando por meio dos maiores valores, um índice maior de ansiedade (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERG, 1977).

Também se trata de uma escala do tipo Likert, com quatro possibilidades de respostas, no entanto, as respostas diferem nos instrumentos de Ansiedade – Traço e Ansiedade - Estado.

As possíveis respostas da escala IDATE – Traço são:

- Quase nunca: 1

- Às vezes: 2
- Frequentemente: 3
- Quase sempre: 4

O termo Ansiedade – Traço segundo relatam Biaggio, Natalício e Spielberg (1977), refere-se a diferenças individuais, relativamente estáveis, em relação à ansiedade. São as tendências de reação a situações percebidas como ameaçadoras que cada indivíduo desenvolve a partir de suas experiências pessoais, como resíduos destas e que predis põem as futuras percepções do seu meio. O desenvolvimento do traço de ansiedade e sua manutenção estão diretamente relacionados às experiências passadas do indivíduo, sua percepção das mesmas e aos condicionamentos resultantes dessas.

As possíveis respostas da escala IDATE – Estado são:

- Não absolutamente: 1
- Um pouco: 2
- Bastante: 3
- MUITÍSSIMO: 4

O conceito de Ansiedade – Estado se refere a um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, em constante variação, caracterizado por sensações desagradáveis de tensão e apreensão percebidas de forma consciente pelo indivíduo, com aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. O estado de ansiedade pode variar de intensidade e flutuar no tempo (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERG, 1977).

De maneira a interpretar os resultados e quantificar as respostas assinaladas, Kaipper (2008) descreveu em sua dissertação, que atribui-se a pontuação correspondente à resposta dada para cada uma das perguntas da seguinte forma: os escores para as perguntas de caráter positivo são invertidos, como por exemplo, se o respondente assinalar 4 atribui-se o valor 1 na codificação; se responder 3, atribui-se 2; quando a resposta for 2, atribui-se 3 e ao responder 4, atribui-se 1. Portanto, o autor descreve que na escala IDATE – Traço, as perguntas positivas são: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19; e as negativas: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20. Na IDATE – Estado, as positivas são: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20; e as negativas são: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18.

Para classificar os níveis de ansiedade, estudo com população diferente da que foi investigada nesta pesquisa, os autores aplicaram a escala IDATE e traçaram um ponto de corte consoante a definição do grau de ansiedade, conforme os percentis 25 e 75. O percentil 25 ou abaixo deste foi considerado como ansiedade baixa. Entre 25 e 75 consideraram

ansiedade moderada e no percentil 75 ou acima deste, a ansiedade elevada (FRIAS; COSTA; SAMPAIO, 2010).

Para a presente tese, a seleção desses pontos de cortes baseou-se em algumas pesquisas cujos autores trabalharam com população semelhante, ou seja, mães de recém-nascidos com ou sem malformações congênitas hospitalizados, quando utilizaram como indicativo de sintomas de ansiedade em nível clínico o critério de corte de escore igual ou acima do percentil 75 (PEROSA *et al.*, 2009; PADOVANI *et al.*, 2004).

Contudo, como método para analisar a escala, foram traçados pontos de corte, segundo os percentis 25 e 75 pelo estatístico que analisou o estudo, haja vista que as variáveis representadas pelos valores dos escores das escalas apresentaram distribuição normal, por meio do Teste de Kolmogorov-Sminorv. Portanto, foram categorizadas em três percentis:

- Percentil < 25 (ansiedade baixa): IDATE – Traço (escores de 21 a 33) e IDATE – Estado (escores de 31 a 41).
- Percentil 25 a 75 (ansiedade moderada): IDATE – Traço (escores de 34 a 44) e IDATE – Estado (escores de 42 a 52).
- Percentil > 75 (ansiedade elevada): IDATE – Traço (escores de 45 a 72) e IDATE – Estado (escores entre 53 e 69).

4.5.1 Teste Piloto

Durante o mês de novembro/2013, foi realizado o teste piloto para embasar o presente estudo. Tal momento foi fundamental para familiarizar a pesquisadora com uma das instituições investigadas, bem como com o instrumento utilizado, os enfermeiros e outros profissionais dentro da UIN, e a população investigada. O projeto piloto foi submetido ao Comitê de Ética da instituição por meio da Plataforma Brasil e aprovado sob protocolo nº 446.548.

Segundo alguns pesquisadores, como Polit e Beck (2011), os estudos piloto são ensaios de pesquisa em pequena escala do estudo, com objetivo de obter informações, visando melhoria do projeto ou para investigar a sua viabilidade.

A realização desse estudo piloto mostrou-se relevante, pois a partir dos resultados e observações obtidas, as diretrizes e o caminho metodológico traçados para esta pesquisa foram revistas e aperfeiçoadas.

Os resultados apresentaram quantitativo de cinco mães com recém-nascidos malformados internados na UIN durante o mês de novembro de 2013, as quais não fizeram

parte da amostra final da tese. Conforme as variáveis sociodemográficas, três eram residentes em Fortaleza, uma em Baturité e uma em Itaitinga; idade materna variou entre 16 e 25 anos; duas casadas, duas em união estável e uma solteira; três tinham mais de 11 anos de estudo e duas estudaram de 6 a 10 anos; todas se designaram pardas; três afirmaram ter renda familiar entre um e dois salários mínimos, uma entre três e quatro salários e uma acima de quatro, sendo considerado o valor de R\$ 678,00 para um salário mínimo; e em todos os casos, este era o primeiro filho com MC.

Quanto às variáveis psicossociais, apenas uma mãe referiu ter sido planejada a gestação; uma referiu não ter sido desejada, mas todas aceitaram o fato de estar grávida. Todas as mães também relataram que tiveram apoio da família e/ou companheiro, bem como das instituições de saúde; nenhuma tentou abortar ou tomou substância abortiva e nem fez uso de drogas lícitas e/ou ilícitas.

No que concerne às variáveis perinatais, três eram primíparas e duas múltíparas; apenas uma teve parto normal; todas realizaram pré-natal com no mínimo três consultas; nenhuma tinha histórico de feto natimorto; apenas uma não teve intercorrências durante a gestação ou parto e apenas uma persistiu com hipertensão no puerpério.

Em relação às variáveis neonatais, dois recém-nascidos apresentaram malformações do Sistema Osteomuscular (Pé torto congênito bilateral e Onfalocele), um inserido na categoria Outras malformações do Aparelho Digestivo (Atresia de esôfago), um do Sistema Nervoso Central (Mielomeningocele + Síndrome de Arnold Chiari) e um do Aparelho Circulatório (Artéria umbilical única); três do sexo feminino e dois masculino; idade gestacional variando entre 33 semanas e seis dias à 40 semanas e três dias; pesando entre 1.380g e 3.150g; Apgar no 1º minuto de dois a oito e no 5º de oito a nove; sendo todos pardos; apenas um foi classificado como PIG e os demais AIG.

Após a aplicação da escala, foram evidenciados diferentes valores dos escores ao somatório da pontuação total. Consoante aos resultados da aplicação do IDATE - Traço, as mães apresentaram escores que variaram entre 32 e 47. À aplicação do IDATE - Estado, todas as mães registraram escores que resultaram em uma pontuação um pouco maior que na Ansiedade Traço, com valores entre 40 e 59. Conforme o IDATE - Estado, as mães apresentaram uma ansiedade maior que ao IDATE - Traço.

Diante da realização do teste piloto, constataram-se algumas dificuldades e facilidades quanto a sua aplicabilidade. Primeiramente, é importante ressaltar a amostra reduzida de mães, pois em alguns casos não incluídos no teste, o RN foi diagnosticado como tendo uma MC durante o período em que estava internado na UIN. Estes nasceram com uma

suspeita de diagnóstico, no entanto, somente com o auxílio de exames de imagem como ultrassonografias, raio x e ecocardiogramas enquanto internados, foi possível confirmar o diagnóstico da malformação.

Para tanto, em comum acordo entre a pesquisadora e orientadora deste estudo, acreditou-se ser pertinente acrescentar aos critérios de inclusão os recém-nascidos cujo diagnóstico da MC foi confirmado na primeira semana de vida e internamento na UIN.

Pôde-se avaliar a aplicabilidade dos questionários, pois em poucos momentos houve solicitação para esclarecimentos de alguns termos e expressões, o que comprova a facilidade de auto aplicação do instrumento. Outra facilidade encontrada referiu-se às mães ainda estarem internadas na instituição, o que trouxe comodidade para a pesquisadora contatar sua amostra. Nenhuma mãe se opôs responder aos questionários.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram organizados em planilhas no programa *Excell*, versão 2010 e processados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, licença número 10101131007. Posteriormente, os resultados foram apresentados em gráficos, tabelas simples e cruzadas.

Calcularam-se a média e o desvio padrão das variáveis maternas: idade, nível de ansiedade de acordo com IDATE, nº de moradores, nº de filhos, nº de gestações, nº de partos, nº de abortos, nº de natimortos e nº de consultas de pré-natal; do RN: IG, peso, estatura e Apgar 1º e 5º minuto. Para se analisar a associação entre o nível de ansiedade (duas escalas) com as variáveis maternas e do RN, aplicaram-se os testes de Qui-Quadrado (χ^2) e de razão de verossimilhança. As comparações das médias das escalas com as características das mães e dos recém-nascidos foram realizadas pelos testes t de Student, para dados independentes e o Teste de Kolmogorov-Sminorv para verificação da normalidade entre os escores das escalas para traçar os percentis. Considerou-se como estatisticamente significativa as análises com $p < 0,05$ (nível de significância de 5%).

Em alguns momentos para realizar análise dos dados, foram utilizados diferentes n de amostras, principalmente no que se referiu às categorias de malformações congênitas, pois foram somados os diferentes tipos de malformações independente do número de recém-nascidos e, posteriormente, organizados conforme respectiva categoria. Portanto, o n de recém-nascidos foi inferior ao n de malformações.

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à avaliação dos Comitês de Ética das instituições onde ocorreram a coleta de dados, por meio da Plataforma Brasil, visando aprovação para iniciar a execução da pesquisa e aprovado com o parecer nº 618.031, de 16/04/2014.

As mães dos recém-nascidos com malformações foram contatadas e explicados os objetivos da pesquisa. Após a aceitação destas em participar da pesquisa, foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), formalizando a inclusão neste estudo. Quando a mãe apresentou idade inferior a 18 anos, foi contatado o responsável para assinar o TCLE.

Desta forma, os princípios éticos da Resolução nº 466 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamenta normas para a pesquisa que envolve seres humanos foram resguardados neste estudo (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

Iniciando a apresentação dos resultados é importante salientar que o número de mães divergiu da quantidade de recém-nascidos, pois duas apresentaram gravidez de gemelares. Portanto, durante a explanação dos achados da pesquisa, foram analisadas variáveis relacionadas a um n de 115 mães e n de 117 recém-nascidos.

Dentre as 115 mães contabilizadas, 35 foram registradas na instituição A, 47 na B e 33 na C, perfazendo frequência de 30,4%, 40,9%, 28,7% respectivamente, da amostra estudada.

5.1 Perfil das mães dos recém-nascidos acometidos por malformações congênitas

Considerou-se relevante identificar algumas características vinculadas às condições socioeconômicas, sanitárias e perinatais das participantes, as quais estão descritas nas tabelas e figuras a seguir.

Tabela 1 – Variáveis socioeconômicas de mães de recém-nascidos com malformações congênitas em instituições hospitalares. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

Variáveis Maternas n=115	N	%	Média±DP
Idade (anos)			
15 – 18	18	16	26,68±7,56
19 – 29	58	50	
≥ 30	39	34	
Origem			
Fortaleza	54	47	
Grande Fortaleza	17	15	
Interior	42	37	
Outro Estado	2	2	
Estado Civil			
Solteira	13	11	
Casada	41	36	
Viúva	3	3	
União Consensual	58	50	
Escolaridade (anos)			
Analfabeta	1	1	
Até 5	13	11	
6 - 10	60	52	
≥ 11	41	36	
Raça			
Branca	8	7	
Parda / Negra	107	93	
Renda Familiar (salário)			
< 1	33	29	
1 - 2	55	48	
2 - 3	19	17	
> 3	8	6	

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos.

Idade materna: conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, evidenciou-se frequência de 50% (58) das mães com idade compreendida entre 19 e 29 anos, sendo a média de 26,68±7,56 anos.

Quanto à origem e residência, 47% procederam de Fortaleza, entretanto houve 2% (2) dentre todas que residiam em outro Estado (Santa Luíza – Maranhão e Exu – Pernambuco).

No que se referiu ao estado civil, metade da amostra 50% (58) afirmou viver em União Estável com o companheiro e apenas 3% (3) eram viúvas.

Em relação ao nível de escolaridade, sobressaíram as mães que estudaram durante um período completo de 6 a 10 anos, perfazendo 52% (60) da amostra investigada e apenas

uma dentre o total era analfabeta. Quanto à raça, a grande maioria, 93% (107) se designou de parda ou negra e uma minoria de 7% (8) como branca.

Quanto à renda familiar, que foi calculada pela somatória dos salários mensais de todos os moradores da residência da mãe, 48% (55) referiu renda entre 1 e 2 salários mínimos. Em menor quantitativo, apenas 6% (8) das mães afirmaram ganho acima de 3 salários. O salário mínimo à época da coleta dos dados era de R\$ 724,00.

Tabela 2 – Variáveis demográficas de mães de recém-nascidos com malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

Variáveis n=115	N	%	Média±DP
Nº de moradores no domicílio			
1 - 3	70	61	3,42±1,58
4 - 6	39	34	
7 - 9	6	5	
Parentesco com o pai do recém-nascido			
Sim	8	7	
Não	107	93	
Nº de filhos			
1	54	47	1,99±1,23
2 - 3	48	42	
4 - 6	13	12	
Nº de filhos com MC			
1	106	92	1,07±0,26
2	9	8	

Fonte: Questionário elaborado para a pesquisa.

A Tabela 2 mostra que o número de moradores por domicílio foi mais frequente de uma a três pessoas, correspondendo a 61% (70) das mães habitavam. Apenas 5% (6) da amostra continha sete a nove pessoas no domicílio.

Quanto ao grau de parentesco entre mãe e pai, constatou-se que apenas em 7% (8) dos casos as mães afirmaram serem primas de diferentes graus, mostrando assim que a maioria não tinha nenhum tipo de consanguinidade com o pai do RN.

Com referência ao número de filhos, evidenciou-se que em 47% (54) das mães se tratava do primeiro bebê e que 12% (13) tinham quatro a seis filhos. Entretanto, a maioria das mães eram multigestas, tinham mais de dois filhos, todavia, 92% (106) do total da amostra pesquisada referiu que esse RN que fez parte do estudo era o primeiro filho a apresentar alguma MC, com média de 1,07±0,26 filhos.

Tabela 3 – Dados perinatais de mães de recém-nascidos com malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

Variáveis	n=115	N	%	Média±Desvio Padrão
Nº de Gestações				
1		47	41	2,3±1,53
2		28	24	
3 a 7		40	35	
Nº de Partos				
1		54	47	1,99±1,23
2 – 3		49	43	
≥ 4		12	10	
Nº de Abortos				
0		89	77	0,28±0,61
1		20	17	
2		4	3	
3		2	2	
Nº de Natimortos				
0		113	98	
1		2	2	
Tipo de Parto				
Vaginal		19	17	
Abdominal		96	83	
Pré-Natal				
Sim		114	99	
Não		1	1	
Recebeu Diagnóstico de Malformação*				
Pré-Natal		66	57	
Pós-Natal		49	43	
Nº de Consultas Pré-natal				
< 6		33	29	6,82±2,74
≥ 6		81	71	
Uso de Drogas lícitas e/ou ilícitas*				
Sim		5	4	
Não		110	96	

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos.

*Questionado às mães

Ao descrever e analisar as variáveis maternas perinatais, percebeu-se que em se tratando do número de gestações, 41% (47) eram primigestas, sobressaindo o somatório entre as secundigestas e multigestas, que perfizeram total de 59% (68) das mães. A média calculada foi de 2,3±1,53 gestações.

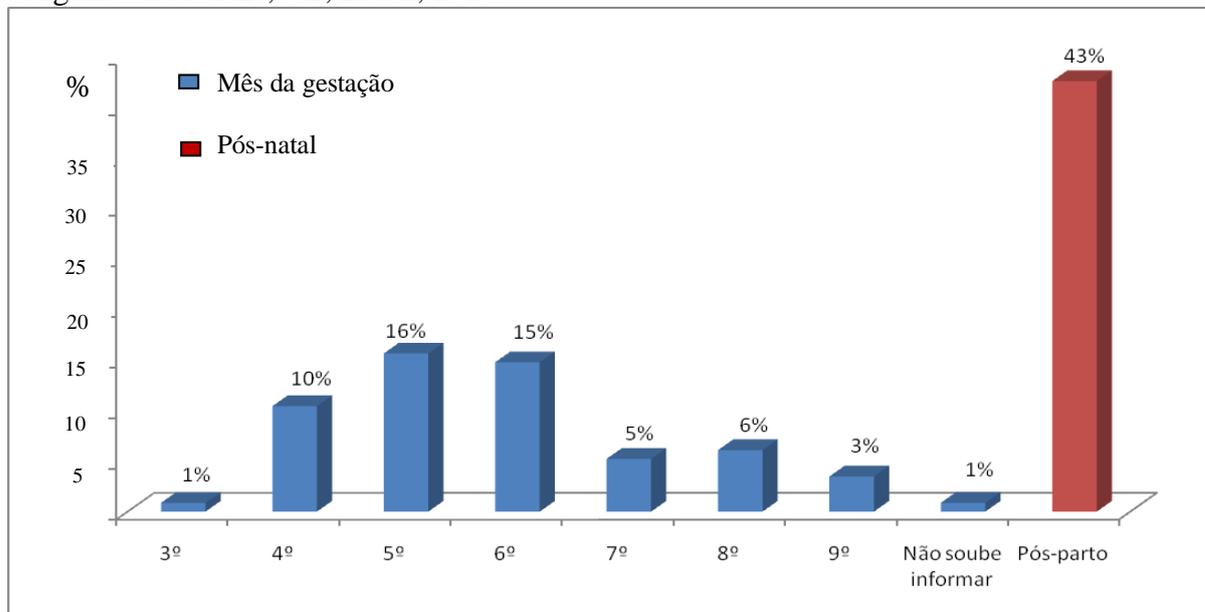
De maneira a investigar o número de partos, 47% (54) eram primíparas e 10% (12) múltiparas, com quatro partos ou mais no histórico, perfazendo média de 1,99±1,23. Àquelas que nunca haviam sofrido um aborto, sobressaíram com 77% (90) da amostra e

média de $0,28 \pm 0,61$. Quanto ao número de fetos natimortos, a grande maioria, 98% (113), referiu não parir nenhum feto que estivessem em óbito.

A amostra quase na sua totalidade, 99% (114) realizou pré-natal, com índice de 71% (81) destas tendo feito seis ou mais consultas no período, sendo a média de $6,82 \pm 2,74$ consultas.

À indagação sobre a época do diagnóstico da malformação do filho, 57% (66) dentre todas as mães receberam a notícia de MC fetal no pré-natal durante as consultas de rotina, e quanto ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, apenas 4% (5) fizeram uso de cigarro, álcool, maconha, crack e/ou cocaína, durante a gestação.

