



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

**SOFIA ESMERALDO RODRIGUES**

**ANSIEDADE DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM E SEM MALFORMAÇÕES  
CONGÊNITAS EM UNIDADE NEONATAL**

**FORTALEZA**

**2016**

SOFIA ESMERALDO RODRIGUES

ANSIEDADE DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM E SEM MALFORMAÇÕES  
CONGÊNITAS EM UNIDADE NEONATAL

Dissertação de Mestrado 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 Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da Saúde

Área Temática: Uso de Tecnologias para Avaliação e Promoção da Saúde da Criança

Orientadora: Profa. Dra. Maria Vera Lúcia  
Moreira Leitão Cardoso

FORTALEZA

2016



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

- 
- R611a Rodrigues, Sofia Esmeraldo.  
Ansiedade de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas em unidade neonatal. / Sofia Esmeraldo Rodrigues. – 2017.  
113 f.: il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2017.  
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.  
Orientação: Profa. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso.
1. Ansiedade. 2. Recém-Nascido. 3. Mães. 4. Enfermagem. I. Título.

---

CDD 616.8522

SOFIA ESMERALDO RODRIGUES

ANSIEDADE DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM E SEM MALFORMAÇÕES  
CONGÊNITAS EM UNIDADE NEONATAL

Dissertação de Mestrado 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 mestre em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_ / \_\_ / \_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso  
Universidade Federal do Ceará - UFC  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes  
Universidade Federal do Ceará – UFC  
Membro Efetivo

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Fabíola Chaves Fontoura  
Universidade Federal do Ceará – UFC  
Membro Efetivo

“Aprendi a viver cada dia por vez, a ser paciente, a valorizar cada conquista e a acreditar na superação. Aprendi a ter fé e a entregar meus caminhos a Deus. Ter força, chorar sem minha pequena perceber que ela era um simples bebê, mas se tornou uma gigante carregada por Deus”.

Geisa Queiroz, mãe de RN internado na UIN.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que atendeu as minhas preces e me presenteou com a aprovação no Mestrado e me deu forças diariamente para continuar persistindo em meus sonhos.

À **minha avó Sofia**, que me criou com o maior amor que eu pude receber e que sei que está olhando por mim, te amo eternamente.

À **minha mãe**, que foi e é a minha principal base para todos os ensinamentos da vida, sua força de vontade me inspira sempre a ser alguém melhor. Obrigada por ter acreditado em mim e por ter me apoiado. Esta vitória também é sua, te amo!

À **minha irmã**, luz da minha vida, meu amor eterno. Obrigada por ter me aguentado durante esse percurso árduo, por ter me dado forças e por também ter acreditado em mim.

À **minha família**, pelo apoio me oferecido, pelas alegrias e angústias divididas. Obrigada por existirem na minha vida.

Ao **Cássio**, melhor amigo e namorado, sem você não teria tido forças para seguir meus sonhos. Obrigada por sempre me encorajar, por não ter saído do meu lado, pelo incentivo, pelas risadas, por ter aturado minhas ansiedades e preocupações e por ser essa pessoa incrível que me faz querer ser alguém melhor. Amo você!

Aos **Veras** que há muito tempo me acolhem como sangue do seu sangue. Obrigada por sempre terem torcido e vibrado por mim. Obrigada pelo amor gratuito a mim dado. Tudo é recíproco.

Às **minhas eternas amigas de graduação**, que tornaram os meus dias mais leves e me proporcionaram a certeza de que amigos verdadeiros perduram mesmo com a distância. Amo vocês!

Às **minhas amigas Larissa e Marília**, presentes que ganhei do Mestrado. Obrigada pelo incentivo, pela força, por serem amigas leais, pelos dias de estudos em equipe, pelos cafés e pelas risadas compartilhadas.

À **Andréa**, amiga de infância, que me prova a cada dia a existência de uma amizade verdadeira, leve, honesta e fiel. Obrigada por entender minha falta de tempo e por fazer parte da minha vida e da minha história.

**Aos meus amigos do Ciências sem Fronteiras**, um dos melhores presentes que a vida poderia ter me dado. Obrigada pela confiança, pela torcida, pela compreensão, pelo amor e por, mesmo que distantes, tornar os meus dias melhores. Amo gratuitamente.

**Aos profissionais das duas instituições participantes da pesquisa**, pela receptividade a mim oferecida e pelo auxílio na coleta de dados.

**Aos integrantes do NUPESNEC**, presentes na minha vida acadêmica desde a graduação. Obrigada pela amizade, pelas contribuições e por ser um grupo tão especial.

**À Fabíola**, presente do projeto e anjo na minha vida. A gente se ajuda e se entende. Obrigada por não ter saído do meu lado e por ser essa pessoa tão especial.

**Aos Professores da Pós-Graduação em Enfermagem da UFC**, pelos ensinamentos e conhecimentos adquiridos. Vocês são os melhores.

**À Coordenação do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFC**, pelo apoio e carinho. Obrigada!

**Ao Professor Paulo César**, pelos tratamentos estatísticos e pelas orientações. Obrigada por me ajudar a finalizar este sonho.

**À psicóloga Dra. Liliane Brandão, integrante do NUPESNEC**, pelas contribuições na dissertação.

Agradecimento especial à minha orientadora, **Profa. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso**, por ser minha tutora desde a graduação. Exemplo de mestre, sempre pronta para lutar por seus alunos. Obrigada pelos ensinamentos valiosos e imensuráveis, pela paciência, por me acalmar e por acreditar em mim. Obrigada por sempre querer o meu melhor, por me inspirar a ser uma profissional dedicado e exemplar. Professora é difícil agradecer por tudo o que a senhora fez por mim, mas saiba que me espelho em seu exemplo. Minha eterna gratidão e reconhecimento.



“Ansiedade é o desejo para que o futuro se transforme logo no seu maior presente.”