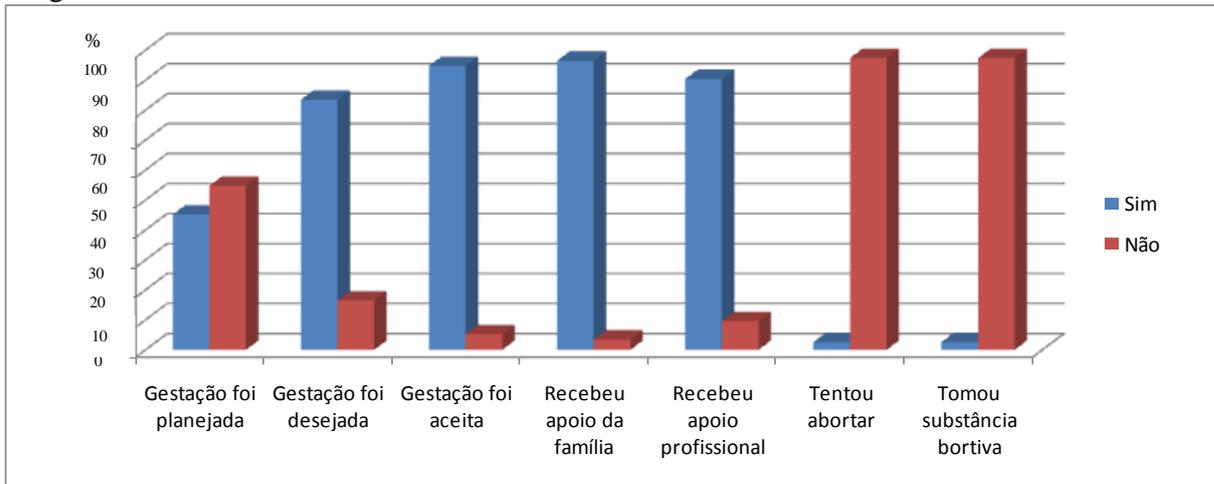
Gráfico 1 – Período que as mães investigadas receberam diagnóstico da malformação congênita. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria das mães recebeu diagnóstico no período pré-natal. Considerando o período gestacional, o segundo trimestre, especificamente o quinto mês de gestação, aparece como o momento em que mais as mães foram informadas da malformação (Gráfico 1).

Gráfico 2 – Variáveis psicossociais das mães dos recém-nascidos com malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa.

Percebeu-se que na grande maioria das mães investigadas, a gestação atual não foi planejada, porém referiram ter sido desejada, aceita, recebendo apoio da família e de profissionais de saúde em instituições hospitalares ou unidades básicas de saúde. Sobre a tentativa de aborto, prevaleceram as mães que referiram não tentar abortar o feto, bem como não tomar substância abortiva.

Ao investigar nos prontuários e questionar às mães sobre intercorrências acometidas no período gravídico ou durante o parto, 55,4% (66) da amostra não apresentou qualquer intercorrência, 9,4% (11) tiveram episódios de hipertensão, 13,7% (16) infecção urinária e as demais, 20,5% (24), apresentaram outras alterações, como: sangramento, perda de líquido amniótico, Diabetes Gestacional (DG), Trombose Venosa Profunda (TVP), hemorragias, polidrâmnio, pré-eclâmpsia, Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), anemia, citomegalovírus, infecção pulmonar e hepatite tipo C.

Acerca da investigação de possíveis complicações puerperais na primeira semana pós-parto, 83,5% (96) das mães não apresentaram alterações, 9,6% (11) desenvolveram episódios hipertensivos e 6,9% (8) referiram outras complicações, como cefaleia, infecção respiratória, reação após anestesia raque, DHEG, hipertermia, Diabetes Mellitus (DM) e sangramento intenso.

5.2 Perfil dos recém-nascidos acometidos por malformações congênitas

De forma a caracterizar os recém-nascidos, filhos das mães investigadas durante o estudo, foram elaboradas tabelas discriminando as variáveis relacionadas, bem como os tipos

de malformações acometidas, sendo estas agrupadas em categorias, conforme apresenta o capítulo XVII constante no Código Internacional de Doenças - CID 10ª Revisão.

O n de recém-nascidos diverge do n de MC, pois alguns neonatos apresentavam mais de uma MC associada. Portanto, obteve-se total de 186 malformações nos 117 bebês das mães investigadas.

Tabela 4 – Perfil dos recém-nascidos com malformações congênitas internados em Unidades Neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

Variáveis	n=117	N	%	Média±DP
Sexo				
Masculino		57	49	
Feminino		56	48	
Indeterminado		4	3	
Idade Gestacional/ Capurro (sem)				
< 37s		46	39	36,87±2,51
37s – 41s 6d		71	61	
Peso ao Nascimento (gramas)				
1000 – 1499		8	7	2634,68±803,76
1500 – 2499		41	35	
2500 – 2999		27	23	
3000 - 3999		34	29	
≥ 4000		7	6	
Estatura (cm)				
36 – 46		65	56	45,08±3,97
> 46 – 55		52	44	
Apgar 1º Minuto				
0 – 3		19	16	6,47±2,32
4 – 6		22	19	
7 – 10		76	65	
Apgar 5º Minuto				
4 – 6		10	9	8,34±1,14
7 – 10		107	91	
Classificação IG x Peso				
PIG		31	26	
AIG		78	67	
GIG		8	7	

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos.

A Tabela 4, por sua vez, revela variáveis relacionadas ao RN. Inicialmente, mostrou-se o gênero masculino como o mais prevalente, com 49% (57) da amostra e a idade gestacional mais acometida tinha entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias, ou seja, recém-

nascidos a termo com 61% (71), sendo estes avaliados pelo Método de Capurro, na qual é preconizado pelas instituições pesquisadas. A média da idade gestacional foi de $36,87 \pm 2,51$.

Em relação ao peso, sobressaiu o intervalo compreendido entre 1.500 e 2.499 gramas, com 35% (41), classificando-os como baixo peso e 6% (7) pesando mais de 4.000 gramas, com média de peso ao nascer de $2.634,68 \pm 803,76$. Embora não conste na tabela, considerou-se importante informar que o peso mínimo entre os recém-nascidos foi de 1.020 gramas e máximo de 4.626 gramas.

Quanto à estatura a maioria, 56% (65) mensurou entre 36 e 46 centímetros, e a média foi de $45,08 \pm 3,97$. No que referiu aos valores atribuídos ao índice de Apgar, sobressaíram-se os valores registrados no 1º minuto de vida do RN entre 7 e 10, em um total de 65% (76), com média de $6,47 \pm 2,32$. Quanto ao Apgar no 5º minuto de vida, também sobressaíram os mesmos valores, 7 a 10, perfazendo percentual de 91% (107) da amostra, sendo a média de $8,34 \pm 1,14$. Ao verificar a relação entre idade gestacional e peso (IG x Peso) a maioria estava compreendida entre a faixa classificada como “Adequado para a Idade Gestacional”, com 67% (78) da amostra estudada.

Vale salientar a importância de discriminar a variável “nº de dias de internação hospitalar”, pois o RN poderia estar internado do nascimento até o sétimo dia de vida para fazer parte da amostra do estudo. Portanto, 1% (1) dos RN tinha menos de 24 horas de vida, 25,6% (30) tinham um dia de internação, 29,1% (34) dois, 17,1% (20) três, 11,1% (13) quatro, 6% (7) cinco, 6% (7) seis e 4,3% (5) sete dias na UN.

Tabela 5 – Categorias de malformações congênicas dos recém-nascidos internados em Unidades Neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

Categorias de malformações congênicas	N	%
MC Aparelho Osteomuscular	56	30,1
Sistema Nervoso Central	38	20,4
Aparelho Circulatório	31	16,7
Fenda labial e/ou palatina	14	7,5
MC olho, ouvido, face e pescoço	11	5,9
MC dos órgãos genitais	9	4,8
Outras MC do Aparelho Digestivo	8	4,3
MC do Aparelho Urinário	8	4,3
Anomalias Cromossômicas	5	2,7
Outras MC	5	2,7
Aparelho Respiratório	1	0,5
TOTAL	186	100

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos.

A Tabela 5 evidenciou que as malformações mais acometidas foram aquelas inseridas nas categorias de MC do Aparelho Osteomuscular e do Sistema Nervoso Central, com 30,1% (56) e 20,4% (38), e as do Aparelho Respiratório, com menos de 1% da amostra estudada.

Para melhor discriminação de todas, as MC apresentadas pelos recém-nascidos, por categoria, conforme o CID-10, seguem as tabelas:

Tabela 6a – Tipos de malformações congênicas apresentadas nos recém-nascidos internados em Unidades Neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

Categorias de Malformações Congênicas	N	%
MC do aparelho osteomuscular (N=56)		
Pé torto congênito	25	44,6
Onfalocele	5	8,9
Gastrosquise	3	5,4
Hérnia diafragmática	2	3,6
Polidactilia	2	3,6
Deformidades no membro	2	3,6
Pé calcâneo à E	2	3,6
Acondroplasia	2	3,6
Extremidades encurtadas	2	3,6
Ausência de calota craniana	2	3,6
Apêndice dedos das mãos	2	3,6
Luxação congênita joelho	2	3,6
Outros	5	8,9
Sistema Nervoso Central (N=38)		
Mielomeningocele	15	39,5
Hidrocefalia	13	34,2
Microcefalia	5	13,2
Macrocefalia	2	5,3
Holoprosencefalia	2	5,3
Encefalocele	1	2,6
Aparelho Circulatório (N=31)		
Cardiopatia não especificada	7	22,6
CIA*	6	19,4
Artéria umbilical única	5	16,1
CIV**	5	16,1
MC não especificada das câmaras cardíacas	2	6,5
Outros	6	19,4
Fenda Labial e/ou Palatina (N=14)		
Lábio leporino	7	50,0
Fenda palatina	6	42,9
Palato em ogiva	1	7,1

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos.

*Comunicação Intra Atrial

**Comunicação Intra Ventricular

Tabela 6b – Tipos de malformações congênitas apresentadas nos recém-nascidos internados em Unidades Neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

Categorias de Malformações Congênitas	N	%
MC olho, ouvido, face e pescoço (N=11)		
Implantação baixa de orelhas	3	27,3
Micrognatia	2	18,2
Agenesia do pavilhão auricular	2	18,2
Apêndice pré-auricular	2	18,2
Protusão ocular bilateral	1	9,1
Esquisoencefalia dos lábios	1	9,1
MC dos órgãos genitais (N=9)		
Genitália ambígua	2	22,2
Criptorquidia	2	22,2
Micropênis	1	11,1
Fístula retovaginal	1	11,1
Hipospádia	1	11,1
Hérnia inguinal	1	11,1
Hérnia escrotal	1	11,1
Outras MC do aparelho digestivo (N=8)		
Obstrução intestinal	3	37,5
Atresia do esôfago	2	25,0
Reticulomegalia	1	12,5
Atresia ileal	1	12,5
Atresia e estenose anal c fístula	1	12,5
MC do aparelho urinário (N=8)		
Hidronefrose	3	37,5
Ausência de meato uretral	1	12,5
Dilatação uretral	1	12,5
Agenesia renal unilateral	1	12,5
Rim e reduzido	1	12,5
Ureterocele	1	12,5
Outras MC (N=5)		
Múltiplas malformações	3	60,0
Xifópagos	1	20,0
Hidropsia	1	20,0
Aparelho Respiratório (N=1)		
Hipoplasia pulmonar	1	100
Anomalias Cromossômicas		
Síndrome de Down	5	38,5
Síndrome de Edward	3	23,1
Sindrômico	2	15,4
Síndrome de Patau	1	7,7
Síndrome de Potter	1	7,7
Síndrome Dandy Walker	1	7,7

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos.

Conforme apresentaram as tabelas 6a e 6b, as malformações pertencentes à categoria Osteomuscular que mais se destacaram foram o Pé torto congênito, com 44,6% (25) e a Onfalocele, com 8,9% (5). A nomenclatura “Outros”, inserida nessa categoria, foi atribuída às malformações que apresentaram apenas um caso. Portanto, foram agrupadas as seguintes MC: Nanismo tanatotrófico, Mão em garra, Dente natal, Luxação congênita de quadril e Deformidades na extremidade.

Quanto às malformações do Sistema Nervoso Central, prevaleceram a Mielomeningocele (39% - 15) e Hidrocefalia (34,2% - 13). Na categoria do Aparelho Circulatório, sobressaíram as Cardiopatias não especificadas, com 22,6% (7) da amostra e “Outros”, com 19,4% (6). Inserido no grupo “Outros” as malformações do septo cardíaco, Ventriculomegalia, Veia tricúspide aumentada, Dilatação da artéria pulmonar, Persistência do canal arterial (PCA) e Tetralogia de Fallot.

Na categoria Fenda Labial e/ou palatina houve um quantitativo de 50% (7) dos casos apresentando Lábio leporino de forma isolada. Quanto às malformações do olho, ouvido, face e pescoço, a implantação baixa de orelhas recebeu destaque com 27,3% (3) da amostra.

Em referência à categoria de malformações dos Órgãos Genitais, tanto a Genitália ambígua quanto os casos de Criptorquidia apresentaram 22,2% (2) dentre os registros. A Obstrução intestinal sobressaiu na categoria de Outras MC do Aparelho Digestivo e a Hidronefrose como MC do Aparelho Urinário, ambas com 37,5% (3) dos recém-nascidos das mães investigadas.

Para finalizar, as Múltiplas MC, inseridas na categoria Outras MC, apresentou-se em 60% (3) dos casos e a Hipoplasia pulmonar, uma MC inserida na categoria do Aparelho respiratório apresentou apenas um caso no período estudado. Em relação às Anomalias Cromossômicas, teve destaque a Síndrome de Down, com acometimento em 38,5% (5) dos recém-nascidos.

Tabela 7 – Número de malformação congênita por recém-nascidos internados em Unidades Neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

Nº de MC por RN	N	%
1	71	61
2	26	22
3 - 6	20	17
Total	117	100

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos.

Conforme os resultados descritos na Tabela 7, percebeu-se que a grande maioria dos recém-nascidos internados na UN apresentava apenas um tipo de MC de forma isolada, com 61% (71) do total.

5.3 Níveis de ansiedade apresentados pelas mães dos recém-nascidos com malformações congênitas

Nesse item, foram descritos os resultados referentes aos níveis de ansiedade maternos após aplicação da escala IDATE, bem como a comparação dessa ansiedade entre as mães que receberam o diagnóstico da MC no pré e pós-natal.

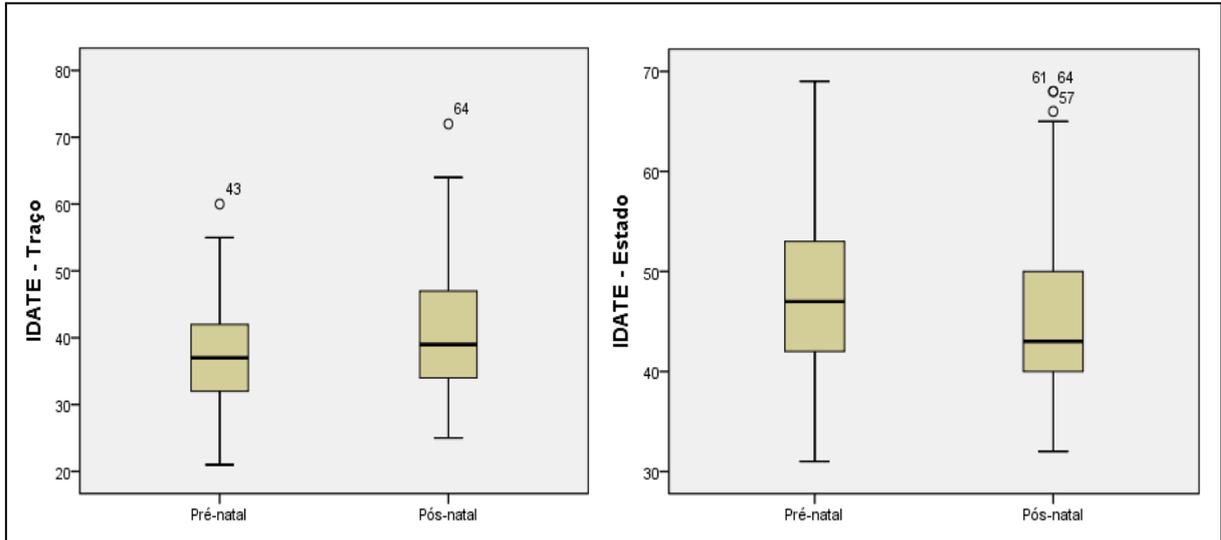
Tabela 8 – Níveis de ansiedade das mães de recém-nascidos com malformações congênitas internados em Unidades Neonatais, segundo a escala IDATE. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

Intervalos de percentis	N	%	Média±DP
IDATE - Traço			39,06±9,16
Percentil < 25 (Ansiedade Baixa)	31	27,0	
Percentil 25 - 75 (Ansiedade Moderada)	62	53,9	
Percentil > 75 (Ansiedade Elevada)	22	19,1	
IDATE - Estado			46,79±8,77
Percentil < 25 (Ansiedade Baixa)	33	28,7	
Percentil 25 - 75 (Ansiedade Moderada)	54	47,0	
Percentil > 75 (Ansiedade Elevada)	28	24,3	

Fonte: Escalas aplicadas às mães.

Constatou-se que a maioria das mães apresentou escores totais inseridos no intervalo de percentil entre 25 e 75, com uma frequência de 53,9% e 47%, conforme o IDATE Traço e Estado, respectivamente, caracterizando níveis moderados de ansiedade.

Gráfico 3 – Comparação entre as médias (\pm DP) dos níveis de ansiedade materna, consoante ao período do diagnóstico do filho malformado e as escalas aplicadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa.
Teste t de Student ($p < 0,05$)

Verificou-se por meio dos gráficos que somente as médias da escala IDATE – Traço apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p=0,026$), quando a média do nível de ansiedade de quem recebeu o diagnóstico da MC no pré-natal ($37,42 \pm 7,034$) foi menor que das mães que receberam no período pós-natal ($41,27 \pm 11,135$).

5.4 Associações entre as variáveis maternas e neonatais e a ansiedade, conforme escala IDATE

Com o intuito de encontrar possíveis associações entre os diferentes níveis de ansiedade materna e as características socioeconômicas, psicossociais e perinatais, foram selecionadas algumas variáveis investigadas, consoante às tabelas discriminadas a seguir. Algumas destas variáveis, descritas anteriormente nas tabelas de caracterização do perfil das mães e recém-nascidos, foram categorizadas novamente para melhor desenvolvimento dos testes estatísticos necessários.

Tabela 9 – Distribuição do número de mães por intervalos de percentis e valores de *p*, segundo a associação IDATE - Traço e variáveis maternas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015. *continua*

VARIÁVEIS MATERNAS	< 25		25 - 75		> 75		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
Faixa Etária							0,772 ⁽¹⁾
15 - 18	4	22,2	11	61,1	3	16,7	
19 - 29	14	24,1	31	53,4	13	22,4	
≥30	13	33,3	20	51,3	6	15,4	
Estado Civil							0,138 ⁽¹⁾
Sem companheiro	6	37,5	5	31,2	5	31,2	
Com companheiro	25	25,3	57	57,6	17	17,2	
Escolaridade							0,000⁽²⁾
Analfabeta/ Até 5 anos de estudo	2	14,3	12	85,7	0	0	
6 a 10 anos	22	36,7	35	58,3	3	5,0	
11 anos ou mais	7	17,1	15	36,6	19	46,3	
Renda (salário)							0,922 ⁽²⁾
< 1	9	27,3	18	54,5	6	18,2	
1 - 2	14	25,5	31	56,4	10	18,2	
> 2 a 3	6	31,6	10	52,6	3	15,8	
> 3	2	25,0	3	37,5	3	37,5	
Parentesco com o pai do RN							0,626 ⁽²⁾
Sim	3	37,5	3	37,5	2	25,0	
Não	28	26,2	59	55,1	20	18,7	
Nº de filhos							0,622 ⁽²⁾
1	15	27,8	28	51,9	11	20,4	
2 a 3	12	25,0	29	60,4	7	14,6	
4 a 6	4	30,8	5	38,5	4	30,8	
Nº de Gestações							0,991 ⁽¹⁾
1	13	27,7	26	55,3	8	17,0	
2	7	25,0	15	53,6	6	21,4	
3 a7	11	27,5	21	52,5	20	22,0	
Nº de Partos							0,911 ⁽¹⁾
1	15	27,8	28	51,9	11	20,4	
2	16	26,2	34	55,7	11	18,0	
Nº de Abortos							0,791 ⁽²⁾
0	26	29,2	47	52,8	16	18,0	
1	3	15,0	12	60,0	5	25,0	
2	1	25,0	2	50,0	1	25,0	
3	1	50,0	1	50,0	0	0	
Tipo de Parto							0,671 ⁽¹⁾
Normal	5	26,3	9	47,4	5	26,3	
Abdominal	26	27,1	53	55,2	17	17,7	
Período de diagnóstico da MC							0,065 ⁽¹⁾
Pré-natal	21	31,8	37	56,1	8	12,1	
Pós-natal	10	20,4	25	51,0	14	28,6	

Tabela 9 – Distribuição do número de mães por intervalos de percentis e valores de p , segundo a associação IDATE - Traço e variáveis maternas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015. *conclusão*

VARIÁVEIS MATERNAS	< 25		25 - 75		>75		p
	N	%	N	%	N	%	
Nº de consultas de pré-natal							0,702 ⁽¹⁾
< 6	8	23,5	18	52,9	8	16,4	
6 ou mais	23	28,4	44	54,3	14	80,0	
Uso de drogas							0,007⁽²⁾
Sim	0	0	1	20,0	4	80,0	
Não	31	28,2	61	55,5	18	16,4	

(1) Teste de qui-quadrado (χ^2)

(2) Teste de Razão de Verossimilhança

Na Tabela 9, pôde-se perceber que ao associar as variáveis maternas com os intervalos de percentis, segundo o IDATE – Traço, houve associação estatisticamente significativa entre a ansiedade materna e a escolaridade e o uso de drogas, sendo os valores de $p < 0,05$. Para tanto, as mães que estudaram de 6 a 10 anos de estudo e aquelas que não faziam uso de drogas apresentaram-se em maior frequência. Apesar das demais variáveis descritas na tabela não ter mostrado significância estatística, salienta-se que no intervalo de percentil 25 a 75, o mais acometido dentre as mães, estas apresentaram uma frequência acima de 50% para todas as variáveis.

Tabela 10 – Distribuição do número de mães por intervalos de percentis e valores de p , segundo a associação IDATE - Estado e variáveis maternas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015. *continua*

VARIÁVEIS MATERNAS	< 25		25 - 75		>75		p
	N	%	N	%	N	%	
Faixa Etária							0,625 ⁽¹⁾
15 - 18	6	33,3	10	55,6	2	11,1	
19 - 29	15	25,9	26	44,8	17	29,3	
≥ 30	12	30,8	18	46,2	9	23,1	
Estado Civil							0,275 ⁽¹⁾
Sem companheiro	7	43,8	7	43,8	2	12,5	
Com companheiro	26	26,3	47	47,5	26	26,3	
Escolaridade							0,024⁽¹⁾
Analfabeta/ Até 5 anos de estudo	3	21,4	9	64,3	2	14,3	
6 a 10 anos	20	33,3	31	51,7	9	15,0	
11 anos ou mais	10	24,4	14	34,1	17	41,5	
Renda (salário)							0,537 ⁽²⁾
< 1	10	30,3	18	54,5	5	15,2	
1 - 2	13	23,6	27	49,1	15	27,3	
> 2 a 3	7	36,8	7	36,8	5	26,3	
> 3	3	37,5	2	25,0	3	37,5	

Tabela 10 – Distribuição do número de mães por intervalos de percentis e valores de *p*, segundo a associação IDATE - Estado e variáveis maternas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015. *conclusão*

VARIÁVEIS MATERNAS	< 25		25 - 75		> 75		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
Parentesco com o pai do RN							0,970 ⁽²⁾
Sim	2	25,0	4	50,0	2	25,0	
Não	31	29,0	50	46,7	26	24,3	
Nº de filhos							0,495 ⁽¹⁾
1	16	29,6	24	44,4	14	25,9	
2 a 3	11	22,9	26	54,2	11	22,9	
4 a 6	6	46,2	4	30,8	3	23,1	
Nº de Gestações							0,743 ⁽¹⁾
1	13	27,7	21	44,7	13	27,7	
2	6	21,4	15	53,6	7	25,0	
3 a7	14	35,0	18	45,0	8	20,0	
Nº de Partos							0,873 ⁽¹⁾
1	16	29,6	24	44,4	14	25,9	
2	17	27,9	30	49,2	14	23,0	
Nº de Abortos							0,192 ⁽²⁾
0	22	24,7	44	49,4	23	25,8	
1	8	40,0	9	45,0	3	15,0	
2	2	50,0	0	0	2	50,0	
3	1	50,0	1	50,0	0	0	
Tipo de Parto							0,860 ⁽¹⁾
Normal	5	26,3	10	52,6	4	21,1	
Abdominal	28	29,2	44	45,8	24	25,0	
Período de diagnóstico da MC							0,429 ⁽¹⁾
Pré-natal	16	24,2	32	48,5	18	27,3	
Pós-natal	17	34,7	22	44,9	10	20,4	
Nº de consultas de pré-natal							0,040⁽¹⁾
< 6	11	32,4	20	58,8	3	8,8	
6 ou mais	22	27,2	34	42,0	25	30,9	
Uso de drogas							0,169 ⁽²⁾
Sim	0	0	3	60,0	2	40,0	
Não	33	30,0	51	46,4	26	23,6	

(1) Teste de qui-quadrado (χ^2)

(2) Teste de Razão de Verossimilhança

Consoante à análise descrita na Tabela 10, apresentou-se estatística significativa as variáveis escolaridade e nº de consultas de pré-natal com o estado de ansiedade materna à aplicação do IDATE – Estado, com valores de $p < 0,05$. Sobressaíram as mães que estudaram durante 6 a 10 anos e que realizaram 6 consultas ou mais durante o pré-natal. Para as variáveis que também não mostraram significância estatística, ressalta-se que no intervalo de percentil

25 a 75, a faixa etária, renda, parentesco com o pai do RN, nº de filhos, nº de gestações, nº de abortos, tipo de parto e uso de drogas apresentaram uma frequência acima de 50%.

Tabela 11 – Distribuição do número de mães e valores de *p*, segundo a presença das variáveis psicossociais e os intervalos de percentis para a escala IDATE - Traço. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS	< 25		25 - 75		>75		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
Gestação planejada	15	28,8	31	59,6	6	11,5	0,169 ⁽¹⁾
Gestação desejada	22	22,9	56	58,3	18	18,8	0,065 ⁽²⁾
Gestação aceita	29	26,6	61	56,0	19	17,4	0,104 ⁽²⁾
Recebeu apoio da família	29	26,1	62	55,9	20	18,0	0,039⁽²⁾
Recebeu apoio profissional	30	28,8	52	50,0	22	21,2	0,012⁽²⁾
Tentou abortar	1	33,3	0	0	2	66,7	0,062 ⁽²⁾
Tomou substância abortiva	1	33,3	0	0	2	66,7	0,062 ⁽²⁾

(1) Teste de qui-quadrado (χ^2)

(2) Teste de Razão de Verossimilhança

A Tabela 11, ao associar a presença das variáveis psicossociais maternas com os intervalos de percentis, segundo o IDATE – Traço, mostrou que o fato de a mãe ter recebido apoio da família e de profissionais da saúde durante a gestação, apresentou significância estatística com a ansiedade, sendo os valores de $p=0,039$ e $0,012$, respectivamente, entretanto destaca-se uma maior frequência das mães inseridas no percentil 25 a 75.

Tabela 12 – Distribuição do número de mães e valores de *p*, segundo a presença das variáveis psicossociais e os intervalos de percentis para a escala IDATE - Estado. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS	< 25		25 - 75		>75		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
Gestação planejada	13	25,0	25	48,1	14	26,9	0,692 ⁽¹⁾
Gestação desejada	27	28,1	45	46,9	24	25,0	0,919 ⁽¹⁾
Gestação aceita	30	27,5	52	47,7	27	24,8	0,528 ⁽²⁾
Recebeu apoio da família	32	28,8	51	45,9	28	25,2	0,273 ⁽²⁾
Recebeu apoio profissional	28	26,9	48	46,2	28	26,9	0,116 ⁽¹⁾
Tentou abortar	0	0	2	66,7	1	33,3	0,357 ⁽²⁾
Tomou substância abortiva	0	0	2	66,7	1	33,3	0,273 ⁽²⁾

(1) Teste de qui-quadrado (χ^2)

(2) Teste de Razão de Verossimilhança

Os dados descritos na Tabela 12 não apontaram associações estatisticamente significante ao associar os percentis com tais variáveis após aplicação do IDATE – Estado, sendo todos os valores de $p>0,05$.

Tabela 13 – Distribuição do número de recém-nascidos, de acordo com os intervalos de percentis e sua relação, segundo IDATE - Traço e variáveis neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

VARIÁVEIS NEONATAIS	< 25		25 - 75		> 75		p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,021⁽²⁾
Masculino	11	19,3	31	54,4	15	26,3	
Feminino	20	37,0	29	53,7	5	9,3	
Indeterminado	0	0	2	50,0	2	50,0	
Idade Gestacional							0,839 ⁽¹⁾
< 37	11	26,8	21	51,2	9	22,0	
37 - 41s 6d	20	27,0	41	55,4	13	17,6	
Peso							0,528 ⁽²⁾
Até 2499g	11	23,4	27	57,4	9	19,1	
2500g - 3999g	19	31,1	32	52,5	10	16,4	
> 3999g	1	14,3	3	42,9	3	42,9	
APGAR 1º minuto							0,348 ⁽¹⁾
0 - 3	5	27,8	8	44,4	5	27,8	
4 - 6	9	40,9	9	40,9	4	18,2	
7 - 10	17	22,7	45	60,0	13	17,3	
Nº de dias de internação hospitalar							0,144 ⁽¹⁾
1	12	38,7	15	48,4	4	12,9	
2 - 3	9	17,3	29	55,8	14	26,9	
4 - 7	10	31,2	18	56,2	4	12,5	
Classificação IG x Peso							0,916 ⁽²⁾
PIG	7	24,1	15	51,7	7	24,1	
AIG	22	28,2	43	55,1	13	16,7	
GIG	2	25,0	4	50,0	2	25,0	

(1) Teste de qui-quadrado (χ^2)

(2) Teste de Razão de Verossimilhança

A Tabela 13 também evidenciou associação estatisticamente significativa entre a variável sexo e os intervalos de percentis, consoante ao IDATE - Traço, com valores de $p=0,021$.

Nessa análise, prevaleceram as mães de recém-nascidos do sexo masculino com frequência de 54,4% estando inseridas entre o percentil 25 e 75, indicativo de ansiedade moderada.

Tabela 14 – Distribuição do número de recém-nascidos, de acordo com os intervalos de percentis e sua relação, segundo IDATE - Estado e variáveis neonatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS NEONATAIS	< 25		25 - 75		>75		p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,172 ⁽²⁾
Masculino	14	24,6	26	45,6	17	29,8	
Feminino	19	35,2	26	48,1	9	16,7	
Indeterminado	0	0	2	50,0	2	50,0	
Idade Gestacional							0,557 ⁽¹⁾
< 37	10	24,4	22	53,7	9	22,0	
37 - 41s 6d	23	31,1	32	43,2	19	25,7	
Peso							0,583 ⁽¹⁾
Até 2499g	12	25,5	25	53,2	10	21,3	
2500g - 3999g	20	32,8	26	42,6	15	24,6	
> 3999g	1	14,3	3	42,9	3	42,9	
APGAR 1º minuto							0,961 ⁽¹⁾
0 - 3	5	27,8	8	44,4	5	27,8	
4 - 6	7	31,8	11	50,0	4	18,2	
7 - 10	21	28,0	35	46,7	19	25,3	
Nº de dias de internação hospitalar							0,085 ⁽¹⁾
1	11	35,5	15	48,4	5	16,1	
2 - 3	9	17,3	29	55,8	14	26,9	
4 - 7	13	40,6	10	31,2	9	28,1	
Classificação IG x Peso							0,467 ⁽²⁾
PIG	8	27,6	13	44,8	8	27,6	
AIG	24	30,8	38	48,7	16	20,5	
GIG	1	12,5	3	37,5	4	50,0	

(1) Teste de qui-quadrado (χ^2)

(2) Teste de Razão de Verossimilhança

A Tabela 14 descreveu que não evidenciou associação estatística significativa entre as variáveis neonatais selecionadas e os diversos intervalos de percentis, consoante à aplicação do IDATE – Estado, com valores de $p > 0,05$.

Tabela 15 – Distribuição das categorias de malformações congêntas e sua associação com os intervalos de percentis, segundo IDATE - Traço. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

CATEGORIAS DE MC	< 25		25 - 75		>75		p
	N	%	N	%	N	%	
MC Aparelho osteomuscular	14	29,8	23	48,9	10	21,3	0,673 ⁽¹⁾
Sistema Nervoso Central	11	36,7	14	46,7	5	16,7	0,378 ⁽¹⁾
Aparelho Circulatório	6	24,0	15	60,0	4	16,0	0,784 ⁽¹⁾
Fenda labial e/ou palatina	2	66,7	1	33,3	0	0	0,255 ⁽²⁾
MC olho, ouvido, face e pescoço	6	35,3	10	58,8	1	5,9	0,296 ⁽¹⁾
MC dos órgãos genitais	0	0	5	100	0	0	0,041 ⁽²⁾
Outras MC do Aparelho Digestivo	2	25,0	5	62,5	1	12,5	0,840 ⁽²⁾
MC do Aparelho Urinário	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0,933 ⁽²⁾
Anomalias Cromossômicas	1	7,7	9	69,2	3	23,1	0,250 ⁽¹⁾
Outras MC	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0,780 ⁽²⁾
Aparelho Respiratório	1	100	0	0	0	0	0,266 ⁽²⁾

(1) Teste de qui-quadrado (χ^2)

(2) Teste de Razão de Verossimilhança

A Tabela 15 mostrou associações estatisticamente significantes entre as categorias de malformações congêntas e a ansiedade materna à aplicação do IDATE – Traço, com valor de $p=0,041$ evidenciado entre os intervalos de percentis e as MC dos órgãos genitais, com 100% das mães inseridas no intervalo de percentil entre 25 e 75.

Tabela 16 – Distribuição das categorias de malformações congêntas e sua associação com os intervalos de percentis, segundo IDATE - Estado. Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

CATEGORIAS DE MC	< 25		25 - 75		>75		p
	N	%	N	%	N	%	
MC Aparelho osteomuscular	18	38,3	18	38,3	11	23,4	0,146 ⁽¹⁾
Sistema Nervoso Central	7	23,3	17	56,7	6	20,0	0,464 ⁽¹⁾
Aparelho Circulatório	6	24,0	12	48,0	7	28,0	0,807 ⁽¹⁾
Fenda labial e/ou palatina	2	66,7	0	0	1	33,3	0,130 ⁽²⁾
MC olho, ouvido, face e pescoço	4	23,5	10	58,8	3	17,6	0,562 ⁽¹⁾
MC dos órgãos genitais	2	40,0	3	60,0	0	0	0,238 ⁽¹⁾
Outras MC do Aparelho Digestivo	4	50,0	3	37,5	1	12,5	0,386 ⁽²⁾
MC do Aparelho Urinário	1	20,0	2	40,0	2	40,0	0,721 ⁽²⁾
Anomalias Cromossômicas	4	30,8	6	46,2	3	23,1	0,983 ⁽¹⁾
Outras MC	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0,831 ⁽²⁾
Aparelho Respiratório	0	0	1	100	0	0	0,467 ⁽²⁾

(1) Teste de qui-quadrado (χ^2)

(2) Teste de Razão de Verossimilhança

A Tabela 16, por sua vez, não apresentou associação estatisticamente significativa entre as categorias de MC e a ansiedade materna por meio dos intervalos de percentis.

6 DISCUSSÃO

Ao realizar a avaliação dos resultados, percebeu-se que as descrições da tabela 1, no que referiu à idade das mães acometidas com recém-nascidos malformados, equiparam-se aos de um estudo em Cáceres – Mato Grosso, quando os autores ao investigarem os fatores sociodemográficos das mães de recém-nascidos com malformações congênitas, caracterizando as condições gestacionais destas, encontraram em 44,8% (78 casos) da amostra uma faixa etária predominante entre os 21 e 30 anos, porém divergiu no aspecto em que a segunda classificação mais acometida variou de 10 a 20 anos com 43,1% (75 casos), (REIS; FERRARI, 2014), visto que no presente estudo sobressaíram as mães com 30 anos ou mais como a segunda categoria mais prevalente.

Outro estudo realizado em Maringá-PR a partir do Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), fornecidos pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, buscando caracterizar a idade materna dos portadores de anomalias congênitas nascidos entre 2000 e 2007, também descreveram o grupo etário “adultas” (idade entre 20 e 34 anos) como o mais acometido, com 148 (60,2%), seguido das mães adolescentes (< 20 anos) 65 (26,4%) e 33 (13,4%) tardias (\geq 35 anos) (MELO *et al.*, 2010).

Estudo europeu, especificamente em Letônia, Zile e Villerusa (2013) investigaram a relação entre o nascimento de neonatos com MC mais complexas e a idade materna, e evidenciaram que a taxa de prevalência de malformações mais complexas aumentava conforme o aumento da idade das mães. Descreveram uma prevalência de 118,1 recém-nascidos por 10 000 nascidos vivos para as mães com idade até 19 anos, 214,5 por 10 000 para as mães com idades entre 20-34 anos, e 261,0 por 10 000 para aquelas com 35 anos e mais.

No Piauí, determinado estudo que objetivou analisar a influência dos aspectos sociais e fisiológicos da faixa etária das gestantes com partos ocorridos de 2002 a 2012 que resultaram ou não em alterações cromossômicas e malformações congênitas, a faixa etária predominante continua entre 20 a 24 anos, com 33,78% de todos os partos analisados. Entretanto, as gestações de mulheres com idades consideradas mais avançadas, acima de 35 anos, que os autores consideraram como fase perimenopáusia, corresponderam a 6,65% do total e uma média de 22 casos de RN com MC. As mães mais jovens apresentaram média de 173 casos, o que mostrou ainda um número crescente apesar da quantidade de nascimentos por ano nessa faixa etária materna apresentar uma diminuição (SILVA *et al.*, 2015b).