Um Cartão

## RESUMO

A ansiedade é considerada um estado emocional e apresenta componentes fisiológicos e psicológicos, que envolvem sensações de medo, insegurança e antecipação apreensiva, tensão e dor muscular, falta de ar, tremor e inquietação e vários outros desconfortos. Durante o puerpério, a ansiedade apresenta-se como um estado emocional comum, sendo mais prevalente em mães com crianças internadas nas unidades de terapia intensiva neonatal e em mães de recém-nascidos (RN) com malformação congênita (MC). Objetivou-se avaliar os níveis de ansiedade de mães de recém-nascidos com e sem malformações internados em Unidade de Internação Neonatal (UIN). Estudo comparativo, descritivo e quantitativo, realizado em duas instituições públicas de Fortaleza-CE, Brasil, de novembro de 2015 a março de 2016. A amostra constou de 118 mães e 123 RN, dividida em dois grupos: Grupo 1 (G1) inclui 28 mães de crianças nascidas com malformação congênita internadas na UIN, o Grupo 2 (G2) composto por 95 mães de crianças sem o diagnóstico de MC e internadas na UIN. Um questionário sociodemográfico foi aplicado, a fim de descrever o perfil das participantes do estudo, bem como dos bebês, e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) foi utilizado para avaliar o nível de ansiedade das mães, sendo ambos aplicados pela pesquisadora. Os dados foram organizados em planilhas no programa Excel, versão 2010, e analisados posteriormente pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Aprovado pelos comitês de ética das instituições participantes. A maioria das mães tinha entre 19 e 29 anos (59,3%), procedentes da cidade de Fortaleza -CE (65,2%), de 6 a 10 anos de estudo (56,8%), pardas/negras (88,1%) e com renda mensal de um a dois salários mínimos (61,8%). As mães do G1 apresentaram ansiedade moderada prevalente para IDATE-traço (92,8%) e a ansiedade elevada predominou no IDATE-estado (46,5%). O G2 apresentou escores compreendidos entre os percentis 25 e 75 (ansiedade moderada) para ansiedade-traço (78,9%) e maior parte das mães referiu ansiedade baixa (45,2%) para IDATE-estado. Referente à comparação de médias das variáveis sociodemográficas, psicossociais e perinatais com os escores da IDATE, todas se apresentaram estatisticamente significantes ( $p \leq 0,05$ ) em relação ao escore ansiedade-estado. Para a correlação de Pearson entre os escores da escala e as variáveis maternas e neonatais, o G1 apresentou relação estatisticamente significativa entre as variáveis número de partos ( $p=0,003$ ) e gestações ( $p=0,003$ ) com a ansiedade-estado e entre idade cronológica ( $p=0,008$ ) e dias de internação ( $p=0,008$ ) com a ansiedade-traço. Para o G2, entre as variáveis número de partos ( $p=0,05$ ), apgar no primeiro minuto ( $p=0,009$ ) e apgar no quinto minuto ( $p=0,01$ ) e o escore da ansiedade-estado. Os grupos apresentaram diferenças entre os escores, segundo os percentis da IDATE, sendo a ansiedade elevada predominante para o G1. Evidenciou-se a diferença entre os grupos do escore de ansiedade-estado com as variáveis maternas e neonatais.

**Palavras-chave:** Ansiedade. Mães. Recém-nascido. Enfermagem.

## ABSTRACT

Anxiety is considered an emotional state and presents physiological and psychological components, involving feelings of fear, uncertainty and apprehensive anticipation, muscle tension and pain, shortness of breath, tremor and restlessness and various other discomforts. During postpartum anxiety appears as a common emotional state, being more prevalent in mothers with children hospitalized in neonatal intensive care units and mothers of newborn (NB) with congenital malformation (CM). The objective of the study was to evaluate the levels of anxiety of mothers of newborns with and without malformations admitted to the Neonatal Unit (NU). Comparative, descriptive and quantitative study realized in two public institutions of Fortaleza from November 2015 to March 2016. The sample consisted of 118 mothers and 123 newborns and was divided into two groups: Group 1 (G1) included 28 mothers of children born with congenital malformations admitted to the NU, Group 2 (G2) composed of 95 mothers of children without the diagnosis of CM and admitted to the NU. A sociodemographic questionnaire was applied by the researcher to describe the profile of the study participants and their babies and the State Trait Anxiety Inventory (STAI) was used to assess the level of anxiety of mothers. Data were organized in Excel, version 2010, and later analyzed by the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. Project was approved by the ethics committees of the participating institutions. Most mothers were between 19 and 29 years (59.3%), coming from Fortaleza (65.2%), had 6 to 10 years of education (56.8%), brown/black (88.1 %) and income from one to two minimum monthly wages (61.8%). Mothers of G1 showed moderate anxiety prevalent to STAI trait (92.8%) and high anxiety prevailed in STAI state (46.5%). For G2 scores were between percentiles 25-75 (moderate anxiety) to STAI trait anxiety and most of the mothers reported low anxiety (45.2%) to STAI state. Concerning the comparison means of the variables with the scores of STAI, all were statistically significant ( $p \leq 0.05$ ) compared to the anxiety-state score. For Pearson correlation between the scores of the scale and maternal and neonatal variables, G1 showed a statistically significant relationship between the variables number of births ( $p = 0.003$ ) and pregnancy ( $p = 0.003$ ) with state anxiety and between chronological age ( $p = 0.008$ ) and days of hospitalization ( $p = 0.008$ ) with the trait anxiety. For G2, between the number of births variables ( $p = 0.05$ ), Apgar score in the first minute ( $p = 0.009$ ) and Apgar score at five minutes ( $p = 0.01$ ) with anxiety-state score. The groups showed differences between the scores according to the percentiles of STAI, and the prevailing high anxiety for the G1. It showed the difference between the groups in the state anxiety score with maternal and neonatal variables.

**Key words:** Anxiety. Mothers. Newborn. Nursing. NU.

## RESUMEN

La ansiedad es considerada un estado emocional y presenta componentes fisiológicos y psicológicos, que envuelven sensaciones de miedo, inseguridad y anticipación aprensiva, tensión y dolor muscular, falta de aire, temblores e inquietación y varios otros malestares. Durante el puerperio, la ansiedad se presenta como un estado emocional común, siendo más prevalente en madres con niños internados en unidades de terapia intensiva neonatal y en madres de recién-nacidos (RN) con malformación congénita (MC). Se pretendió evaluar los niveles de ansiedad de madres de recién-nacidos con y sin malformaciones internados en Unidad de Internación Neonatal (UIN). Estudio comparativo, descriptivo y cuantitativo, realizado en dos instituciones públicas de Fortaleza-CE, Brasil, de noviembre de 2015 a marzo de 2016. La muestra constó de 118 madres y 123 RN, dividida en dos grupos: Grupo 1 (G1) incluye 28 madres de niños nacidos con malformación congénita internados en la UIN, el Grupo 2 (G2) compuesto por 95 madres de niños sin el diagnóstico de MC e internadas en la UIN. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, con el fin de describir el perfil de las participantes del estudio, así como de los bebés, y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDATE) fue utilizado para evaluar el nivel de ansiedad de las madres, siendo ambos aplicados por la investigadora. Los datos fueron organizados en planillas en el programa Excel, versión 2010, y analizados posteriormente por el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 20.0. Aprobado por los comités de ética de las instituciones participantes. La mayoría de las madres tenía entre 19 y 29 años (59,3%), procedentes de la ciudad de Fortaleza -CE (65,2%), de 6 a 10 años de estudios (56,8%), pardas/negras (88,1%) y con renta mensual de uno a dos salarios mínimos (61,8%). Las madres del G1 presentaron ansiedad moderada prevalente para IDATE-rasgo (92,8%) y la ansiedad elevada predominó en el IDATE-estado (46,5%). El G2 presentó resultados comprendidos entre los porcentajes 25 y 75 (ansiedad moderada) para ansiedad-rasgo (78,9%) y mayor parte de las madres refirió ansiedad baja (45,2%) para IDATE-estado. Referente a la comparación de medias de las variables sociodemográficas, psicosociales y perinatales con los resultados de la IDATE, todas se presentaron estadísticamente significantes ( $p \leq 0,05$ ) en relación al resultado ansiedad-estado. Para la correlación de Pearson entre los resultados de la escala y las variables maternas y neonatales, el G1 presentó relación estadísticamente significativa entre las variables número de partos ( $p=0,003$ ) y gestaciones ( $p=0,003$ ) con la ansiedad-estado y entre edad cronológica ( $p=0,008$ ) y días de internación ( $p=0,008$ ) con la ansiedad-rasgo. Para el G2, entre las variables número de partos ( $p=0,05$ ), apgar en el primer minuto ( $p=0,009$ ) y apgar en el quinto minuto ( $p=0,01$ ) y el resultado de la ansiedad-estado. Los grupos presentaron diferencias entre los resultados, según los porcentajes de la IDATE, siendo la ansiedad elevada predominante para el G1. Se constató la diferencia entre los grupos del resultado de ansiedad-estado con las variables maternas y neonatales.

**Palabras clave:** Ansiedad. Madres. Recién nacido. Enfermería. UN

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Bases de dados selecionadas para revisão integrativa. Fortaleza – CE, 2015	26
Figura 2 -	Fluxograma dos passos metodológicos seguidos para realização da coleta de dados	36
Figura 3 -	Percurso metodológico para seleção dos artigos nas bases de dados. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.	37
Quadro 1a -	Síntese das informações extraídas das publicações das bases de dados LILACS, Portal PubMed, CINAHL e SCOPUS. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.	38
Quadro 1b -	Síntese das informações extraídas das publicações das bases de dados LILACS, Portal PubMed, CINAHL e SCOPUS. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.	39
Quadro 1c -	Síntese das informações extraídas das publicações das bases de dados LILACS, Portal PubMed, CINAHL e SCOPUS. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.	40
Quadro 1d -	Síntese das informações extraídas das publicações das bases de dados LILACS, Portal PubMed, CINAHL e SCOPUS. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.	41
Quadro 2a -	Principais desfechos das publicações, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.	43
Quadro 2b -	Principais desfechos das publicações, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis socioeconômicas de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas em instituições hospitalares. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	62
Tabela 2	Variáveis demográficas de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	63
Tabela 3	Variáveis perinatais de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	64
Tabela 4	Perfil dos recém-nascidos com e sem malformações congênitas internados nas Unidades Neonatais pesquisadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	67
Tabela 5	Classificação das categorias de Malformações Congênitas apresentadas nos recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais pesquisadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	68
Tabela 6	Tipos de malformações congênitas apresentadas nos recém-nascidos nas Unidades Neonatais pesquisadas conforme a classificação das categorias. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	69
Tabela 7	Distribuição de malformação congênita por recém-nascidos nas Unidades Neonatais pesquisadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	70
Tabela 8	Níveis de ansiedade das mães de recém-nascidos sem malformações congênitas nas Unidades Neonatais pesquisadas, segundo os percentis da IDATE, Fortaleza, CE, 2016.	70
Tabela 9	Níveis de ansiedade das mães de recém-nascidos com malformações congênitas nas Unidades Neonatais pesquisadas, segundo os percentis da IDATE. Fortaleza, CE, 2016.	71
Tabela 10	Análise das médias de IDATE, segundo características socioeconômicas de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas internados nas Unidades Neonatais pesquisadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	72
Tabela 11	Análise das médias de IDATE, segundo variáveis demográficas de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	73

Tabela 12	Análise das médias de IDATE, segundo variáveis perinatais de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênicas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	74
Tabela 13a	Análise das médias de IDATE, segundo características socioeconômicas de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênicas nas Unidades Neonatais pesquisadas com variáveis controladas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	75
Tabela 13b	Análise das médias de IDATE, segundo características socioeconômicas de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênicas nas Unidades Neonatais pesquisadas com variáveis controladas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	76
Tabela 14	Análise das médias de IDATE, segundo características perinatais e psicossociais de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênicas nas Unidades Neonatais pesquisadas com variáveis controladas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	77
Tabela 15	Análise de correlação dos escores da IDATE com as variáveis quantitativas de mães de RN com e sem malformações congênicas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	78
Tabela 16	Análise de correlação da IDATE com as variáveis quantitativas dos recém-nascidos do estudo com e sem malformações congênicas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	79
Tabela 17	Análise de correlação da IDATE com variáveis de mães com RN diagnosticados com malformação congênita. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	79
Tabela 18	Análise de correlação da IDATE com variáveis dos recém-nascidos com malformação congênita. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	80
Tabela 19	Análise de correlação da IDATE com variáveis de mães de recém-nascidos nas Unidades Neonatais pesquisadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	80
Tabela 20	Análise de correlação da IDATE com variáveis de recém-nascidos nas Unidades Neonatais pesquisadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.	81

## LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Anomalias Congênicas
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BCCH	<i>British Columbia Children's Hospital</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CsF	Ciência sem Fronteiras
ECLAMC	Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênicas
GFC	<i>Genesis Fertility Centre</i>
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço e Estado
KPU	<i>Kwantlen Polytechnic University</i>
MC	Malformação Congênita
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
NUPESEC	Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICC	<i>Peripherally Inserted Central Catheter</i>
RN	Recém-nascido
SABIMF	Saúde do Binômio Mãe e Filho
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida



SNC	Sistema Nervoso Central
TRA	Técnicas de Reprodução Assistida
UIN	Unidade de Internação Neonatal
UFC	Universidade Federal do Ceará
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## LISTA DE SIGLAS

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

## LISTA DE SÍMBOLOS

$\%$	Porcentagem
$\geq$	Maior ou igual
$>$	Maior
$<$	Menor
$\leq$	Menor ou igual
$\pm$	Mais ou menos

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
	.....	
<b>1.1</b>	<b>Aproximação com a</b>	<b>18</b>
	<b>temática.....</b>	
<b>1.2</b>	<b>Malformações Congênitas e Ansiedade</b>	<b>20</b>
	<b>Materna.....</b>	
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>28</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>28</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE</b>	<b>30</b>
	<b>LITERATURA.....</b>	
<b>3.1</b>	<b>Ansiedade materna durante a</b>	<b>30</b>
	<b>gestação.....</b>	
<b>3.2</b>	<b>Ansiedade materna no período pós-</b>	<b>32</b>
	<b>parto.....</b>	
<b>3.3</b>	<b>Ansiedade de mães de recém-nascidos com e sem malformação congênita</b>	<b>35</b>
	<b>internados em Unidade Neonatal: revisão</b>	
	<b>integrativa.....</b>	
<b>4</b>	<b>MATERIAS E MÉTODOS .....</b>	<b>51</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo .....</b>	<b>51</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do Estudo .....</b>	<b>51</b>
<b>4.3</b>	<b>População/Amostra .....</b>	<b>52</b>
<b>4.4</b>	<b>Instrumentos para Coleta de Dados .....</b>	<b>53</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise de Dados.....</b>	<b>59</b>
<b>4.5</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>59</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
<b>5.1</b>	<b>Perfil das mães de recém-nascidos com e sem malformações</b>	<b>62</b>
	<b>congênitas.....</b>	
<b>5.2</b>	<b>Perfil dos recém-nascidos internados em uma Unidade de Internação</b>	<b>67</b>
	<b>Neonatal com e sem malformação</b>	
	<b>congênita.....</b>	
<b>5.3</b>	<b>Níveis de ansiedade das mães de recém-nascidos com e sem malformações</b>	<b>70</b>
	<b>congênitas.....</b>	
<b>5.4</b>	<b>Análise das médias do IDATE com variáveis socioeconômicas,</b>	<b>72</b>
	<b>demográficas e perinatais maternas e variáveis do recém-</b>	
	<b>nascido.....</b>	
<b>5.5</b>	<b>Análise das correlações dos escores totais do IDATE com as variáveis do</b>	<b>78</b>
	<b>estudo.....</b>	
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>82</b>
<b>6.1</b>	<b>Perfil das mães e dos recém-nascidos do</b>	<b>82</b>
	<b>estudo.....</b>	

6.2	Nível de ansiedade das mães de recém-nascidos com e sem malformação congênita e comparação de médias.....	88
7	CONCLUSÃO.....	94
	REFERÊNCIAS .....	96
	APÊNDICES .....	104
	ANEXOS .....	109

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aproximação com a temática

Em 2011, graduanda no curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do intitulado projeto “Saúde do Binômio Mãe e Filho (SABIMF/UFC”, atualmente Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança (NUPESNEC), ocorreu a primeira experiência com o tema malformação congênita (MC), ao desenvolver a pesquisa “Prevalência de recém-nascidos portadores de malformações congênitas numa Unidade Neonatal”.

Tal experiência permitiu adquirir conhecimento mais aprofundado acerca do tema, incluindo também a percepção de que não apenas as crianças malformadas necessitam de atenção, como também suas famílias. E considerando que a coleta de dados foi diretamente dos prontuários, da observação dos procedimentos e dos cuidados prestados e de leituras de artigos e livros sobre o assunto, reafirmou-se que a malformação congênita é um problema de saúde pública.

Com isso, a partir do interesse pela temática, a curiosidade e a vontade em aprofundar os conhecimentos, veio a inserção no projeto SABIMF, no qual as produções científicas, como resumos publicados em anais de eventos internacionais e nacionais, ganharam mais espaços, como exemplos: “Prevalência de recém-nascidos portadores de malformações congênitas numa unidade neonatal de Fortaleza-CE” (RODRIGUES *et al.*, 2012); “Assistência de enfermagem ao recém-nascido com gemelaridade conjugada: aplicação dos diagnósticos de enfermagem” (FONTOURA *et al.*, 2012); “Onfalocele gigante no recém-nascido: aplicação dos diagnósticos de enfermagem” (RODRIGUES *et al.*, 2011); “Caracterização da Rotina da unidade neonatal: ênfase nos ruídos e manuseios” (ALMEIDA *et al.*, 2011); “Complicações maternas vivenciadas durante a gestação de fetos malformados” (FONTOURA *et al.*, 2013), dentre diversos outros.

Além do enfoque na malformação congênita, outros projetos desenvolveram-se, como a dor do recém-nascido e a utilização do cateter central de inserção periférica (PICC), o que fez perceber que a neonatologia é uma área que abrange diversas outras. Assim outras produções foram publicadas e apresentadas: “Glicemia no Recém Nascido Submetido à Punção do Calcâneo na Unidade Neonatal” (SARAIVA *et al.*, 2011); “Perfil dos Recém-

Nascidos com Cateter Central de Inserção Periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” (NOBRE, 2010).

No ano de 2012, surgiu a oportunidade da graduação sanduíche, através do programa Ciência sem Fronteiras/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CsF/CNPq), que realiza um processo seletivo, a fim de contemplar alunos de graduação com bolsas de estudo em países de primeiro mundo, oferecendo educação de qualidade, aprendizado de uma segunda língua e internacionalizando o currículo de vários estudantes do País.