Resultados similares foram descritos por Oliveira *et al.* (2014) ao investigar a associação entre exposição materna passada aos agrotóxicos e a ocorrência de malformações congênitas em alguns municípios do estado de Mato Grosso, em um estudo do tipo caso-controle, e dentre as variáveis investigadas, encontraram a idade materna compreendida entre 18 e 37 anos como a mais acometida, perfazendo um quantitativo de 81,2% (177) dentre 219 casos analisados, contudo não encontraram associação estatística significativa entre essa variável e a MC do feto, com $p=0,260$.

Silva *et al.* (2015b), referiram que apesar de a condição socioeconômica mostrar-se mais favorável para algumas mulheres com faixa etária maior ou igual a 35 anos, parece haver um consenso de que o avanço da idade, além dos fatores sociais, traz maiores riscos de morbidade e mortalidade tanto para a mãe quanto para o concepto, podendo o resultado destas gestações não ser o mais esperado caso não haja uma devida assistência da família e profissionais de saúde durante o acompanhamento dessa gestante.

Silva, Felismino e Dantas (2008) afirmam que a idade materna é um fator que também está relacionado ao acometimento de malformações fetais, sendo uma faixa etária reprodutiva ideal entre os 20 e 34 anos, estando ambos os extremos dessa distribuição, em risco para defeitos congênitos.

Nas mães jovens, em média com 20 anos de idade, o risco de ocorrer qualquer anomalia cromossômica é de 1:526 nascimentos, aumentando para 1:384 aos 30, e 1 em 21 nascimentos aos 45 anos. Tais proporções aumentam consideravelmente para os casos de Síndrome de Down, em que sua incidência é aumentada conforme a idade. De forma geral, a gravidez depois dos 35 anos é o fator de risco mais frequente para ter um bebê com essa síndrome (MANUAL MERCK, s.d.).

Juntamente às variáveis atribuídas ao quadro do RN, a combinação de diversos fatores adversos como a idade materna, o baixo nível socioeconômico, educacional, os conflitos matrimoniais e a falta de suporte paterno podem aumentar a vulnerabilidade da mãe, prejudicando seu estado emocional (MUNEER *et al.*, 2009).

Quanto à variável origem ou procedência das mães, os resultados desta pesquisa descreveram o município de Fortaleza como sendo o mais evidente com 47% (54) da amostra, o que corrobora com o estudo de Reis e Ferrari (2014) ao investigar as características sociodemográficas das mães de recém-nascidos com MC em Cáceres – Mato Grosso. Tais autores relataram que 74,7% dos casos investigados procediam do próprio município em que realizaram a pesquisa. Acreditavam que a causa se devia provavelmente ao fato de as unidades hospitalares serem de fácil acesso à população do município.

Araújo *et al.* (2014) descreveram o perfil das cardiopatias congênitas observado em um serviço público de referência em João Pessoa – Paraíba, Brasil e observaram que em aproximadamente 87,0 % dos casos registrados, os pais foram procedentes de municípios da zona da mata, região norte do estado, e regiões rurais circunvizinhas ao hospital de referência. Esses autores acreditavam que tal fato pode ter ocorrido devido a dois fenômenos: maior exposição ambiental aos agrotóxicos e isolamento populacional que aumenta a probabilidade de casamentos consanguíneos possibilitando a ocorrência de malformações fetais.

Em relação ao estado civil, os resultados descritos no presente estudo divergem dos achados em uma pesquisa realizada no Nordeste Brasileiro, especificamente em São Luís – Maranhão, com o objetivo de descrever as características dos nascidos vivos (NV) com MC no município, no período de 2002 a 2011. Os autores Rodrigues *et al.* (2014) relataram uma prevalência das mães sem companheiro, com 63,4% da amostra investigada, divergindo dos resultados descritos neste estudo em que as mães com companheiro (casadas/ união consensual) se destacaram com um percentual de 86% (99) do total.

Resultados semelhantes aos descritos no presente estudo foram relatados em pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), por Oliveira, Westphal e Abrahão (2015), que objetivou verificar os sinais de estresse em puérperas de fetos portadores de anomalias congênitas e discriminou como prevalente o estado civil Casada/União Consensual com 83,3% (20) do total de mães investigadas.

Descrições no Manual de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (MS), (BRASIL, 2006) afirmam que há benefícios quando existe uma situação conjugal estável entre os pais, pois, quando esta configura-se como insegura, poderá culminar em riscos reprodutivos para a mulher.

Na Turquia, estudo em que investigou o nível de angústia dos pais de recém-nascidos com cardiopatia congênita, também corrobora com os dados da presente pesquisa, referindo um percentual de 97,7% das mães como sendo casadas, e em relação ao nível de escolaridade referiu 52,3% da amostra como tendo nível primário de estudo (YILDIZ; CELEBIOGLU; OLGUN, 2009), o que corresponde a uma média de 10 anos de estudo, evidenciados nos resultados da presente pesquisa, com 52% das mães investigadas.

Em Campina Grande – Paraíba, Brasil, Brito *et al.* (2010) ao verificar a prevalência de crianças nascidas vivas com malformações congênitas nas maternidades deste município, referiu que quanto à variável escolaridade materna, 42,6% apresentavam de quatro a sete anos de estudo, o que diverge dos resultados descritos neste trabalho, com 52% (60)

dentre o total de mães, bem como o estado civil, com 60% de solteiras e procedentes de outros municípios, e não de Campina Grande.

Outro estudo realizado em Maringá – Paraná, Brasil, descreveu que as mães investigadas em sua pesquisa apresentavam em sua maioria, ensino médio completo, o que corresponde a um mínimo de doze anos de estudo, também divergindo dos resultados aqui apresentados. Indicou em sua quase totalidade, mães casadas e com renda familiar variando entre R\$ 600,00 e R\$ 1500,00 (ROECKER *et al.*, 2012).

Os dados do presente estudo enfocaram o nível socioeconômico mais baixo como sendo o mais prevalente, pois 77% (88) da amostra de mães referiram renda familiar mensal abaixo de dois salários mínimos na época da coleta dos dados, sendo um salário no valor de R\$724,00.

Assemelhando-se aos resultados aqui descritos, um estudo de caso-controle na Hungria, em que se descreveu que mães com filhos apresentando anomalias congênitas de orelha apresentavam um risco acrescido dessa MC estando associada com o nível sócio-econômico mais baixo destas mães (PAPUT; BÁNHIDY; CZEIZEL, 2011).

Pereira *et al.* (2011) afirma que os fatores desencadeantes de transtornos mentais na gravidez e pós-parto já são bastante conhecidos. Entretanto, em revisão sistemática para investigar a prevalência e a associação entre transtornos mentais maternos e malformações congênitas do bebê, apontaram por meio dos estudos revisados pelos autores que fatores como baixa renda, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, entre outros, também são considerados fatores associados a esse tipo de transtorno.

Cardoso, Mendes e Velásquez-Meléndez (2013) em estudo sobre diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil, perceberam que há diferença significativa entre a renda das gestantes que moram nessas diferentes áreas regionais. Utilizaram o banco de dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) do MS 2006 e referiram registros de renda domiciliar bruta média de R\$ 1.062,00 para as gestantes domiciliadas em área urbana, em contraposição à média de R\$517,00 reais para àquelas residentes na zona rural. Apenas 22% das mulheres residentes na área rural apresentaram renda superior a 2,3 salários mínimo, sendo o valor estimado de R\$ 350,00 para um salário da época.

Com referência a etnia das mães investigadas neste estudo houve predomínio da raça parda/negra com 93% (107). Para corroborar com esses dados, pesquisa de Reis e Ferrari (2014) referiu 74,1% (129) da amostra, tendo a mesma raça parda/negra. Acredita-se que tal fato mostra-se relevante devido o Brasil ser uma nação multirracial, estando a miscigenação

fortemente marcada nessa população, principalmente entre os relacionamentos interpessoais visando a procriação.

Em outros países, como por exemplo, na Pensilvânia, estudo de Mateja *et al.* (2012) visando encontrar associações entre o uso de álcool e fumo durante a gestação e o acometimento de defeitos cardíacos congênitos, apresentou predomínio da raça branca, com 76,8% (182) da amostra, divergindo grandemente da população avaliada no presente estudo.

Quanto às variáveis sociodemográficas relacionadas ao número de moradores no domicílio, os dados descritos nos resultados, de um a três pessoas por residência prevaleceu com 61% da amostra, o que conferem com os registros IBGE onde há informação de que a média de moradores em cada domicílio brasileiro em todas as regiões é de no mínimo três a quatro pessoas, conforme o Censo 2010 (BRASIL, 2010b).

Artigo de revisão realizado por Salih, Murshid e Seidahmed (2014) apresentou em sua investigação que, em vários países, inclusive na Arábia Saudita, país em que os autores realizaram o estudo, a maioria dos defeitos do tubo neural (DTN) que acometem os recém-nascidos são esporádicos, e sua etiologia decorre de fatores ambientais, genéticos e não-genéticos. Contudo, relatam que após a revisão realizada perceberam que a consanguinidade foi sugerida como fator contribuinte para a alta incidência de DTN em diversos países, estando também incluída a Arábia Saudita.

Porém, esses resultados de Salih, Murshid e Seidahmed (2014) não se assemelham aos descritos no presente estudo, pois as mães indagadas relataram em sua grande maioria não apresentar qualquer parentesco com o pai do neonato. Apenas 7% (8) destas afirmaram ter vínculo consangüíneo com o pai.

Contudo, estudo de Araújo *et al.* (2014), na Paraíba, Brasil, contradiz os relatos anteriores, pois perceberam que a consanguinidade esteve presente na maioria dos casos de cardiopatias congênitas, com 70,7% da amostra analisada.

Quanto ao número de filhos, Rodrigues *et al.* (2014) evidenciou que 37,5% (272) das mães de recém-nascidos malformados não tinham em seu histórico gestacional nenhum filho vivo, sendo este o primeiro a nascer, o que assemelha aos resultados da presente pesquisa, em que 47% (54) das mães referiram que esse neonato que acabara de nascer era seu único filho. Para contradizer esses dados, estudo húngaro (BANHIDY; PUHO; CZEIZEL, 2011) para estimar o risco de anomalias congênitas na prole de gestantes com hipertireoidismo, com ou sem tratamento antitireoidiano, mostrou que as mulheres referiam à gravidez atual como sendo a do segundo ou mais filhos, com 52,1% (37) dentre as mães.

Considerando os resultados sobre antecedentes de filhos com MC, Oliveira, Westphal e Abrahão (2015) apresentaram que 4% das mulheres tiveram gestações anteriores de fetos malformados e 25% relataram casos na família, o que também corrobora com os dados do estudo em análise, pois em apenas 8% (9) dos casos as mães tiveram mais de um filho com MC.

Estudo similar em Fortaleza, Ceará, Brasil, evidenciou uma frequência no acometimento de malformações fetais em 94% ocorrido na primeira gravidez, bem como a prevalência das mães primigestas (FONTOURA; CARDOSO, 2014), como os dados apresentados nesta tese também revelaram 41% (47) de mulheres gestando pela primeira vez.

Quanto ao número de partos, 47% (54) das mães eram primíparas, pois para esse registro a pesquisadora contabilizou o parto referente ao neonato que acabara de nascer e fazia parte da amostra para o estudo. Dentre as pesquisadas 77% (89) nunca haviam abortado. Estes dados são semelhantes ao de Oliveira, Westphal e Abrahão (2015), em que 45,8% (11) das mulheres que gestaram filhos malformados no estudo realizado em São Paulo, Brasil, também eram primíparas, bem como 75% (18) nunca haviam abortado.

Pesquisa desenvolvida na região do submédio do Vale do São Francisco, em Pernambuco, Brasil, foi avaliada a associação da exposição materna aos agrotóxicos com a ocorrência de MC em RN. Consoante os resultados houve diferenças significantes para algumas variáveis, dentre estas a paridade materna, com $p < 0,001$, e prevalência das primíparas, com 31% (13) dos 42 casos de RN malformado que compuseram a amostra (SILVA *et al.*, 2011).

Semelhanças entre resultados também foram encontradas em pesquisa realizada no Canadá para investigar a associação entre condições clínicas/doenças maternas e malformações cardíacas congênitas nos lactentes. Liu *et al.* (2013) referiram que dentre 2.278.838 de pares, mãe – bebê pesquisados, 26.488 apresentaram diagnóstico de MC cardíaca e suas mães foram descritas como nulíparas, em sua maioria (6.921), o que referiu-se à história obstétrica anterior ao filho que nasceu com a cardiopatia congênita.

Contradizendo esses achados, pesquisa realizada em Coimbra, Portugal, que objetivou investigar as reações emocionais dos pais e a intensidade de cada emoção quando um diagnóstico de anomalia congênita é divulgado no período de pré-natal ou pós-natal, referiu que 51,7% (31) das mães eram múltíparas (considerando número acima de dois partos) e em sua maioria, 81,7% (49) não tinham histórico obstétrico de perdas gravídicas (FONSECA; NAZARÉ; CANAVARRO, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil estima-se a ocorrência de mais de um milhão de abortos inseguros ao ano. Este é considerado legalizado, conforme o artigo 128 do Código Penal de 1940, para casos de gestações resultantes de estupro e quando há risco de morte para a mulher, contudo existem dificuldades em cumprir a legislação. Quanto aos casos de fetos com malformações congênitas incompatíveis com a vida, o poder Judiciário tem autorizado com frequência o abortamento, e o Supremo Tribunal Federal vem estudando a interrupção da gestação nesses casos (BRASIL, 2011b).

Na América Latina, especialmente no México, Argentina e Brasil, a partir da década de 1990, aumentou a prestação de serviços de genética médica em hospitais públicos e universitários e clínicas privadas, incluindo o acesso generalizado aos programas de diagnóstico e rastreio pré-natal para a detecção das anomalias fetais. No entanto, surgiram diversos dilemas políticos em relação ao aborto legalizado e seguro, em que os pais não têm o direito de interromper a gravidez, tornando-se uma situação alvo para críticas em várias vertentes e podendo interferir nos sentimentos destes pais (BALLANTYNE *et al.*, 2009).

Tal fato, atualmente, ainda é bastante discutido tanto no âmbito político, quanto por profissionais da saúde, estudantes, população de uma forma geral, entre outros que referem ser contra ou a favor da prática do aborto.

Em referência ao número de natimortos, os resultados do presente estudo apresentaram que apenas duas mães afirmaram ter tido feto natimorto em gestações anteriores, no entanto não foram questionadas as causas desse acontecimento, pois não era esta a finalidade da pesquisa.

Torquato (2013) afirma que, o fato de uma mulher parir um natimorto ou a morte de um recém-nascido pode ser decorrente de anomalias cromossômicas do conceito ou de doenças da mãe (p.ex., diabetes, doenças renais ou vasculares crônicas (de longa duração) ou doenças do tecido conjuntivo (como o lúpus eritematoso sistêmico).

Dentre todas as mães investigadas, 83% (96) tiveram parto por via abdominal, dados estes que são bastante apoiados pela literatura, pois em diversos estudos sobre recém-nascidos com malformações congênitas, os autores descreveram esse tipo de parto como sendo o mais acometido, consoante Nhoncause *et al.* (2014), Reis e Ferrari (2014) e Rodrigues *et al.* (2014), por exemplo, com 80,9%, 55,2% e 54,3% respectivamente.

Os índices de partos cesáreos no Brasil, atualmente, ainda são bastante elevados, chegando a 84% na rede privada de saúde. Essa taxa reduz para 40% na rede pública, dados estes que deveriam ser no máximo de 15%. A cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: aumenta em

120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o RN, como também triplica o risco de morte da mãe. Uma média de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil está relacionada à prematuridade (BRASIL, 2015b).

Na vivência enquanto enfermeira assistencial percebe-se o número elevado de cesarianas devido o conceito apresentar anomalias congênitas, porém com a nova normatização publicada pela Agência Nacional de Saúde, esse tipo de parto será recomendado apenas em casos de gestantes com diabetes não controlada ou com placenta insuficiente, ou cesáreas que se fizerem necessárias durante um trabalho de parto difícil (LABOISSIÈRE, 2015).

Sabe-se que para um acompanhamento da gestação de maneira rigorosa faz-se necessário que as gestantes realizem pré-natal, seja no âmbito público ou privado, uma vez que essa assistência está disponível para toda a sociedade. Conforme os achados, as mães em quase sua totalidade (99%) realizaram o pré-natal e compareceram a seis ou mais consultas (71%) conforme preconiza o MS.

No Brasil, o calendário para o atendimento pré-natal é programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. O início precoce (primeiro trimestre) é orientado, devendo ser regular e completo para garantir que todas as avaliações propostas sejam realizadas, e o profissional da saúde deverá preencher o cartão da gestante e a ficha do pré-natal. Recomenda-se realizar número mínimo de seis consultas nesse período, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre (período de possíveis intercorrências mais severas como pré-eclâmpsia, parto prematuro, óbito fetal) (BRASIL, 2006).

Entretanto, ainda é possível encontrar parte da população brasileira que não realiza esse acompanhamento de maneira assídua, como apresentaram Cardoso, Mendes e Velasquez-Melendez (2013) a partir da análise do banco de dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 1996, quando 75,3% (247) das gestantes residentes na área urbana e 80,6% (137) na área rural, de um total de 588 mulheres, haviam feito menos de seis consultas durante a gestação.

Quando esse acompanhamento é realizado de forma rigorosa pelas mães e profissionais, existe maior possibilidade das malformações congênitas serem diagnosticadas precocemente à realização dos exames de ultrassonografias nesse período e a medicina fetal busca apresentar uma terapêutica intra-útero para alguns episódios (BARROS *et al.*, 2012). Entretanto, consoante os estudo de Fonseca, Nazaré e Canaverro (2013), em que 68,3% (41) das mães receberam o diagnóstico de MC do filho no pré-natal, momento em que reações

emocionais de alta intensidade podem ser afloradas pelos pais. Seu estudo apontou que estas mães apresentaram mais sentimentos de raiva e tristeza quando comparadas às mães que receberam o diagnóstico no pós-parto.

Diversos tipos de ultrassom são realizados durante a gestação e com funções distintas. Entre a 11^a e 13^a semana gestacional realiza-se a translucência nucal para investigar possíveis anomalias como: anencefalia, holoprosencefaia, síndrome de Down, entre outras. Posteriormente, entre 18^a e 24^a semana orienta-se a gestante realizar a ultrassom morfológica, pois esta possibilita detalhar a anatomia do feto, sendo possível a detecção precoce de diversas malformações cardíacas, do sistema nervoso central, osteomusculares, pulmonares, entre outros sistemas do organismo. Quando o diagnóstico de MC é traçado de forma correta, facilita a condução da gestação, podendo haver a necessidade de intervenções cirúrgicas no feto intra-útero, como em casos de hérnia diafragmática ou mielomeningocele, por exemplo (TAVEIRA, 2015).

Observou-se nos dados do estudo em questão que as mães, em sua maioria, receberam o diagnóstico da MC durante o pré-natal (57%), mais precisamente no quinto mês de gestação, em média de 22 a 24 semanas gestacionais, durante a realização da ultrassom morfológica, como mostrado na Figura 3.