Ao ser contemplada com a bolsa para o CsF, o país de escolha foi o Canadá, sendo a *Kwantlen Polytechnic University* (KPU) a universidade na qual a graduação sanduíche em enfermagem foi realizada. As disciplinas cursadas foram: *English for Academic Purpose* (Inglês acadêmico), *Academic Listening and speaking skill* (Habilidade de ouvir e falar – Inglês Acadêmico), *Qualitative and Quantitative analysis* (Análise qualitativa e quantitativa), *Professional Growth 5: Nurses Influencing Change* (Crescimento profissional: Enfermeiros influenciando mudanças) e *Nursing Practice 7* (Prática de Enfermagem 7). Esta última disciplina tinha o objetivo de realizar uma pesquisa de campo em instituições associadas com a Universidade, para produzir um relatório final. O *British Columbia Children's Hospital* (BCCH) foi o selecionado para a pesquisa proposta: atualização de planos de cuidados de pacientes com epilepsia e em pós-operatório. O relatório final foi apresentado no Canadá, na língua inglesa e, posteriormente, traduzido para o português, resultando na monografia para conclusão do curso de graduação em Enfermagem pela UFC (RODRIGUES, 2013).

Além disso, o programa exigia que o aluno estagiasse em qualquer área, guiada por um tutor, pelo período de três meses, de acordo com o curso de graduação. A KPU disponibilizou uma coordenadora responsável por alocar todos os alunos do CsF em instituições ou empresas para a realização do estágio. A *Genesis Fertility Centre* (GFC), uma clínica especializada em técnicas de reprodução assistida, foi contatada, realizou-se um processo seletivo, no qual se obteve êxito. O estágio foi concluído, dando fim ao programa de graduação sanduíche, em agosto de 2013.

A experiência internacional, o curso de graduação e a participação no NUPESNEC, que resultou em produções científicas, instigou a busca pelo aprofundamento do tema, com a finalidade de contribuir para o crescimento da enfermagem a partir do conhecimento dos níveis de ansiedade de mães com crianças com e sem o diagnóstico de MC.

## 1.2 Malformações Congênicas e Ansiedade Materna

Segundo Camelier *et al.* (2007) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), as malformações congênicas são defeitos estruturais, funcionais e/ou bioquímicos-moleculares presentes ao nascimento, sendo detectadas ou não neste momento. As MC são classificadas como: isoladas ou associadas; físicas ou mentais; simples ou múltiplas; e de maior ou menor importância clínica (RAMOS; OLIVEIRA; CARDOSO, 2008; PEREIRA, DUTRA, CARDOSO, 2008). As anomalias congênicas (AC) variam em grau de severidade menor, como a polidactilia, a uma que ameaça a vida da criança, como a gastrosquise, por exemplo. Muitas vezes, essas malformações estão relacionadas a desordens cromossômicas, genéticas ou multifatoriais. Acredita-se que o uso de drogas e a exposição ao meio ambiente sejam a causa de 2% a 3% de todas as anomalias humanas (JACQZ-AIGRAIN, KOREN, 2005).

Então, por existirem essas diversas classificações das anomalias e sabendo-se da prevalência da mesma, os governos, não somente do Brasil, mas de várias partes do mundo, consideram a MC um problema de saúde pública, responsável pela alta taxa de mortalidade entre as crianças.

Sobre as taxas dessas anomalias, estudiosos afirmam que as maiores são, em maioria, resultados dos nascimentos múltiplos (FREITAS; SIQUEIRA; SEGRE, 2008), e de acordo com Pontes (2005), as malformações cardíacas são as de maior prevalência. Além dessas, pode-se citar as causadas por uso de drogas durante a gestação, consanguinidade e, ao que muitos pesquisadores acreditam, as técnicas de reprodução assistida (TRA), em que se encontram elevadas taxas de desordens epigenéticas, como a síndrome de Angelman e a síndrome de Beckwith-Wiedmann em crianças nascidas por TRA (KATAGIRI *et al.* 2007). Com isso, as malformações configuram-se como presença ativa no *ranking* da morbimortalidade infantil.

As MC, no Brasil, aparecem em segundo lugar como agentes responsáveis pela mortalidade infantil, com taxa equivalente a 40% dos óbitos nos anos de 1996 a 2005 (BRASIL, 2007). De acordo com Ramos, Oliveira e Cardoso (2008), além da mortalidade infantil, as anomalias congênicas são responsáveis por alto índice de morbidade. Assim, elas afetam cerca de 5% de todos os nascimentos, e, por esse motivo, autoridades de saúde pública estão preocupadas com as taxas elevadas de nascimentos com doenças genéticas, especialmente em países emergentes, como o Brasil (RIBEIRO, 2008; CALONE *et al.*, 2009; CARVALHO *et al.*, 2006).



Citando dados brasileiros, na cidade do Rio de Janeiro, as malformações congênitas apresentaram-se como a segunda causa de mortalidade infantil, representando a taxa de 18% de mortes no ano de 2008 em crianças menores de um ano. Mesmo com a existência de estratégias preventivas, os índices de malformação têm aumentado (GUERRA SIMONAZZI, PUCETTI, 2008; COSTA; GAMA; LEAL, 2006).

Apesar de existirem alguns dados sobre a prevalência da MC, os estudos populacionais no Brasil ainda são escassos e os dados são limitados apenas aos registros hospitalares que compõe o Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas/*Latin American Collaborative Study on Congenital Malformations* (ECLAMC) (REIS; SANTOS; MENDES, 2010).

No cenário internacional, o Canadá exibiu taxas de MC que variaram de 451,2/10.000 nascidos para 385,2/10.000 para os anos de 1988 a 2009 (exceto a província de Quebec) (PUBLIC HEALTH AGENCY CANADA, 2013).

De acordo com o relatório da *Public Health Agency Canada* (2013), a MC não é uma preocupação existente apenas nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, como o Brasil, México e a Colômbia, mas também em desenvolvidos, como o Canadá, no qual, aproximadamente, uma a cada 25 crianças são diagnosticadas anualmente com uma ou mais anomalias congênitas.

É importante conhecer a frequência das malformações, uma vez que proporciona a detecção de possíveis epidemias, devido à exposição de agentes teratogênicos; a identificação das regiões que apresentam maior frequência de casos, podendo, assim, detectar as populações em risco; a avaliação sobre o aumento de casos em áreas e períodos específicos; a representação de evidências que influenciem as políticas públicas; e, por último, auxiliar na distribuição de recursos (PUBLIC HEALTH AGENCY CANADA, 2013; CAMPAÑA *et al.*, 2010; GUERRA SIMONAZZI, PUCETTI 2008).

As informações sobre a prevalência das anomalias congênitas são importantes para o reconhecimento da problemática, tendo como finalidade o planejamento de políticas de assistência e prevenção. Acrescenta-se, também, que a compreensão desses dados aprimorará o entendimento acerca das MC.

Outro benefício trazido com a realização de estudos sobre a MC é para a assistência, visto que crianças que apresentam esse diagnóstico são consideradas vulneráveis, uma vez que é necessária a prestação de cuidados específicos e individualizados para cada RN, planejando assistência de enfermagem baseada em evidências outrora definidas em

processo de avaliação (FONTOURA, 2012). Além disso, há necessidade de maior número de pesquisas relacionadas aos recém-nascidos portadores de MC, para que as autoridades em saúde busquem alternativas que possibilitem a redução dos índices de mortalidade e morbidade infantil, por meio da educação materna e de medidas de prevenção.

Prevenção envolve evitar o surgimento de doenças por meio de estratégias que considerem os fatores de risco e suas influências psicopatológicas. Evitar doenças fetais/neonatais é rentável, dados os recursos emocionais, econômicos e de serviços de saúde necessários para lidar com a morbidade ao longo da vida. Sabe-se que o ambiente intrauterino é influenciado pelo meio externo, como a exposição a medicações, o estilo de vida materno e os fatores de risco ambientais, por isso torna-se importante prevenir o aparecimento de doenças desde a gestação (PUBLIC HEALTH AGENCY CANADA, 2013).

É nesse cenário que o pré-natal faz-se importante, pois a partir de estratégias educativas, objetivam-se minimizar tais riscos. São estratégias que vão desde a orientação a tomada correta de medicações, como o ácido fólico, que se sabe que a falta dele causa malformações do sistema nervoso central (SNC), como a mielomeningocele, o acompanhamento da gestante através das consultas de pré-natal, a orientação de hábitos saudáveis e a realização dos exames de rotina. Para as famílias, a confirmação diagnóstica de uma malformação congênita pode envolver grandes cargas psicológicas, emocionais e financeiras. Para aqueles que atuam na Saúde Pública, essas anomalias são importantes problemas de saúde perinatais, devido aos recursos de Saúde requeridos para lidar e tratar essas malformações e, também, pelos seus contínuos impactos na saúde e no bem-estar de crianças e famílias. Por isso, o Plano de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS), preconizando o número mínimo de seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2004).

A gestação é considerada um fenômeno complexo que envolve fatores de diversas ordens, que vai da fecundação ao nascimento. É também neste período que os pais criam uma imagem do filho acerca de suas características físicas e personalidade, auxiliando a construir as primeiras relações com a criança. Entretanto, o nascimento de um bebê na família pode gerar situações de estresse e ansiedade, devido à mudança de rotina diária, sobretudo, no período pós-parto, acentuando-se quando a criança nasce com algum defeito congênito (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

A ansiedade é considerada um estado emocional e apresenta componentes fisiológicos e psicológicos, que envolvem sensações de medo, insegurança e antecipação

apreensiva, tensão e dor muscular, falta de ar, tremor e inquietação e vários outros desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (GUIDOLINI; CÉLIA, 2009).

Na ansiedade, as adaptações fisiológicas vão além do sistema nervoso e atingem também os sistemas endócrino e imunológico. Sabe-se que o nível de ansiedade de mães com crianças internadas em Unidade de Internação Neonatal (UIN) difere daquelas em alojamento conjunto, sendo maior, pois não há separação entre a mãe e a criança (CARVALHO *et al.*, 2009).

Para os pesquisadores Le Doux (2000) e Koenigs *et al.* (2007) existem diversas formas de expressar sentimentos, sendo a mais comum as emoções. As emoções universais são: felicidade, tristeza, raiva e medo. No entanto, quando o medo torna-se um sentimento frequente na vida de uma pessoa, essa adquire um estado de tensão e estresse, sendo manifestado através da ansiedade.

Estudo realizado em 27 unidades de atenção básica de quatro capitais brasileiras investigou a taxa de transtornos mentais mais comuns em uma população adulta, como a depressão e os transtornos de ansiedade, e suas associações com características sociodemográficas. Os resultados demonstraram taxas maiores que 50%, sendo 51,9% no Rio de Janeiro, 53,3% em São Paulo, 64,3% em Fortaleza e 57,7% em Porto Alegre. Indicando, também, que os problemas de saúde mental são mais comuns em mulheres (GONÇALVES *et al.*, 2014). Outro estudo recente realizado em São Paulo demonstrou que, em um ano, a taxa de ansiedade também entre a população adulta foi de 19,9%, representando uma das maiores taxas no mundo (ANDRADE *et al.*, 2012).

Logo, estudos dessa ordem tornam-se relevantes para que profissionais de saúde saibam lidar melhor com esse transtorno e, também, para que instrumentos de avaliação de ansiedade materna sejam identificados e validados para serem utilizados, com intuito de rastrear alterações psicológicas nas mães.

Durante o puerpério, a ansiedade apresenta-se como um estado emocional comum, na qual é mais prevalente em mães com crianças internadas em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), sendo a ansiedade uma resposta do organismo a circunstâncias diversas. No entanto, pode tornar-se patológica quando é desproporcional a essas mesmas circunstâncias que a desencadearam (CANTILINO *et al.*, 2010; DALGALARRONDO, 2008). Durante o período pós-parto, cerca de 20% das gestantes apresentam ansiedade, tornando-se assunto preocupante, visto que pode acarretar dificuldades na formação do

vínculo mãe-filho, o que, conseqüentemente, gera falhas no desenvolvimento infantil, como evidenciado no estudo de Flores *et al.* (2013).

Em relação às malformações, quanto mais visíveis forem, mais rápidas e intensas serão as respostas emocionais desses pais, principalmente das mães (TABAQUIM; MARQUESINI, 2013). Porém, esse impacto pode ser reduzido se os pais receberem apoio dos profissionais de saúde logo após o nascimento da criança, minimizando, conseqüentemente, o sentimento de ameaça e estresse intenso.