De acordo com Sahin e Gungor (2008), com o avanço dos diagnósticos por imagem durante o pré-natal ao longo da última década, bem como o rastreamento de defeitos cromossômicos e a bioquímica do sangue materno, estes tem aumentado o nível de ansiedade nas mulheres grávidas e seus parceiros.

Estudo longitudinal na Noruega concluiu que o diagnóstico pré-natal da MC está associado ao aumento significativo do sofrimento psíquico dos pais no período pós-natal. Contudo, não houve aumento do sofrimento psíquico em longo prazo entre os pais com presciência da malformação da criança durante o pré-natal (SKREDEN *et al.*, 2010).

Na mulher-mãe, que vivencia o diagnóstico de MC, em que há a necessidade de cirurgia no RN e sua hospitalização na UTIN, são afloradas diversas dúvidas que geram sentimentos conflituosos de rejeição, medo e culpa, todos esses causadores de intenso sofrimento psíquico. Essa mãe precisa desconstruir suas crenças, valores e aspirações idealizados, passando a ser assolada por várias informações científicas, tornado esse momento bastante assustador e angustiante para ela e toda a família. Tais sentimentos precisam de suporte afetivo e apoio ao longo do processo, pois estes culminam em fragilizar o vínculo afetivo entre a mulher-mãe e seu filho (REIS; SANTOS, 2011).

Contudo, esse diagnóstico precoce é necessário, pois o atendimento em sala de parto ao neonato exige vários cuidados específicos, e para casos especiais de bebês com anomalias congênitas, outros procedimentos precisam ser instituídos logo após o nascimento. Portanto, o conhecimento da suspeita da doença antes do nascimento pode orientar na reanimação e na necessidade desses procedimentos (BRASIL, 2011a).

Apesar dos resultados descritos no presente estudo não terem evidenciados associações entre os percentis referentes ao nível de ansiedade e o período do recebimento do diagnóstico da MC, alguns autores afirmam essa associação. Albuquerque *et al.* (2012), por exemplo, procuraram conhecer o impacto do diagnóstico de MC de um filho no ajustamento dos pais e examinar a sua variabilidade em função das características da criança. Contudo, destacaram que as mães apresentaram um ajustamento individual mais fragilizado, quando comparado aos pais, mas não verificaram diferenças na percepção de sobrecarga associada ao diagnóstico, ao contrário do que acontece com o ajustamento individual, a percepção de sobrecarga materna e paterna surge como uma variável que pode ser influenciada pelos determinantes da criança.

Outro fator que pode interferir na formação do feto, bastante discutido na literatura, é o uso de álcool e/ou drogas em qualquer período da gestação. Estudo brasileiro encontrou significância estatística ao associar essa variável com as categorias de malformações congênitas do olho, ouvido, face e pescoço ($p < 0,001$), aparelho circulatório ($p = 0,038$), aparelho respiratório ($p = 0,047$) e fenda labial e/ou palatina ($p = 0,047$). (FONTOURA; CARDOSO, 2014).

No presente estudo percebeu-se que apenas 4% (5) das mães fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação, entretanto encontrou-se associação significativa ao relacioná-la com os percentis indicativos do nível de ansiedade consoante ao IDATE - Traço, com $p = 0,007$.

Nos Estados Unidos, pesquisa feita em 19 países avaliou a associação entre várias definições do uso de álcool pelas mães (quantidade de álcool consumida, frequência do consumo e episódios de consumo excessivo de álcool) em todo o período da gravidez e as chances de ocorrência de defeitos cardíacos congênitos. Os autores concluíram que vários episódios de consumo excessivo de álcool materno no início da gravidez podem aumentar as chances de malformações cardíacas ($p < 0,01$) e sua relação era mais severa quando combinado esse fator ao uso de cigarros pelas mães ($p < 0,01$) (MATEJA *et al.*, 2014).

No Chile, por exemplo, Cortés (2003) referiu que é importante considerar o estilo de vida como uma forma de prevenção primária contra as malformações congênitas, uma vez

que houve um aumento no consumo de cocaína no país, sendo que o efeito vasoconstritor causado pela droga pode ocasionar malformações como gastrosquise, extrofia de bexiga, entre outras. Além disso, refere também que o fumo produz retardo do crescimento intrauterino e que o consumo de bebidas alcoólicas é o fator teratogênico mais comum na população, e responsável pela síndrome alcoólica fetal (SAF).

Fatores psicossociais relacionados à gestação também foram investigados no estudo na tentativa de encontrar possíveis associações com as malformações congênitas. Entretanto, ao questionar as mães sobre essas variáveis, percebeu-se que a grande maioria desejou a gestação (83%), bem como a aceitou (95%) e recebeu apoio dos familiares (97%) e profissionais de saúde (90%). Algumas mães afirmaram não ter planejado a gravidez (55%), não tentaram abortar (97%) e não tomaram substâncias abortivas (97%).

Estudo de Gaíva, Corrêa e Santo (2011) em Mato Grosso, Brasil visando analisar variáveis clínico-epidemiológicas de crianças e adolescentes portadoras de espinha bífida, descreveu que a maioria das mães (78%) declarou que sua gravidez não foi planejada.

Corroborando com esses dados, uma tese desenvolvida em Porto Alegre, RS, Brasil, com objetivo geral de estimar a frequência do uso de plantas medicinais e seus derivados durante a gestação, particularmente as com potencialidades abortivas e as com efeito sobre o sistema nervoso central, descrevendo as principais substâncias utilizadas e as razões de seu uso, investigou também as variáveis maternas “gestação planejada e desejada” em um grupo caso-controle composto por mães de recém-nascidos malformados e seus controles compostos por mães de recém-nascidos sem MC. Apresentou que, dentre os casos, 73,1% e 17,8% das mães, não planejaram e não desejaram a gestação, respectivamente (CAMPESATO, 2005).

O Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC) identificou nos países em desenvolvimento, que a gravidez não planejada está inserida em um grupo composto por 10 fatores de risco para malformações congênitas, além da idade materna avançada, pré-natal inadequado, infecção por rubéola na gestação, automedicação, álcool, fumo, deficiências alimentares, exposição profissional e falta de consulta especializada (CORTÉS, 2003).

Quanto ao aspecto relacionado às variáveis neonatais investigadas na presente pesquisa, evidenciou um equilíbrio entre os sexos masculino com 49% (57) e feminino 48% (56). Da mesma forma ocorreu nos estudos de Gardenal *et al.* (2011) com 55,4% (150) masculino e 44,6% (121) feminino, e Nhoncanse *et al.* (2014), com equilíbrio semelhante entre os sexos, destacando-se o sexo indeterminado com 4,3% (2) da amostra pesquisada.

Divergindo desses achados, Zago *et al.* (2011) apresentaram em seu estudo de caso-controle sobre síndromes cromossômicas nos recém-nascidos, realizado em Porto Alegre – RS, Brasil, que a maior parte dos casos de recém-nascidos malformados era do sexo feminino, perfazendo 72% dentre o total e que o grupo controle possuía uma média de IG maior que o grupo de malformados. No entanto, os autores acreditam que esse resultado poderia indicar que, mais provavelmente, as malformações cromossômicas levam a uma gestação com período de tempo reduzido.

Dados divergentes foram descritos na presente pesquisa, em que 61% (71) da amostra de RN, apresentaram IG entre 37 e 41 semanas e 6 dias, indicando que, independente dos tipos de malformações acometidos pelos recém-nascidos pesquisados, a maioria nasceu dentro do período estimado, resultando em gestação a termo. Dados estes apoiados por Araújo *et al.* (2014), em que os recém-nascidos com cardiopatia congênita, em sua maioria, apresentaram IG maior ou igual a 37 semanas (64,5%).

Contradizendo os dados desta tese, pesquisa de coorte realizada no Hospital das Clínicas de São Paulo, Brasil, objetivando descrever a incidência e os tipos de malformações congênitas, a mortalidade e o tempo de permanência hospitalar de RN malformados admitidos no berçário de alta complexidade deste hospital, referiu que de 93 neonatos acometidos com algum tipo de MC, 46 (49,5%) nasceram de termo e 47 (50,5%), pré-termo, mostrando um equilíbrio entre os dados (PIMENTA; CALIL; KREBS, 2010).

Outro estudo realizado em hospitais no norte da Etiópia, com objetivo de investigar a distribuição do peso ao nascer na população, a incidência e fatores associados ao nascimento de crianças com malformações congênitas, mostrou que em uma amostra de 32 neonatos malformados, 87,5% (28) nasceram antes de completar 37 semanas gestacionais, sendo 13% antes das 32 semanas. Entretanto, no que referiu ao peso de nascimento, 35% e 54% dos recém-nascidos pesavam menos de 1.500g (muito baixo peso ao nascer (MBP)) e entre 1500 e 2.500g (peso baixo ao nascer (BPN)), respectivamente (MEKONEN; NIGATU; LAMERS, 2015), dados que se assemelham ao do presente estudo.

Conforme apresentaram os resultados da tese em questão, a faixa de peso ao nascer mais frequente estava compreendida entre 1500 e 2499g, com 35% (41), seguida de 3000 a 3999g, com 29% (34) e estatura entre 36 e 46 cm (56%/65).

Quanto ao índice de Apgar dos neonatos no 1º e 5º minuto de vida, evidenciados à avaliação do neonatologista ainda na sala de parto, sobressaíram os escores de 7 a 10, com 65% (76) e 91% (107), respectivamente, o que comprova uma boa vitalidade ao nascimento, apesar do acometimento da MC.

De acordo com afirmações de Hockenberry e Wilson (2011), embora o método de avaliação do índice de Apgar seja o mais utilizado para julgar o ajuste do RN à vida extrauterina, em que se atribui as pontuações de zero a dez, durante o primeiro e quinto minuto após o nascimento, por meio da observação da frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor, sofre influência pelo grau de imaturidade fisiológica, infecção, MC, sedação ou analgesia materna e distúrbios neuromusculares.

Estudo descritivo em São Luís – Maranhão, Brasil encontrou dados similares aos descritos nesta pesquisa, ao apresentar características dos recém-nascidos malformados do município. Demonstraram que os índices de apgar maior ou igual a sete em ambos os tempos, 1º e 5º minuto, foram os mais evidenciados na amostra, com 70,6% e 88,3% respectivamente (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Brindle *et al.* (2014) em seu estudo objetivaram criar e validar uma regra de predição clínica generalizada e facilmente aplicada para determinar crianças com hérnia diafragmática em situação de risco alto, intermediário e baixo de morte, usando parâmetros clínicos simples, bem como medidas ecocardiográficas de hipertensão pulmonar. Contudo, em sua análise, percebeu que fatores neonatais como o índice de apgar ao quinto minuto, bem como baixo peso ao nascer, prematuridade, a presença de cardiopatia congênita grave, e anormalidades cromossômicas estavam associados ao aumento da mortalidade dos bebês com hérnia diafragmática.

Como discutido anteriormente, as anomalias congênitas podem interferir no crescimento fetal culminando em alterações que favoreçam a inadequação entre o peso e IG ao nascimento. Para este estudo, os resultados mostraram que a população de recém-nascidos investigada apresentou uma adequação consoante à classificação peso/ IG, com um total de 67% (78) dos neonatos. Dados estes baseados na classificação mais antiga de Battaglia e Lubchenco (1967): recém-nascidos PIG (peso abaixo do percentil 10), AIG (peso entre os percentis 10 e 90) e GIG (peso acima do percentil 90).

Corroboram com esses dados, pesquisa desenvolvida na Paraíba, Brasil, com recém-nascidos acometidos por cardiopatias congênitas, em que 72,8% (195) do total apresentaram-se AIG (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Outro aspecto relevante que poderia influenciar no nível de ansiedade das mães era o período, em dias, de internamento do RN na UN. Portanto, o estudo em questão destacou que no dia da entrevista e aplicação das escalas, os filhos estavam internados há um dia (25,6% (30)) e dois dias (29,1% (34)), na maioria da amostra.

Estudo de Pimenta, Calil e Krebs (2010), já citado no decorrer dessa discussão, em que um dos objetivos foi descrever o tempo de permanência hospitalar de recém-nascidos malformados admitidos em berçário de alta complexidade de um hospital universitário em São Paulo, Brasil, apresentou que o tempo médio de internação desses neonatos foi de 43,8 dias. Todavia, de 93 casos investigados, 22 (23,66%) morreram, sendo que 18 (19,35%) foram a óbito após 24 horas de vida e 4 (4,30%) antes de completar as 24 horas de vida.

Estudo também realizado na cidade de São Paulo, Brasil, para comparar os sinais de ansiedade e depressão entre as mães de recém-nascidos com malformações visíveis logo após o nascimento e cerca de três meses após a alta hospitalar do bebê, referiu que o tempo de internamento dos recém-nascidos na UN variou de três a 120 dias, com uma mediana de 23 dias. Comprovaram que logo após o nascimento, os níveis de ansiedade situacional das mães de crianças com malformações visíveis foram altos e 52,9% das participantes apresentaram sinais de ansiedade em nível clínico. Afirmaram que esses níveis de ansiedade situacional podem ter sido influenciados por traços de personalidade, pois 23,5% das mães pontuaram para ansiedade/traço, entretanto, possivelmente, também estão associados às condições de vida da criança e ao seu encaminhamento para a UTI, logo após o parto (PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008).

Atualmente, enquanto enfermeiras neonatologistas, se observa que com o avanço tecnológico nas Unidades Neonatais, a sobrevivência dos recém-nascidos que necessitam de suportes avançados para sua adaptação à vida extra-uterina tem aumentado. Porém, muitos recém-nascidos com alguma MC, dependendo da complexidade desta, ao nascimento precisam ser encaminhados diretamente para essas unidades, na busca de um melhor prognóstico para seu quadro clínico.

A UN é um ambiente desconhecido e rodeado por alta tecnologia, e que, além dos cuidados dispensados ao RN, faz-se necessário atentar-se à família que, neste cenário, encontra-se fragilizada com a internação de seu filho, pois as mães não estão preparadas para vê-los nas condições clínicas de saúde em um ambiente desconhecido (ANTUNES *et al.* 2014), principalmente se este for acometido por alguma MC.

Dentre todas as malformações acometidas aos recém-nascidos, classificadas conforme o CID-10^a revisão, prevaleceram àquelas pertencentes à categoria do Sistema Osteomuscular com 30,1% (56) e SNC com 20,4% (38). Apenas um caso de MC do aparelho respiratório foi registrado.

Dentro dessas duas categorias mais acometidas sobressaíram as malformações: Pé torto congênito (44,6% - 25), Onfalocele (8,9% - 5), e Gastrosquise (5,4% - 3) categorizadas

como pertencentes ao Sistema Osteomuscular, e Mielomeningocele (39,5% - 15), Hidrocefalia (34,2% - 13) e Microcefalia (13,2% - 5) como do SNC.

Corroboram com esses dados pesquisas descrevendo que as malformações mais comuns foram as neurológicas, em 31 (33,33%) dos recém-nascidos analisados e apenas 2 (2,15%) casos de anomalias respiratórias (PIMENTA; CALIL; KREBS, 2010) e malformações osteomusculares e do SNC com 48% e 16,2%, respectivamente (RODRIGUES *et al.*, 2014)

Para divergir desses achados, um estudo caso-controle realizado no Japão, em que os autores investigaram se a exposição intra-útero às drogas antitireoidianas resultava em uma maior taxa de malformações maiores em relação às crianças nascidas de um grupo controle de mulheres grávidas, apresentou uma prevalência de 18,1% (33) dentre os casos de fetos com defeito do septo ventricular, uma MC inserida na classificação de malformações cardíacas. Ademais, de 5997 nascidos vivos, descreveram que nove (4,9%) dentre os casos tinham aplasia cutânea congênita, oito (4,4%) com onfalocele, e oito (4,4%) com uma anomalia sintomática do ducto onfalomesentérico, sendo necessária cirurgia para esses casos, contudo essas três malformações eram curáveis (YOSHIHARA *et al.*, 2012).

Nazer e Cifuentes (2011) realizaram um estudo, baseado nos dados registrados pelo ECLAMC no período de 1995 a 2008 sobre as malformações congênitas no Chile e América Latina. Perceberam que o Brasil tem as taxas mais altas entre 26 diagnósticos diferentes de MC investigados, destacando-se as cardiopatias congênitas (exceto anotia-microtia e ânus imperfurado), e Uruguai e Bolívia têm taxas mais baixas em muitos diagnósticos. Encontraram que a taxa de MC total global segundo o ECLAMC foi de 18,8 por 10.000 nascimentos.

Outro estudo de coorte realizado em Gaza, na Palestina, com os bebês nascidos em 2011, foram colhidas amostras de cabelo desses recém-nascidos para analisar a carga de metal tóxicos / teratogênico. A ocorrência de defeitos congênitos foi previamente mostrada e apresentou-se correlação nesta coorte à exposição documentada dos pais para armas contendo contaminantes metálicos, durante os ataques militares ocorridos em 2009. Quanto aos tipos de malformações congênitas nesses neonatos, em ordem de prevalência, sobressaíram os defeitos do tubo neural, seguidos das múltiplas MC, anomalias renais, lábio leporino/fenda palatina, malformações do sistema gastrointestinal, faciais, defeitos cardíacos congênitos e anomalias abdominais (MANDUCA; NAIM; SIGNORIELLO, 2014).

Compete o destaque nesse estudo para os casos de Microcefalia, com 13,2% (5) da amostra de 38 registros de malformações do SNC entre os recém-nascidos durante o

período de um ano. Enfatiza-se que, no presente momento, o Brasil está vivenciando uma epidemia dessas MC, principalmente no Nordeste do país, com notificação de 4.180 casos suspeitos conforme o boletim do MS divulgado em 27 de janeiro de 2016, sendo identificados em 830 municípios de 24 estados, em que Pernambuco permanece com o maior número de casos que permanecem em investigação (1125), seguidos da Paraíba (497), Bahia (471), Ceará (218), Sergipe (172), Alagoas (158), Rio Grande do Norte (113), Rio de Janeiro (122), e Maranhão (119). Estudos realizados por cientistas da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) apontam que tais casos podem estar relacionados à contaminação materna pelo atual zika vírus, transmitido pelo mosquito *Aedes Aegypti*, o mesmo causador da Dengue. O MS vem investigando essa possível relação, bem como outros fatores relacionados a infecções congênitas (BRASIL, 2016).

Na Colômbia, especificamente na cidade de Cali, Gil *et al.* (2014) investigou a frequência de diagnósticos em recém-nascidos com defeitos congênitos posteriormente à ultrassom pré-natal, que foram internados em duas unidades de terapia intensiva neonatal (pública e privada). Durante quatro meses de coleta de dados, 173 casos foram atendidos nas unidades, contudo dentre 51 diagnósticos diferentes, houve prevalência das malformações cardíacas com 19,2% (42), seguido de 17,8% (37) com defeitos urogenitais e 14,2% (31) do Sistema Nervoso Central (SNC).

Tais malformações podem ser acometidas no RN de maneira isolada ou associada, ou seja, simples (uma MC) ou múltiplas (mais de uma MC) (CASTRO *et al.*, 2006). De acordo com os resultados descritos na presente pesquisa, 61% (71) da amostra apresentou apenas uma MC e os demais 39% (46) tinham duas ou mais malformações associadas.