Quando a mãe e/ou família recebe a notícia de um feto com diagnóstico de malformação congênita, desencadeia-se um período de grande estresse físico e emocional para os pais, podendo causar depressão, rejeição e rompimento do apego, seja transitório ou permanente, momento em que uma turbulência de sentimentos se faz presente. Logo, quanto mais diferente do sonho dos pais for esse bebê real, mais difícil é a adaptação destes ao nascimento (VASCONCELOS; PETEAN, 2009; LAZARUS; LAUNIER, 1978).

Estudo apontou que pais de crianças com MC apresentaram maiores dificuldades de adaptação individual quando comparados com pais de crianças saudáveis (SINGER, 2006), no entanto, a ansiedade dos mesmos não pode ser descartada.

Segundo Albuquerque *et al.* (2013), foi percebido que as mães apresentaram pior adaptação individual ao nascimento de uma criança com MC do que seus companheiros, apresentando elevados índices de ansiedade. Com isso, torna-se importante a necessidade do acompanhamento pós-natal para a saúde mental do binômio mãe e filho (FLORES *et al.*, 2013).

Além do diagnóstico de MC gerar ansiedade, existe também o fato de que essa criança, muitas vezes, pelo seu estado de saúde comprometido, deverá ser internada em UTIN, local que origina diversas emoções sentidas não somente por mães de crianças com anomalias, pelo fato de ser um ambiente diferenciado, formado por seus diversos aspectos, como: sua estrutura física, aparatos tecnológicos, bem como a equipe profissional. Com isso, o vínculo entre mãe e filho torna-se inconsistente, podendo trazer, segundo autores, prejuízos neurológicos e sensoriais, desordens motoras e dificuldades cognitivas aos RN (CARVALHO; LINHARES; MARTINEZ, 2001; VIEIRA; LINHARES, 2011).

Diante dessas situações, a mulher passa por uma fase de transição, em que há necessidade de reavaliar sua identidade, principalmente quando a mãe é primigesta. É um momento de vulnerabilidade, tanto emocional como social, em que a mulher situa-se em uma posição entre passado e futuro. Dúvidas e expectativas são geradas diante do nascimento e

possíveis alterações que ocorrerão na sua vida, bem como idealizações de um filho perfeito, saudável e sem complicações que, geralmente, culminam em internamentos hospitalares (HAMMONDS, 2012).

É importante ressaltar a relevância da rede social de apoio, sendo identificada como um recurso necessário para que os pais possam lidar com situações de estresse e ansiedade, sendo essencial para a compreensão de informações relacionadas às condições daquelas crianças malformadas e/ou internadas nas unidades neonatais, além dos esforços dirigidos à solução de problemas e/ou controle das emoções e dos sentimentos psicológicos.

Atualmente, desenvolvem-se estudos sobre a ansiedade materna no NUPESNEC/UFC, pode-se perceber que existem lacunas na formação e atuação de rede de apoio direcionada para mães com crianças internadas nas unidades neonatais. Muitas delas desconhecem o motivo pelo qual a criança está internada, além de precariedades nas informações acerca de diagnósticos de MC simples, como pé torto congênito.

Faz-se importante o uso de tecnologias em saúde com a proposta de melhoria da assistência prestada e dentre estas, avaliar o nível de ansiedade das mães de crianças internadas em UTIN que apresentam ou não o diagnóstico de MC, faz-se relevante, pois a partir desse conhecimento, podem-se criar estratégias para amenizar os sintomas. As tecnologias em saúde são elaboradas para direcionar e dinamizar o cuidado de enfermagem, tornando-se fator imprescindível para promoção da saúde.

Dito isso, a tecnologia deve ser entendida como um conjunto de ferramentas inovadoras, nas quais incluem: os equipamentos, o conhecimento e as ações necessárias para realizá-los (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2009).

Para Merhy (1997), tecnologia em saúde é centrada no trabalho vivo, não podendo ser expresso somente nos equipamentos. É nesse contexto que as relações entre profissional de saúde – paciente se encaixam.

Merhy (2002) classifica ainda as tecnologias em saúde como leves, leves-duras e duras. A tecnologia leve é baseada nas relações entre sujeitos. A tecnologia leve-dura são os saberes bem estruturados, mais especializados e que também se dão através das relações entre sujeito-indivíduo, as escalas são exemplos dessas tecnologias, enquanto que as tecnologias duras são baseadas em matéria morta, ou seja, equipamentos.

Escalas são instrumentos constituídos por diversos itens pontuados, nos quais possuem praticidade e utilidade para os diferentes objetivos aos quais se destina (POLIT, 2011). Uma das principais funções das escalas é medir, no caso as escalas de ansiedade, o

nível de ansiedade das pessoas, sendo, então, instrumentos importantes de identificação de alterações psicológicas.

Existem diversos instrumentos que mensuram a ansiedade, como a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), o Inventário de Ansiedade de Beck ou *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

A HAD é considerada como um instrumento de rastreamento, diferindo-se das demais pelo fato de que nela não contém os sintomas de ansiedade relacionados a doenças físicas, como a insônia (MARCOLINO *et al.*, 2007).

Dr. Aaron Beck foi responsável pela criação da BAI e também do Inventário de Depressão de Beck ou *Beck Depression Inventory* (BDI). O BAI tem como objetivo medir a severidade de ansiedade em um indivíduo, sendo baseada nas experiências de cada indivíduo (FAVARO; PERES; SANTOS, 2012).

O IDATE avalia sintomas inespecíficos, como a agitação e a culpabilidade. É um dos instrumentos mais utilizados mundialmente e quantifica características subjetivas ligadas à ansiedade. O IDATE subdivide-se em duas escalas, sendo uma responsável por avaliar a ansiedade enquanto estado (IDATE-E) e outra que acessa a ansiedade enquanto traço (IDATE-T). A ansiedade como estado reflete em uma reação não contínua diretamente relacionada a uma situação adversa, como o nascimento de uma criança com MC. O traço de ansiedade dirige-se à maneira do indivíduo lidar com a ansiedade ao longo de sua vida, sendo, então, contínua (FIORAVANTI, 2006).

Neste estudo, o inventário de ansiedade traço-estado foi escolhido, pois avalia o estado de ansiedade em dois momentos, no momento de adversidade e no dia a dia, com isso, torna-se relevante mensurar o nível de ansiedade materna quando em uma situação adversa, como internamento de uma criança em UTIN ou um RN portador de MC, além de ser padrão-ouro (ALVES *et al.*, 2007) e ser amplamente utilizado.