Objetivando identificar a prevalência de malformações do SNC e malformações associadas diagnosticadas pela ultrassonografia obstétrica, Barros *et al.* (2012) contabilizaram 126 recém-nascidos malformados em duas instituições hospitalares em Aracajú, Sergipe, Brasil, sendo 31,8% (40 casos) da amostra acometida por MC do SNC e igual valor para MC osteomusculares, seguidos de MC craniofacial (20%) e Outras malformações (16%). As MC do SNC apresentaram-se de forma isolada em sua maioria, enquanto 37,5% (15 casos) estiveram associados a outras MC do próprio SNC. Os demais, 57,5% dos casos de MC do SNC estavam associadas a uma ou mais malformações em outros órgãos ou sistemas, com maior prevalência das MC craniofaciais, seguido pelas osteomusculares, cardiovasculares, geniturinárias e gastrintestinais.

Em Minas Gerais, Amorim *et al.* (2008) determinou a prevalência das cardiopatias congênitas diagnosticadas ao nascimento, em recém-nascidos vivos e natimortos

e descreveu suas apresentações clínicas mais freqüentes. Entre os 277 neonatos com cardiopatia, 103 (37,2%) apresentaram essa MC isoladamente, em 87 (31,4%) encontravam-se associadas a malformações em outros órgãos e sistemas sem um diagnóstico sindrômico estabelecido; em 64 (23,1%) as cardiopatias faziam parte de múltiplas malformações.

De acordo com os dados apresentados nos estudos citados anteriormente, percebe-se que os recém-nascidos são vulneráveis a apresentar qualquer tipo de MC e estas podem ser acometidas de maneira isolada ou associadas entre si, afetando órgãos e sistemas diversos no organismo.

Para os pais, a notícia de um diagnóstico de anomalia congênita no RN, poderá desencadear uma diversidade de reações parentais, bem como a sua variabilidade em função, por exemplo, do momento em que o diagnóstico é conhecido (FONSECA; CANAVARRO, 2010).

Portanto, Pereira *et al.* (2011) buscando conhecer essas reações vivenciadas pelas mães em decorrência do diagnóstico da MC no filho, realizou uma revisão sistemática, analisando os estudos epidemiológicos que investigaram a prevalência e a associação entre transtornos mentais maternos e malformações congênitas do bebê. Os estudos selecionados para essa revisão evidenciaram que a prevalência dos transtornos mentais diferiu bastante de um estudo para outro, sendo a ansiedade e o sofrimento psíquico, os transtornos mais investigados e com alta frequência, ambos variando de 13 a 60%, seguido pela depressão, com frequência entre 13 a 27%, e altos níveis de estresse (13%).

Consoante os achados dessa tese pôde-se perceber que 53,9% (62) e 47% (54) da amostra de mães investigadas apresentaram escores correspondentes ao intervalo de percentil entre 25 e 75, considerando nível moderado de ansiedade, a partir do IDATE – Traço, como também IDATE – Estado, respectivamente, conforme referenciam estudos com população semelhante (PEROSA *et al.*, 2009; PADOVANI *et al.*, 2004). Contudo a hipótese 1 dessa pesquisa foi rejeitada para essa amostra analisada, pois o nível de ansiedade das mães de recém-nascidos com malformações congênitas internados em Unidades Neonatais na cidade de Fortaleza - CE não mostrou-se elevado conforme IDATE.

Divergindo desses achados citados no parágrafo anterior, pesquisa realizada em duas cidades do interior de São Paulo, Brasil, para avaliar como se estabelece o apego materno-fetal, os modos de enfrentamento e os indicadores clínicos, a ansiedade e a depressão, na fase pré-natal, em gestantes que receberam a notícia da MC, mostraram que nas 22 gestantes investigadas, os escores para ansiedade apresentaram-se elevados, sendo que, para depressão, a maioria delas não apresentou indicadores clínicos. Dentre as gestantes, três

(13,7%) manifestaram ansiedade mínima; oito (36,4%) com ansiedade leve, sendo que duas (66,7%) destas apresentaram também indicadores para depressão; outras oito (36,4%), ansiedade moderada, entre as quais uma (33,3%) delas apresentou também indicador para depressão, e três (13,6%) gestantes ansiedade grave (VASCONCELOS; PETAN, 2009).

No estudo de Perosa *et al.* (2009), a população investigada apresentou sintomas clínicos de ansiedade-estado em 45,5% das mães de recém-nascidos com MC e 18,2% das mães do grupo de neonatos normais. Em relação à ansiedade-traço, 36,4% das mães de RN malformado apresentaram sintomas clínicos, entretanto, o mesmo resultado não aconteceu em mães de RN sem MC. Como os autores também investigaram sintomas de depressão associados, observou-se que 22,7% de mães dos malformados e 4,5% das mães de RN sem MC obtiveram escores indicativos, tanto para sintomas de depressão, como de ansiedade.

Durante a leitura de vários artigos científicos para a realização dessa tese percebeu-se que a ansiedade geralmente está associada a outros tipos de alterações mentais e/ou sentimentos. Zadeh *et al.* (2012), por exemplo, em seu estudo no Iran, descreveu a ansiedade e a depressão como transtornos associados que foram investigados em mães durante o período pós-natal que tiveram gestações de alto risco. Os resultados mostraram que a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade moderada foi maior entre as mulheres que tiveram uma gravidez de alto risco em relação aquelas com gestações normais. Entretanto, a ansiedade foi mais prevalente que a depressão em ambos os grupos.

Quando comparados os níveis de ansiedade entre as mães que receberam o diagnóstico da MC do filho no pré-natal e aquelas no pós-natal, percebeu-se que apenas as médias da escala IDATE – Traço apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p=0,026$), quando a média e desvio padrão dos escores que remetem a ansiedade de quem recebeu o diagnóstico da MC no pré-natal ($37,42\pm 7,03$) foi menor que das mães que receberam no período pós-natal ($41,27\pm 11,13$). Assim, a hipótese 2 do estudo, de que a ansiedade das mães que receberam diagnóstico de MC do filho durante o período pós-parto é maior que aquelas que receberam durante o pré-natal, é considerada válida.

Entretanto, ao associar a variável “período do diagnóstico de MC” (pré-natal e pós-natal) isoladamente, com a escala IDATE – Traço e IDATE - Estado, não apresentou significância estatística nos resultados, com valores de $p=0,065$ e $p=0,429$, respectivamente.

De forma a corroborar com esses dados, Fonseca, Nazaré e Canavarro (2013) ao analisar as reações emocionais dos pais, estando incluídas as mães, e a intensidade de cada emoção quando o diagnóstico da MC é divulgado no período pré-natal ou pós-natal, verificou que o momento da divulgação do diagnóstico (pré-natal versus pós-natal) não apresentou

associação estatisticamente significativa com os padrões de reações emocionais maternos, com $p=0,235$ ($\chi^2 = 1,41$), estando incluída a ansiedade. Contudo, ao associar esses momentos, com a intensidade das diferentes emoções, encontraram significância estatística em relação apenas a raiva e tristeza. Somente as mães que receberam o diagnóstico da MC em seu bebê durante o período pré-natal apresentaram significância estatística para o sentimento de raiva, sendo mais intensa ($p=0,004$) e para a tristeza ($p=0,044$), do que as mães com divulgação da MC após o nascimento (raiva: $M = 6,79$; $DP = 22,8$; tristeza: $M = 71,5$; $DP = 36,3$).

Outro estudo em Coimbra, Albuquerque *et al.* (2012) avaliou o ajustamento individual (sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida) e o impacto familiar (sobrecargas global e financeira) de pais e mães de crianças com um diagnóstico de MC e a influência dos determinantes da criança no ajustamento individual e sobrecarga parental. Encontrou prevalência de 67,7% dos casos, como tendo sido diagnosticado no pré-natal, sendo as uropatias (33,9%) as malformações mais frequentes. Em relação à sintomatologia psicopatológica, verificada através do *Brief Symptom Inventory* (BSI-18: constituído por 18 itens, organizados em três dimensões: ansiedade, depressão, somatização e um índice de gravidade geral (IGG)), percebeu a partir de testes univariados, efeitos significativos nas três dimensões ($\eta_p^2=0,23$; $0,09$; $0,07$, respectivamente) e no IGG ($\eta_p^2=0,17$), verificando-se que as mães apresentaram valores elevados das sintomatologias.

Os diferentes níveis de ansiedade apresentados pelas mães de recém-nascidos com alguma MC geralmente estão associados a fatores pregressos da vida dessa mulher, bem como fatores atuais relacionados ou não à gestação e ao feto. No entanto, os resultados da presente pesquisa enfocaram que, ao se associar algumas variáveis sociodemográficas, gestacionais e psicossociais com os diferentes intervalos de percentis para ansiedade, consoante a escala aplicada, mostrou significância estatística entre: a escolaridade ($p<0,001$), o uso de drogas ($p=0,007$), o recebimento de apoio da família ($p=0,039$) e do profissional de saúde ($0,012$) durante a gestação, com o IDATE – Traço; e o nº de consultas de pré-natal ($p=0,040$) e escolaridade ($p=0,024$) ao associar com o IDATE – Estado. Dessa forma, estes resultados mostram que a terceira hipótese do estudo também foi aceita, quando explicita que fatores pregressos da vida dessas mães interferiram na ansiedade diante do nascimento do RN com MC.

Embora tenham sido investigadas várias variáveis sociodemográficas, psicossociais, maternas e neonatais, acredita-se que tenha um universo de questões específicas e particulares de cada mãe que despertam sentimentos diversos, podendo interferir diretamente no nível de ansiedade vivenciado por estas. A gestação em si, já traz alterações,

no mínimo, físicas e fisiológicas para as mulheres. Enfrentar uma gravidez, com todas as suas nuances e agregar o fato do feto ser acometido com alguma anormalidade torna-se um desafio para muitas mães.

Para corroborar com esses achados, Shrestha *et al.* (2014) no Nepal, buscou examinar a associação entre variáveis sociodemográficas e ansiedade pós-natal entre primíparas, após aplicação do IDATE, e mostrou que o conhecimento materno dos cuidados ao RN, o nível de escolaridade e a renda geral das mães foram inversamente relacionados a ansiedade, ou seja, as mães com menor escolaridade e nível sócio-econômico baixo demonstrou um maior nível de ansiedade no período pós-natal, com valores de $p < 0,001$ e $p < 0,01$, respectivamente. Ainda mostraram que altos níveis de ansiedade resultaram de relações ruins entre as mulheres e seus maridos e baixos níveis para aquelas com relações positivas com seus maridos.

Perosa *et al.* (2009) em pesquisa com mães de RN com e sem MC referiu que não houve correlação significativa entre as pontuações da escala IDATE e algumas variáveis maternas, como: idade, número de filhos, escolaridade, estado civil e a variável do RN (local da malformação).

Em um hospital universitário em Istambul, Sahin e Gungor (2008) desenvolveram uma pesquisa para determinar a ansiedade de mulheres e dos pais antes do teste pré-natal para detectar anomalias congênitas, e as opiniões dessas mulheres em relação aos fatores de risco para as malformações. Os resultados evidenciaram que fatores progressos como fumar durante a gestação e nível de escolaridade materno apresentaram significância estatística, com $p = 0,032$ e $0,022$, respectivamente. Contudo, divergem, em parte, dos resultados dessa tese, uma vez que a associação foi detectada consoante os escores de ansiedade estado das mães, verificados por meio do IDATE – Estado, versão turca, e na tese houve associações significantes entre essas variáveis e a ansiedade verificada pelo IDATE – Traço, com valores de $p < 0,001$ e $p = 0,007$ para as duas variáveis, respectivamente. Os autores do estudo turco acrescentaram que as mães, em sua maioria, não fumaram na gestação (85,5%) e estudaram até o ensino fundamental (39,5%).

Ressalta-se a importância de enfocar que há muitas consequências do tabagismo relacionado aos danos placentários e conseqüentemente toxinas que entram na circulação fetal, portanto o retardo do crescimento intrauterino culmina em neonatos pequenos para a idade gestacional ao nascimento (BICKERSTAFF *et al.*, 2012).

Pesquisa na Finlândia para estudar a associação entre o tabagismo durante a gravidez e os resultados perinatais adversos, mostrou que o fato de as mães fumarem após o

primeiro trimestre da gravidez está associado ao aumento da prevalência de admissão à UTIN, morte fetal, parto prematuro (<37 semanas), BPN, PIG e grande anomalia congênita, em comparação com não fumantes. Concluíram que a exposição ao tabaco no início da gravidez aumenta a prevalência de grandes anomalias congênitas (RÄISÄNEN *et al.*, 2014).

Quanto à associação entre as variáveis neonatais e a escala aplicada, apenas o sexo apresentou relação com o IDATE – Traço, com $p=0,021$. Não houve associações significantes entre as variáveis e IDATE – Estado.

Divergindo desses resultados, pesquisa em Nepal, citada anteriormente no decorrer desta discussão, aplicou o IDATE às mães no período de cinco a seis semanas pós-natal e ao analisar possíveis associações entre algumas variáveis e a escala, não encontraram relação significativa entre o sexo do bebê e ansiedade pós-natal, com $p=0,54$. Esses dados contradizem um fato justificado pelos próprios autores, onde referem que na zona rural de Nepal a preferência por meninos em relação às meninas é bastante comum, pois os pais contam economicamente com os filhos quando eles se tornam velhos. Já as mulheres, geralmente vivem na casa de seus maridos após o casamento e não podem fornecer o mesmo suporte aos seus próprios pais como fazem os homens (SHRESTHA *et al.*, 2014)

Outrora, dados similares aos descritos no estudo em questão foram explanados por Erdem (2010) em Ankara, Turquia, ao analisar os níveis de ansiedade das mães que tiveram um bebê internado na UTIN e os fatores que a afetam. Utilizou o IDATE e evidenciou que a idade materna, escolaridade, renda, gravidez planejada, complicações na gestação, cuidados pré-natais, tipo de parto, IG do RN ao nascimento, as razões para hospitalização e peso infantil não afetou os níveis de ansiedade materna. Entretanto, descreveu que a ansiedade das mães foi significativamente maior em relação ao sexo masculino do RN e encontrou associação significativa ao relacionar a ansiedade (IDATE – Estado) e o gênero ($p=0,016$) e duração da hospitalização dos bebês ($p=0,025$), divergindo um pouco da tese em questão, pois encontrou-se no presente estudo associação entre o intervalo de percentil referente a ansiedade moderada e o sexo do RN consoante a aplicação da IDATE - Traço.

Em referência as variáveis psicossociais, Shrestha *et al.*, (2014) explanou diferenças estatísticas ao associar os níveis de ansiedade pós-natal e o suporte familiar recebido pelas mães, com valores de $p=0,03$, ao utilizar o IDATE. Essas mães receberam um bom apoio dos seus familiares e do marido, apresentando, em sua maioria, níveis leves de ansiedade.

De acordo com Esteves, Anton e Piccinini (2011) o vínculo mãe-bebê é influenciado por elementos que começam antes da gravidez, como o planejamento e o desejo

relacionado à gestação. Seguem ao longo da gravidez, caracterizando-se pela aceitação materna da gestação, percebida quando esta começa a reconhecer os movimentos fetais e a aceitar o feto como um indivíduo. Os autores relatam que, o preparo psicológico da mãe para receber seu filho e se relacionar com ele segue durante o momento do parto, no ato do nascimento e após este, consistindo no desejo em ver, tocar, cuidar e aceitar o filho como um indivíduo independente.

Contudo, quando a ordem desses fatos é modificada, transtornos como a ansiedade podem ser desencadeados. Embora os dados tenham evidenciado significância estatística em algumas das variáveis psicossociais investigadas, ainda acredita-se que o fato do bebê ter sido acometido com algum tipo de MC, poderá ter interferido nessa ordem do vínculo, citado por Esteves, Anton e Piccinini (2011), e desencadeado níveis diferentes de ansiedade.

Portanto, são explanados nos resultados dessa tese que, o fato da gestante ter recebido apoio da família, bem como dos profissionais de saúde foram associados à ansiedade, consoante a escala IDATE – Traço, com estatística significativa ($p=0,039$ e $0,012$, respectivamente).

Airosa e Silva (2013) ao verificar possíveis associações entre o suporte social e a sintomatologia depressiva, ansiosa e stresse, em mulheres no período pré e pós-natal, mostrou que houve uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre o suporte social recebido pelas mães e o total da escala de ansiedade, depressão e stresse ($p=-0,46$), bem como entre este suporte e cada uma dessas subescalas separadamente consideradas. Para a subescala ansiedade obteve valor de $p=-0,39$.

Beltrami, Moraes e Souza (2013) descreveram em seu estudo que a ansiedade apresentada pelas mães investigadas não apresentou significância estatística com o suporte social recebido por estas durante o cotidiano de suas vidas, em relação aos cuidados com o filho RN, com $p=0,691$. Entretanto, os dados apresentados por estes autores evidenciaram uma frequência aumentada do suporte psicossocial dado a estas mães por mais de um cuidador, seguido da mãe da puérpera e do marido.

Por fim, na busca por encontrar possíveis associações entre as categorias de malformações congênitas e os intervalos de percentis referentes a ansiedade, segundo a escala IDATE, apenas a categoria “MC dos órgãos genitais” apresentou significância estatística com a IDATE – Traço, sendo o valor de $p=0,041$.

Estudo realizado no Siriraj Hospital em Bangkok, Tailândia, por Titapant e Chuenwattana (2015) para investigar os efeitos do diagnóstico pré-natal de anomalias não

letais no bem-estar psicológico das mulheres durante a gestação, aplicou o IDATE – Estado em 55 gestantes para avaliar seus níveis de ansiedade em várias visitas de acompanhamento pré-natal. A pontuação média dos escores de ansiedade estado para as mães do grupo de bebês com diagnóstico de maiores anomalias foi maior que aquelas do grupo de anomalias menores em cada consulta de acompanhamento. No entanto, a diferença não foi estatisticamente significativa, com todos os valores de $p > 0,05$, independente do tipo de MC.

Outra pesquisa evidenciou que o tipo de anomalia congênita não foi significativamente associado aos padrões de reações emocionais maternas ($\chi^2 = 1,87, p = .600$), estando incluída a ansiedade, com a divulgação do diagnóstico de MC. Análises post-hoc mostraram que as mães cujos bebês foram diagnosticados com uma anomalia do sistema urinário apresentaram significativamente mais raiva ($M = 45,6, DP = 43,9$) do que as mães cujos filhos foram diagnosticados com uma doença cardíaca congênita ($p = 0,007$), como também mais culpa ($M = 54,5; DP = 36,7$) que as mães cujos bebês tinham malformações visíveis ($p = 0,004$). Além disso, as mães cujos bebês foram diagnosticados com uma malformação visível sentiram menos tristeza ($M = 55,2, DP = 41,4$) do que as mães cujos filhos eram diagnosticados com outras malformações ($p = 0,004$) (FONSECA, NAZARÉ; CANAVARRO, 2013).

Ruschel *et al.* (2013) objetivou identificar a existência de associação entre a ansiedade da gestante e o apego materno-fetal, no momento anterior à ecocardiografia fetal para rastreio de cardiopatia fetal. Entretanto, ao aplicar a Escala de Apego Materno-Fetal (EAMF) e a IAB verificaram um nível de apego médio em 83,6 % das gestantes e em 82,6%, nível mínimo de ansiedade, bem como não foi constatada significância estatística para associação entre ansiedade e apego materno-fetal ($p = 0,385$).

Perosa *et al.* (2009) referiu que a adaptação das mães de crianças que nascem doentes ou com problemas é mais difícil, principalmente quando se trata de quadros graves de saúde que provocam frustração, logo as expectativas em relação a maternidade são quebradas, sendo necessárias mudanças na estrutura familiar. Os índices de ansiedade apresentados pelas mães de recém-nascidos com malformações no pós-parto podem ter sofrido alguma influência pelas características da criança e perspectivas sobre o futuro de suas vidas, contudo ainda apresentaram-se em níveis mínimos.

Destaca-se então, a quarta hipótese dessa tese que foi considerada válida, uma vez que as variáveis neonatais e maternas influenciaram no nível de ansiedade das mães de neonatos com malformações congênitas internados nas Unidades Neonatais, conforme associação evidenciada entre estas variáveis e os intervalos de percentis.

7 CONCLUSÃO

Identificou-se por meio da realização dessa pesquisa, que a variável desfecho investigada, nível de ansiedade das mães de recém-nascidos com malformações congênitas internados na UN, não é simples de ser mensurada. Contudo, a abordagem metodológica mostrou-se adequada e satisfatória, principalmente ao investigar os fatores que poderiam estar relacionados aos diferentes níveis de ansiedade nas mães estudadas.

Percebeu-se após a aplicação da escala IDATE, que as mães de recém-nascidos com MC apresentaram escores inseridos entre o intervalo de percentil 25 e 75, indicando uma ansiedade moderada, conforme a literatura, o que rejeitou a primeira hipótese do estudo, quando acreditava-se que essas mães teriam níveis elevados de ansiedade mensurados pela escala referida.

As mães, em sua maioria, eram jovens (19 a 29 anos), moravam em Fortaleza, estudaram de seis a dez anos, possuíam renda mensal entre um e dois salários mínimos e viviam com o companheiro, sendo esta última variável, um dos fatores que supõe favorecer um suporte psicológico e apoio emocional em relação ao diagnóstico da MC e enfrentamento da situação, deixando-as mais tranquilas, o que pode ter incidido diretamente nos baixos níveis de ansiedade.

Quanto ao momento do conhecimento pelas mães da malformação do filho identificou-se durante a realização do estudo que o embate da notícia no pós-natal, com todas as peculiaridades que envolviam esse fato, desencadeou na amostra investigada, níveis mais elevados de ansiedade nessas mães, do que nas que receberam o diagnóstico no pré-natal, confirmando a segunda hipótese do estudo. Contudo, esse dado mostrou significância estatística apenas entre as médias dos níveis de ansiedade no pré e pós-parto, relacionados à escala IDATE – Traço, com $p=0,026$.

Acredita-se que as mães ao receber o diagnóstico durante a gestação conseguem se preparar ao longo dos nove meses, para receber o filho com todas as suas peculiaridades, diferentemente do que acontece com as mães no pós-parto, onde a notícia pode ter desencadeado reações emocionais diversas, sendo a ansiedade uma alteração psicológica comprovada, como evidenciaram os resultados dessa tese.

Ao investigar possíveis associações entre os valores referentes aos diferentes níveis de ansiedade mensurados pela escala e algumas variáveis maternas e neonatais, pôde-se constatar diferenças estatisticamente significantes, com valores de $p<0,05$. Ressalta-se a variável “nível de escolaridade”, com 52% da amostra tendo estudado de 6 a 10 anos,

apresentou significância estatística com $p < 0,001$ quando associada à IDATE – Traço, estando, em sua maioria, inserida no intervalo de percentil 25 a 75. Diante desses resultados acredita-se que grande parte dessa população analisada, devido à escolaridade máxima ter sido o ensino fundamental, percebia a situação do internamento do RN devido à MC, mas parecia não se preocupar com a gravidade do estado de saúde do filho, possíveis complicações e prognóstico incerto. Supõe-se que fatores pregressos em suas vidas podem ter ocasionado essa ansiedade em relação à MC e consequente hospitalização do neonato. No entanto, vale ressaltar que outros fatores na vida dessas mães, também podem ter contribuído para essa ansiedade moderada, como o uso de drogas, o nº de consultas durante o pré-natal, o apoio recebido por familiares e por profissionais de saúde durante a gestação.

Entre as variáveis neonatais, apenas o sexo do RN mostrou significância estatística ao ser associado com os intervalos de percentis referentes à ansiedade das mães, segundo a IDATE – Traço. Acredita-se que o desejo da mãe em ter um filho com determinado sexo e esse ser acometido com MC pode ter aflorado sintomas característicos da ansiedade.

Verificou-se também as associações entre intervalos de percentis referentes a ansiedade e as categorias de malformações congênitas, em que apenas a categoria “MC dos órgãos genitais” apresentou significância estatística com a IDATE – Traço, com $p = 0,041$.

Nesse íterim, a terceira e quarta hipótese para esta tese foram aceitas, uma vez que as variáveis neonatais e maternas, bem como as malformações congênitas mostraram influência em relação a ansiedade das mães desses neonatos internados nas Unidades Neonatais.

Quanto às implicações para a prática de Enfermagem, de forma a apoiar essas mães durante esse período de transição em suas vidas, os enfermeiros inseridos como membro da equipe multiprofissional nas instituições hospitalares são aliados na busca pela melhoria da qualidade de saúde e promoção desta às mães, mostrando total competência para lidar com esse público e assistir às gestantes e puérperas de filhos com MC, apesar das atribuições e cuidados de enfermagem atrelados no contexto das Unidades Neonatais e Alojamentos Conjuntos, sendo elemento importante, para as políticas públicas na morbimortalidade materna e neonatal por malformações congênitas inseridas no contexto do SUS.

Assim sendo, o estudo contribuiu para os profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde atuantes em saúde mental e psicológica, visando conhecer o nível de ansiedade apresentado pelas mães de recém-nascidos acometidos com malformações congênitas, para posteriormente desenvolver ações de promoção à saúde, por meio de técnicas

de educação em saúde específicas, voltadas para o diagnóstico do filho, apoio individual e/ou grupal, uma vez que as mães são carentes dessas informações.

Ressaltam-se como limitação para o estudo, as lacunas encontradas em relação à escassez na literatura de pesquisas aplicando essa escala, especificamente, em mães de recém-nascidos com MC, o que dificultou o embasamento teórico para a discussão dos resultados do estudo. Para tanto, os resultados contribuirão diretamente para a população de pesquisadores subsidiando futuras pesquisas sobre a temática, como também aprofundar o conhecimento dos profissionais enfermeiros em relação às alterações na saúde vividas por estas mães frente ao acontecimento, uma vez que a ansiedade é um diagnóstico de enfermagem amparado e instituído pela classificação diagnóstica da NANDA I (NANDA, 2015). A assistência oferecida a estas deverá ser específica e de qualidade, consoante a MC do filho, pois a boa saúde da mãe poderá interferir diretamente na saúde e recuperação do RN, caso tenha prognóstico favorável.

REFERÊNCIAS

- ÁCS, N. *et al.* Maternal Panic Disorder and Congenital Abnormalities: A Population-Based Case-Control Study. **Birth defects res. clin. mol. teratol.**, v.76, p.253-61, 2006.
- AIROSA, S.; SILVA, I. Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. **Psic., Saúde & Doenças**, v.14, n.1, p.64-77, 2013.
- ALBUQUERQUE, S. *et al.* Impacto familiar e ajustamento de pais de crianças com diagnóstico de anomalia congênita: influência dos determinantes da criança. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 4, p.136-41, 2012.
- ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista Associação Brasileira de Psiquiatria**, v.14, n.3, p.93 – 104, 1992.
- AMORIM, L.F.P. *et al.* Apresentação das cardiopatias congênitas diagnosticadas ao nascimento: análise de 29.770 recém-nascidos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.84, n.1, p.83-90, 2008.
- ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Arch. clin. Psychiatry**, São Paulo, v.25, n.6, p.285-90, 1998.
- ANTUNES, B. S. *et al.* Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para a mãe. **Revista Rene.**, v.15, n.5, p.796-803, set./out. 2014.
- ARAÚJO, D. M. R. *et al.* Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, set. 2008.
- ARAÚJO, J. S. S. *et al.* Cardiopatia Congênita no Nordeste Brasileiro: 10 Anos Consecutivos Registrados no Estado da Paraíba, Brasil. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.27, n.1, p.13-9, jan./fev. 2014.
- BALLANTYNE, A. *et al.* Prenatal Diagnosis and Abortion for Congenital Abnormalities: Is It Ethical to Provide One Without the Other? **Am. J. Bioethics**, v. 9, n. 8, p. 48–56, 2009.
- BANHIDY, F.; PUHO, E. H.; CZEIZEL, A.E. Possible association between hyperthyroidism in pregnant women and obstructive congenital abnormalities of urinary tract in their offspring – a population-based case–control study. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.**, v.24, n.2, p.305-12, feb. 2011.
- BARROS, M. L. *et al.* Malformações do sistema nervoso central e malformações associadas diagnosticadas pela ultrassonografia obstétrica. **Radiol. Bras.**, v. 45, n. 6, p. 309-14, dec. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842012000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Nov. 2015
- BATTAGLIA, F. C.; LUBCHENCO, L. O. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. **J. Pediatr.**, v.71, n.2, p.159-63, 1967.

BECK, A.T. *et al.* The Beck Anxiety Inventory. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v.56, p. 893-97, 1988.

BECK, A. T.; STEER, R.A.; BROWN, G. Beck Anxiety Checklist. **Unpublished Manuscript**, University Pennsylvania, 1985.

BELTRAMI, L.; MORAES, A. B.; SOUZA A. P. R. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb. Comum.**, v.25, n.2, p. 229-39, ago. 2013.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. **Manual para Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada (CEPA), 1979.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGUER, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade traço-estado (IDATE) de Spielberguer. **Arq. Bras. Psicol. Apl.**, v.29, p.31-44, 1977.

BICKERSTAFF, M. *et al.* Recent cessation of smoking and its effect on prégnancy outcomes. **Aust. NZ J ObstetGynaecol.**, v.52, n.1, p.54-8, 2012.

BORGES, M. M.; PINTO, M. J. C.; VAZ, D. C. M. Apego materno-fetal e enfrentamento de gestantes frente ao diagnóstico de malformação. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 22, n.2, p.27-32, abr./jun. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Estatísticas vitais**. Brasília, 2015a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/inf10>>. Acesso em: 8 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **Ministério da Saúde e ANS publicam regras para estimular parto normal na saúde suplementar**. 2015b. Fonte: Isabella Eckstein/ANS (Agência Nacional de Saúde) Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/34963-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-regras-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>> Acesso em: 16 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Ministério da Saúde investiga 3.448 casos suspeitos de microcefalia**. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21890-ministerio-da-saude-investiga-3-448-casos-suspeitos-de-microcefalia>> Acesso em: 24 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais.** Brasília, 2011a. v. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo.** Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações programáticas estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Presidência da Republica. **Objetivos de desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento.** Brasília: IPEA: MP, SPI, 2010a.

_____. Censo Demográfico 2010. **Sinopse do Censo e Resultados Preliminares do Universo.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf>> Acesso em: 15 nov 2015.

BRINDLE, M.E. *et al.* A Clinical Prediction Rule for the Severity of Congenital Diaphragmatic Hernias in Newborns. **Pediatrics**, v.134, n. 2, p. 413-9, Aug. 2014. Disponível em: <<http://pediatricsaapublicationsorg.ez11.periodicos.capes.gov.br/content/134/2/e413.long>> Acesso em: 24 nov. 2015.

BRITO, V. R. S. *et al.* Malformações congênicas e fatores de risco materno em Campina Grande - Paraíba, **Rev. Rene.**, v. 11, n. 2, p. 27-36, abr./jun. 2010.

CAMPESATO, V. R. **Uso de plantas medicinais durante a gravidez e risco para malformações congênicas.** 2005. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Genética e Biologia Molecular, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CANTWELL-BARTL, A. M.; TIBBALLS, J. Psychosocial Experiences of Parents of Infants With Hypoplastic Left Heart Syndrome in the PICU. **Pediatric Critical Care Medicine.**, v.14, n.9, p. 869-75, 2013.

CARDOSO, L. S. M.; MENDES, L. L.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. Min. Enferm.**, v.17, n.1, p. 85-92, jan./mar. 2013.

CARMONA, E. V. *et al.* Mother role conflicts in studies with Mothers of hospitalized newborns: an integrative review. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 46, n.2, p.505-12, 2012.

CARVALHO, Q. C. M. *et al.* Malformação congênita: significado da experiência para os pais. **Ciênc. Cuidado Saúde**, v. 5, n. 3, p. 389-397, set./dez. 2006.

CASTRO, M. L. S. *et al.* Frequência das malformações múltiplas em recém-nascidos na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e fatores sócio-demográficos associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1009-15, mai. 2006.

CARVALHEIRA, A. P. P.; TONETE, V. L. P.; PARADA, C. M. G. L. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo vital puerperal que sobrevivem à morbidade materna grave. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.18, n.6, p. 1187-94, 2010.

CEARÁ. **Diário Oficial do Estado do Ceará nº 121, ano I, série 3.** Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20090703/do20090703p01.pdf>> Acesso em: 12 set. 2015.

CORTÉS, M. F. Prevención primaria de los defectos de cierre del tubo neural. **Rev. Chil. Pediatr.**, v.74, n.2, p.208-12, 2003.

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

DEROGATIS, L. R.; LIPMAN, R. S.; COVI, I. SCL-90: An Outpatient Psychiatric Rating Scale. **Psychopharmacology Bulletin.**, v. 9, p. 13-27, 1973.

ERDEM, Y. Anxiety levels of mothers whose infants have been cared for in unit level-I of a neonatal intensive care unit in Turkey. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, n.11/12, p.1738-47, jun. 2010.

ESTEVES, C. M.; ANTON, M. C.; PICCININI, C. A. Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 75-99, 2011 .

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 3, p. 171-8, 2006.

FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, C. M. Métodos de revisão: não podemos banalizar! [Editorial]. **Rev. Rene**, v.14, n.1, p.1-2, 2013.

FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. Reações parentais ao diagnóstico perinatal de anomalia congênita do bebê: implicações para a intervenção dos profissionais de saúde. **Psic Saúde Doenças**, v.11, n.2, p. 283-97, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v11n2/v11n2a08.pdf>> Acesso em: 28 nov. 2015.

FONSECA, A.; NAZARÉ, B.; CANAVARRO, M. C. Clinical Determinants of Parents' Emotional Reactions to the Disclosure of a Diagnosis of Congenital Anomaly. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v.42, n.2, 178-90, 2013.

FONTOURA, F. C. **Recém-nascidos com malformações congênitas: prevalência e cuidados de enfermagem na unidade neonatal.** 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

FONTOURA, F. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Associação das malformações congênitas com variáveis neonatais e maternas em unidades neonatais numa cidade do nordeste brasileiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.23, n.4, p. 907-14, out./dez. 2014.

FRIAS, T. F. P.; COSTA, C. M. A.; SAMPAIO, C. E. P. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. **Rev. Min. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 345-52, jul./set. 2010.

GAÍVA, M. A. A.; CORRÊA, E. R.; SANTO, E. A. R. E. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes que vivem e convivem Com espinha bífida. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v.2, n.1, p. 99-110, 2011.

GALVÃO *et al.* Prevalence of postpartum depression and associated factors: integrative review. **Revista Ciência & Saberes**, v. 1, n. 1, p. 54-8, 2015.

GARDENAL, M. *et al.* Prevalência das fissuras orofaciais diagnosticadas em um serviço de referência em casos residentes no estado de Mato Grosso do Sul. **Arq. Int. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.15, n.2, p.133-41, abr./jun. 2011.

GIL, W.S. *et al.* Evaluation of prenatal diagnosis of congenital defects by screening ultrasound, in Cali, Colombia. **Colombia Médica.**, v.45, n.1, p. 32-8, jan/mar. 2014.

GORAYEB, R. P. **Intervenção psicológica com gestantes cujos fetos apresentam malformação congênita.** 2008. Tese (Doutorado em Psicologia) - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2008.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck- Propriedades psicométricas da versão em português. *In:* C. GORENSTEIN; L. H. S. G. ANDRADE, A.W.; ZUARDI (Orgs.), **Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia.** São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.

GUIDOLIN, B. L.; CELIA, S. A. H. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 80-6, aug. 2011 .

HAMILTON, M. The Assessment of Anxiety States by Rating. **British J. Med. Psychology**, v. 32, p. 50-55, 1959.

HAMMONDS, M. Linking early healthy attachment with long-term mental health. **Kai Tiaki Nursing New Zealand**, v.18, n.2, p.12-4, mar., 2012.

HOCK, E.; MCBRIDE, S.; GNEZA, M. Maternal Separation Anxiety: Mother-Infant Separation from the Maternal Perspective. **Child Development.**, v.60, p. 793-802, 1989.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Fundamentos de enfermagem pediátrica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HORSCH, A.; BROOKS, C.; FLETCHER, H. Maternal coping, appraisals and adjustment following diagnosis of fetal anomaly. **Prenatal Diagnosis**, v.33, p.1137-45, 2013

HULLEY, S. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KAIPPER, M. B. 2008. **Avaliação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE através da análise de Rasch.** 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

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

KOERICH, M.S. *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.esp. p.178-85, 2006.

LABOISSIÈRE, P. **Novas regras de incentivo ao parto normal entram em vigor hoje.** Agência Brasil, 2015. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/2015/07/novas-regras-de-incentivo-ao-parto-normal-entram-em-vigor-hoje>> Acesso em: 16 nov. 2015.

LAZARUS, R. S.; LAUNIER, R. Stress - related transactions between persons and environment. In: L. Pervin, & M. Lewis, **Perspectives in interactional psychology.** New York: Plenum, 1978.

LEUNG, K. Y. The effects on maternal anxiety of two-dimensional versus two- plus three- /four-dimensional ultrasound in pregnancies at risk of fetal abnormalities: a randomized study. **Ultrasound Obstet Gynecol.**, v.28, p.249-54, 2006.

LEWIS, A. Problems Presented by the Ambiguous Word "Anxiety" as Used in Psychopathology. In: **THE LATER Papers of Sir Aubrey Lewis.** Oxford University Press, 1979.

LIU, S. *et al.* Association between Maternal Chronic Conditions and Congenital Heart Defects: A Population-Based Cohort Study. **Circulation.** June 28, 2013. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/06/27/CIRCULATIONAHA.112.001054.short>> Acesso em: 16 nov. 2015.

LORR, M.; MCNAIR, D.M. **The Manual of the Profile of Mood States-POMS.** San Diego: Educational and Industrial Testing Service, 1984.

MALUF, T. P. G. **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que freqüentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos.** 2002. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.

MANDUCA, P.; NAIM, A.; SIGNORIELLO, S. Specific Association of Teratogen and Toxicant Metals in Hair of Newborns with Congenital Birth Defects or Developmentally Premature Birth in a Cohort of Couples with Documented Parental Exposure to Military Attacks: Observational Study at Al Shifa Hospital, Gaza, Palestine. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.11, p. 5208-23, 2014.

MANUAL MERK: Edição de Saúde para a Família. Problemas de Saúde da Mulher – Provas de detecção de anomalias genéticas. Diagnóstico pré-natal. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=268&cn=1756>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

MATEJA, W. A. *et al.* The Association Between Maternal Alcohol Use and Smoking in Early Pregnancy and Congenital Cardiac Defects. **Journal of Women's Health**, v.21, n.1, p. 26 - 34, 2012.

MEKONEN, H. K.; NIGATU, B.; LAMERS, W. H. L. Birth weight by gestational age and congenital malformations in Northern Ethiopia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.15, n.76, p. 2-8, 2015.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia (USA): Lippincot Williams & Wilkins, 2011.

MELO, W. A. *et al.* Congenital anomalies: factors associated with maternal age in municipality south Brazil, from 2000 to 2007. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n. 1, p.73-82, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a09.htm>> Acesso em: 13 nov. 2015.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.17., n.4, p. 758-64, dec. 2008.

MOHER D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med.**, v.6, n.7, p.1000097, 2009.

MUNEER, A. *et al.* Frequency and associated factors for postnatal depression. **J. Coll Physicians Surg. Pak.**, v. 19, n.4, p. 236-9, 2009.

NAGATA, S. *et al.* Posttraumatic stress disorder in mothers of children who have undergone surgery for congenital disease at a pediatric surgery department. **Journal of Pediatric Surgery**, v.43, p.1480-6, 2008.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA, definições e classificação 2015- 2017**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NARDI, C. G. A. *et al.* Bebês com Sequência de Pierre Robin: saúde mental materna e interação mãe-bebê. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 32, n. 1, p. 129-40, mar. 2015.

NAZER, J.; CIFUENTES, L. Malformaciones congénitas en Chile y Latino América: Una visión epidemiológica del ECLAMC del período 1995-2008. **Revista Médica de Chile**, v.139, p.72-8, 2011.

NHONCANSE, G. C. *et al.* Maternal and perinatal aspects of birth defects: a case-control study. **Rev. paul. pediatr.**, v.32, n.1, p. 24-31, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822014000100024&script=sci_abstract&tlng=p> Acesso em: 15 out. 2015.

- NORIZAN, A.; SHAMSUDDIN, K. Predictors of parenting stress among Malaysian mothers of children with Down syndrome. **J. Intellect Disabil Res.**, v. 54, n. 11, p. 992-1003, nov. 2010.
- OLIVEIRA, N. P. *et al.* Malformações congênitas em municípios de grande utilização de agrotóxicos em Mato Grosso, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.10, p.4123-30, 2014.
- OLIVEIRA, P.M.P.; PAGLIUCA, L.M.F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. **Rev. esc. enferm. USP**, v.47, n.1, p.205-12, 2013.
- OLIVEIRA, J. V.; WESTPHAL, F.; ABRAHÃO, A. R. Impacto do desfecho neonatal em puérperas de recém-nascidos portadores de anomalia congênita. **Cogitare Enferm.**, 2015 Abr/Jun; v.20, n.2, p.360-7, abr./jun. 2015.
- OVERALL, J. E.; GORHAN, D. R. The Brief Psychiatry Rating Scale. **Psychological Reports**, v. 10, p. 799-812, 1962.
- 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. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, n. 26, v. 4, p. 251-4, 2004.
- PAIS RIBEIRO, J.; HONRADO, A.; LEAL, I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. **Psychologica**, v.36, p.235-46, 2004.
- PAPUT, L.; BÁNHIDY, F.; CZEIZEL, A. E. Maternal characteristics and birth outcomes of pregnant women who had offspring with congenital ear abnormalities – a population-based case–control study. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v.24, n.9, p. 1107–14, sept, 2011.
- PEROSA, G. B. *et al.* Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.31, n.9, p.433-9, 2009.
- PEROSA, G. B.; SILVEIRA, F. C. P.; CANAVEZ, I. C. Ansiedade e Depressão de Mães de Recém-nascidos com Malformações Visíveis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24 n. 1, p. 29-36, 2008.
- PEREIRA, P. K. *et al.* Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita do bebê. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 27, v. 12, p. 2287-2298, dez. 2011a.
- PEREIRA, P. K. *et al.* Malformação congênita do bebê e risco de transtornos mentais maternos durante o período gravídico-puerperal: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 2-10, 2011b.
- PICCININI, C. A. *et al.* Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28 n. 1, p. 27-3, jan-mar. 2012.

PIMENTA, M. S.; CALIL, V. M. L. T. ; KREBS, V. L. J. Perfil das malformações congênitas no berçário anexo à maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. **Rev. Med. (São Paulo)**, v.89, n.1, p.50-6, jan./mar. 2010.

PINTO, I. D; PADOVANI, F. H. P; LINHARES, M. B. M. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psic.: Teor. e Pesq**, Brasília, v. 25 n. 1, p. 75-83, jan./mar. 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRIETSCH, S. O. M. *et al.* Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.1906-16, out. 2011.

RÄISÄNEN, S. *et al.* Smoking cessation in the first trimester reduces most obstetric risks, but not the risks of major congenital anomalies and admission to neonatal care: Apopulation-based cohort study of 1 164 953 singleton pregnancies in Finland. **J. Epidemiol Community Health**, v. 68, n.2, p. 159-64, 2014.

RE J.; DEAN, S.; MENAHEM, S. Infant Cardiac Surgery: Mothers Tell Their Story: A Therapeutic Experience. **World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery**, v.4, n.3, p.278-85, jul. 2013.

REIS, A. T.; SANTOS, R. S. Sentimentos de mulheres-mães diante da cirurgia neonatal. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 490-96, jul./set. 2011.

REIS, L. L. A. S.; FERRARI, R. Congenital malformations: demographic profile of mothers and pregnancy conditions. **Rev. enferm. UFPE**, Recife, v.8, n.1, p.98-106, jan. 2014.
Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/5349/pdf_4425>_ Acesso em: 13 nov 2015.

ROCHA, P.K, *et al.* Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev bras enferm.**, v.61, n.1, p. 113-6, 2008.

RODRIGUES, L. S. *et al.* Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**, v.23, n.2, p. 295-304, 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n2/v23n2a11.pdf>> Acesso em 14 nov 2015.

RODRIGUES, M. C. Etiologia. Nascer e Crescer. **Revista do Hospital de Crianças Maria Pia**, Porto, v.21, n.3, p. 156-8, set. 2012. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542012000300011&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 24 nov 2015.

ROECKER, S. A vivência de mães de bebês com malformação. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.16, n.1, p.17-26, jan./-mar. 2012.

RUSCHEL, P. *et al.* O apego materno-fetal e a ansiedade da gestante. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 166-77, dez. 2013.

SALIH, M. A.; MURSHID, W. R.; SEIDAHMED, M. Z. Classification, clinical features, and genetics of neural tube defects. **Saudi Med J.**, Dec; v.35, Suppl 1, p. 5-14, dec. 2014.

SAHIN, N. H.; GUNGOR, I. Congenital anomalies: parents' anxiety and women's concerns before prenatal testing and women's opinions towards the risk factors. **J. Clin. Nursing.**, v. 17, p. 827-36, 2008.

SANTOS, R. S; DIAS, I. M. V. Refletindo sobre a malformação congênita. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.58, n.5, out. 2005 .

SCHMIDT, K.T. *et al.* A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 73- 81, jan./mar. 2012.

SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I .L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia**, v. 19, n. 43, p. 211-20, maio-ago. 2009.

SHRESTHA, S. *et al.* Factors associated with post-natal anxiety among primiparous mothers in Nepal. **International Nursing Review**, v.61, p.427-34, 2014.

SILVA, M.; FELISMINO, D. C.; DANTAS, I. C. Malformações fetais: estudo retrospectivo na maternidade da fundação assistencial da Paraíba no município de Campina Grande. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**, v.8, n.1, p. 232-9, 2008.

SILVA, P. L. N. *et al.* Maternal perception in terms of newborns with congenital malformations: a descriptive study. **Online Braz. J. Nurs.**, v.14, n.2, p. 190-6, 2015a. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5199>> Acesso em: 20 out 2015.

SILVA, H. M. C. *et al.* Physiological and social aspects associated with chromosomal abnormalities and congenital malformations in pregnancies perimenopausal. **Rev Enferm UFPI**, v.4, n.1, p.61-7, jan./mar. 2015b.

SILVA, S. R. G. *et al.* Defeitos congênitos e exposição a agrotóxicos no Vale do São Francisco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.33, n.1, p. 20-6, 2011.

SKARI, H. Prenatal diagnosis of congenital malformations and parental psychological distress—a prospective longitudinal cohort study. **Prenat. Diagn.**, v.26, p.1001-9, 2006.

SKREDEN, M. *et al.* Long-Term Parental Psychological Distress Among Parents of Children With a Malformation - A Prospective Longitudinal Study. **Am. J. Med. Genet. A.**, v.152A, n.9, p. 2193-2202, 2010.

SNAITH, R.P. *et al.* The Clinical Anxiety Scale: An Instrument Derived from the Hamilton Anxiety Rating Scale. **British J. Psychiatry.**, v. 141, p.518-523, 1982.

SOLBERG, O. *et al.* Long-Term Symptoms of Depression and Anxiety in Mothers of Infants with Congenital Heart Defects. **J. Ped. Psychology**, v. 36, n. 2, p. 179–87, 2011.

SOLBERG, O. *et al.* Trajectories of maternal mental health: a prospective study of mothers of infants with congenital heart defects from pregnancy to 36 months postpartum. **J. Pediatr. Psychol.**, v.37, n.6, p.687-96, jul. 2012.

SOUZA, *et al.* Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Rev. Bras. de Enferm.**, v. 62, n. 5, p. 729-33, set-out. 2009.

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. **Inventário de Ansiedade Traço-Estado**. trad. Ângela Biaggi e Luiz Natalício. Centro Editor de Psicologia Aplicada LTDA. Rio de Janeiro, 1979.

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. Manual for the Trait-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA, **Consulting Psychologists Press.**, 1970.

TAVEIRA, M. **Entenda a importância do ultrassom durante a gravidez**. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais. 2015 (?) Disponível em: <<http://sogimig.org.br/site/entenda-a-importancia-do-ultrassom-durante-a-gravidez/>> Acesso em: 19 nov 2015.

TELLES-CORREIA, D.; BARBOSA, A. Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação **Acta Med. Port.**, v. 22, n. 1, p. 89-98, 2009.

TITAPANT, V.; CHUENWATTANA, P. Psychological effects of fetal diagnoses of non-lethal congenital anomalies on the experience of pregnant women during the remainder of their pregnancy. **J. Obstet. Gynaecol. Res.**, v.41, n.1, p. 77-83, jan. 2015.

TORQUATO, G. **Gravidez de alto risco: Como identificar?** Ler Saúde. 2013. Disponível em: <<http://www.lersaude.com.br/gravidez-de-alto-risco-como-identificar/>> Acesso em: 16 nov 2015.

TYRER, P.; OWEN, R.T.; CICCHETTI, D. The Brief Anxiety Scale. **J. Neurology Neurosurgery Psychiatry.**, v. 47, p. 970-5,1984.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.

VASCONCELOS, L.; PETEAN, E. B. L. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. **Psic. saúde & doenças.**, v.10, n.1, p. 69-82, 2009.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 3, p. 138-51, 2008.

YILDIZ, A.; CELEBIOGLU, A.; OLGUN, H. Distress levels in Turkish parents of children with congenital heart disease. **Australian journal of advanced nursing**, v.26, n.3, p. 39-46, 2009.

YOSHIHARA, A. *et al.* Treatment of graves' disease with antithyroid drugs in the first trimester of pregnancy and the prevalence of congenital malformation. **J Clin Endocrinol Metab.**, v.97, n.7, p. 2396-2403, jul. 2012.

ZADEH, M. A. *et al.* High-risk pregnancy: Effects on postpartum depression and anxiety. **British Journal of Midwifery**, v. 20, n.2, p.104-13, feb. 2012.

ZAGO, M. K. *et al.* Variáveis maternas e paternas nas síndromes cromossômicas encontradas na base de dados do Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.55, n.4, p.345-9, out./dez. 2011.

ZIGMOND, A.; SNAITH, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psych. Scandinavica.**,v. 67, p.361-70, 1983.

ZILE, I.; VILLERUSA, A. Maternal Age-Associated Congenital Anomalies Among Newborns: A Retrospective Study in Latvia. **Medicina (Kaunas)**, v.49, n.1, p.29-35, 2013.

ZUNG, W. A Rating Instrument for Anxiety Disorders. **Psychosomatics.**, v.12, p. 371-9,1971.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

Fortaleza, ____ de _____ de 2013.

Nº ____

Variáveis sociodemográficas

- Idade materna: ____ Procedência: _____
- Estado civil: Solteira() Casada() Viúva() União Consensual() Separada Judicialmente()
- Profissão: _____
- Escolaridade: Analfabeta() Até 5 anos de estudo() De 6 a 10 anos de estudo () De 11 anos ou mais de estudo()
- Raça/cor: Branco() Pardo() Negro() Índio()
- Renda familiar: Menos de 1 salário mínimo() Entre 1 e 2 salários () Entre 2 e 3 salários () Entre 3 e 4 salários () Acima de 4 salários ()
- Número de moradores na residência: ____
- Grau de parentesco com o pai do RN: sim () _____ Não ()
- Nº de filhos incluindo o atual: ____
- Nº de filhos malformados incluindo o atual : ____

Variáveis psicossociais:

- Gestação foi planejada: Sim () Não ()
- Gestação foi desejada: Sim () Não ()
- Gestação foi aceita: Sim () Não ()
- Teve apoio da família e/ou companheiro: Sim () Não ()
- Teve apoio de alguma instituição ou profissional de saúde: Sim () Não ()
- Tentou abortar: Sim () Não ()
- Tomou alguma substância abortiva: Sim () Não ()
- Recebeu o diagnóstico de MC: Pré-natal() Mês: ____ Ao nascimento ()
Na Unidade Neonatal () Quantos dias de vida: ____

- Fez uso de drogas lícitas e/ou ilícitas: Sim () Especifique: _____ Não ()

Variáveis perinatais:

- G__P__A__ Tipo de parto: Nomal () Cesareana ()
- Fez pré-natal: Sim () Não () N° de consultas pré-natal: _____
- N° de natimortos: _____
- Intercorrências durante a gestação ou parto: Sim ()
(especificar)_____Não ()
- Teve alguma complicação durante o puerpério: Sim ()
(especificar)_____Não ()

Variáveis Neonatais

DN: _____ Hora do nascimento: _____

1. Tipo de malformação congênita: _____
2. Sexo: M() F()
3. Idade cronológica: _____
4. Idade Gestacional: _____
5. Peso: _____
6. Apgar: 1° _____ 5° _____
7. Estatura: _____
8. Raça: Branco() Pardo() Negro() Índio() .
9. Número de dias de internação hospitalar: _____
10. Classificação de acordo com IG e peso: _____

APÊNDICE B - Termo de Compromisso**Termo de Compromisso**

Fabíola Chaves Fontoura, doutoranda em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará, domiciliada à Rua Padre Antônio Vieira, 377, Parangaba, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: “Avaliação da ansiedade de mães de recém-nascidos com malformações congênitas internados na unidade neonatal”, compromete-se a desenvolver a pesquisa supracitada conforme as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, da Resolução nº 466 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.

Fortaleza de de 2013.

Fabíola Chaves Fontoura

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Avaliação da ansiedade de mães de recém-nascidos com malformações congênicas internados na unidade neonatal.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Fabíola Chaves Fontoura, doutoranda em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará, RG:98002331811, estou realizando uma pesquisa com o objetivo de avaliar a ansiedade das mães em relação ao nascimento do filho malformado que está internado na Unidade Neonatal em Fortaleza. Por isso a senhora está sendo convidada a participar da pesquisa.

Assim, gostaria de contar com a sua colaboração, permitindo a coleta de dados e registros contidos nos seus prontuários e de seus filhos. Vou realizar algumas perguntas quanto ao seu estado civil, renda, escolaridade, número de filhos, como a senhora está se sentindo e como se sentiu em relação ao estado emocional, como sinais de nervosismo, tremores, falta de ar, medo, entre outros sintomas apresentados na última semana, bem como outras perguntas para preencher os formulários e as respostas não serão gravadas. Caso concorde em participar deverá assinar o termo de consentimento pós-informado abaixo.

Será garantido o direito ao anonimato, acesso aos dados, bem como de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, se esse for o seu desejo, sem que isso implique em prejuízo para você ou seu filho. Asseguro que nesta pesquisa não haverá nenhum tipo de pagamento nem despesas para você. Ressalto que a pesquisa não causará danos mínimos nem a senhora, como um possível desconforto emocional devido a lembrança do diagnóstico do filho, e nem ao seu filho.

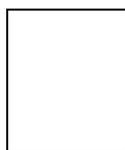
Espero contar com sua colaboração, pois é muito importante para que seja possível melhorar a qualidade da nossa assistência enquanto enfermeiro e futuramente elaborar estratégias na tentativa de diminuir os níveis de ansiedade apresentados pelas mães de recém-nascidos malformados.

Este termo terá duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para a senhora.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar voluntariamente do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2013.



Assinatura do informante

Fabíola Chaves Fontoura

Em caso de dúvida entre em contato com a pesquisadora: Fabíola Chaves Fontoura
Endereço: Rua Padre Antônio Vieira, 377. Parangaba. Telefone: 9989.9585
Ou com o Comitê de Ética da referida instituição pelo telefone: 3366.8569

ANEXOS

ANEXO A - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE - TRACO

Nome: _____ Idade: _____
 Data: ____/____/____

1 = Quase Nunca
2 = Às vezes

3 = Frequentemente
4 = Quase Sempre

1	Sinto-me bem	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado	1	2	3	4
7	Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16	Estou satisfeito	1	2	3	4
17	Às vezes, idéias sem importância entram na minha cabeça e me preocupam	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tenso e preocupado quando penso meus problemas do momento	1	2	3	4

ANEXO B – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE - ESTADO

Nome: _____ Idade: _____

Data: ____/____/____

1 = Absolutamente Não

2 = Um pouco

3 = Bastante

4 = Muitíssimo

1	Sinto-me calmo	1	2	3	4
2	Sinto-me seguro	1	2	3	4
3	Estou tenso	1	2	3	4
4	Estou arrependido	1	2	3	4
5	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7	Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8	Sinto-me descansado	1	2	3	4
9	Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10	Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13	Estou agitado	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraído	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
17	Estou preocupado	1	2	3	4
18	Sinto-me superexcitado e confuso	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS INTERNADOS NA UNIDADE NEONATAL

Pesquisador: Fabíola Chaves Fontoura

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 23616213.0.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 618.031

Data da Relatoria: 16/04/2014

Apresentação do Projeto:

Tratar-se-á de estudo comparativo, prospectivo, quantitativo.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os indicadores do nível de ansiedade de mães de recém-nascidos malformados internados em Unidade Neonatal em Fortaleza

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Concordamos com a autora de que:

A pesquisa causará danos mínimos a mãe, como um possível desconforto emocional devido a lembrança do diagnóstico do filho e ao filho consideramos não haver risco.

Quanto aos benefícios achamos que poderá:

Melhorar a qualidade da nossa assistência enquanto enfermeiro e futuramente elaborar estratégias na tentativa de diminuir os níveis de ansiedade apresentados pelas mães de recém-nascidos malformados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No âmbito do estudo que se propõe mostra-se relevante

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

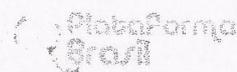
Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 618.031

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Contemplados

Recomendações:

Atendidas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Inexistentes

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 16 de Abril de 2014

Assinador por:

Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br