Então, ressalta-se a importância do desenvolvimento de pesquisas e aprofundamento do tema para o conhecimento das MC em RN e ansiedade materna, com intuito de que acadêmicos e profissionais da saúde, atuante nas áreas hospitalares, sensibilizem-se, para que possam oferecer cuidados específicos e individualizados de acordo com cada anomalia apresentada e com o nível de ansiedade materna, contribuindo para a melhoria na qualidade da assistência, promovendo a saúde materna e, conseqüentemente, da criança (FONTOURA, 2012).

Adicionalmente, a realização de novos estudos sobre malformações congênitas é essencial, uma vez que novos resultados podem facilitar a criação de ações estratégicas para o planejamento de uma assistência com melhor qualidade à família, indo desde a orientação aos responsáveis, até a prevenção e rastreamento de novos casos.

A utilização de tecnologias de saúde, como as escalas, respalda a prática de enfermeiros, uma vez que se torna um documento que comprova o cuidado e o planejamento realizado pelo enfermeiro. Além disso, torna-se mais fácil identificar alguma alteração existente no público-alvo, nesse caso, a ansiedade materna, pois a escala direciona o olhar a características específicas existentes naquela população.

Sabe-se que os profissionais de Enfermagem estão em contato com os pacientes 24 horas do dia, assim, podendo identificar as alterações no estado emocional materno mais facilmente. Estudos dessa ordem possibilitam a inovação e agregam conhecimento a enfermagem, que necessita de ampliação e capacitação dos profissionais, com a finalidade de fornecer informações acerca dos cuidados específicos não apenas a crianças internadas em UTIN, mas também às mães dessas crianças.

Assim, considerando o objeto de pesquisa apresentado, acredita-se que as mães expostas a situações de estresse, como o fato de ter um filho com malformação ou internado em UIN, apresentem níveis de ansiedade maiores que aquelas com filhos saudáveis.

Portanto, os questionamentos deste estudo incluem: Qual o nível de ansiedade das mães dos recém-nascidos com e sem malformação internados em Unidade Neonatal, conforme o Inventário de Ansiedade Traço-estado? Existe diferença no nível de ansiedade entre essas mães? O nível de ansiedade das mães apresenta alguma associação com as variáveis maternas e neonatais?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Avaliar os níveis de ansiedade de mães de recém-nascidos com e sem malformações internados em Unidade Neonatal.

### **2.2 Específicos**

- Identificar o nível de ansiedade apresentada pelas mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas internados nas Unidades Neonatais pesquisadas, a partir dos escores apresentados no IDATE;
- Comparar os níveis de ansiedade das mães de recém-nascidos portadores e não portadores de malformações congênitas.
- Analisar a associação entre os escores totais da Escala de Ansiedade traço-estado com as variáveis maternas e neonatais.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Ansiedade Materna durante a gestação

Os cuidados físicos para com a gestante evoluíram drasticamente nos últimos 100 anos, no entanto, o mesmo não aconteceu no que concerne aos cuidados emocionais. Este é, sem dúvida, o aspecto obstétrico mais negligenciado. É de suma importância o bem-estar de uma grávida, não somente para o benefício desta, como também para o futuro da criança (GLOVER, 2014).

Algumas desordens de cunho psicológico surgem durante a gestação e podem permanecer no puerpério, tornando-se patológicas, dentre elas estão a ansiedade e a depressão. Estima-se que 20% das gestantes apresentem sintomas de ansiedade (FLORES *et al.*, 2013).

Os transtornos de ansiedade aparecem como uns dos mais frequentes na população ao todo, sendo seus sintomas os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa nos diversos períodos da vida. Porém, essa ansiedade torna-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeou ou quando não há razão específica para seu aparecimento, podendo também apresentar-se como uma resposta inadequada a uma ameaça, como a internação de um bebê em UTIN ou o nascimento de uma criança com algum tipo de MC (GUIDOLIN; CÉLIA, 2009).

Além de causar estresse e prejuízo entre as mulheres que experienciam sintomas psicológicos, essas desordens estão associadas a diversos resultados negativos para o feto e a criança. Ansiedade e depressão pré-natal estão associadas com o aumento do risco de efeitos adversos ao nascimento e sintomas durante o primeiro ano pós-parto estão relacionados com o aumento do risco de comportamentos negativos, cognitivos e emocionais, em crianças (SOKOL; BATTLE, 2015). As evidências de que o estresse materno altera o desenvolvimento infantil são fortes, sendo demonstradas em diversos estudos prospectivos ao redor do mundo. Evidências mostram que o estado emocional materno durante a gravidez e, também, no período pós-natal, podem apresentar efeitos a longo-prazo em crianças, especialmente quando se refere ao neurodesenvolvimento (GLOVER, 2014).

Os achados de um estudo realizado por Rallis *et.,al* (2014) também indicam que o ciclo de comorbidade entre depressão e ansiedade existe, no qual sintomas iniciais de depressão na gestação geram altos níveis de ansiedade no final da gravidez, podendo ser alto o nível de sintomas depressivos pós-parto.

Mudanças significantes foram observadas nos sintomas de depressão e ansiedade durante a gravidez. Sendo mais altas no primeiro semestre, decrescendo no segundo e aumentando novamente no terceiro (TEIXEIRA *et al.*, 2009). Segundo Agrati *et al.* (2015), mães com baixos níveis de ansiedade durante a gravidez tendem a permanecer com os mesmos níveis no período pós-parto.

Os fatores associados à ansiedade e depressão no peri-parto, sendo considerado como o último mês de gestação, são ansiedade e depressão antes da gravidez. Adicionalmente, as desordens de ansiedade e depressão estão associadas à falta de suporte social e dos parceiros e baixa autoestima. Um número considerável de mulheres com histórico particular de ansiedade antes da gestação reporta os mesmos sintomas durante o último mês de gravidez. Houve proporção considerável de recorrente/persistente ansiedade nas mulheres. Por exemplo, quase dois terços das mulheres com histórico de pânico e desordem obsessiva compulsiva afirmaram ter sido afetadas pelos sintomas durante o peri-parto, algumas indicaram que evitavam situação que pudessem desencadear esses sintomas e outras disseram ter medo de transmitir esses sentimentos para o filho (MARTINI *et al.*, 2015).

Ainda segundo Martini *et al.* (2015), mulheres com sintomas prévios de ansiedade e/ou depressão experienciaram a incidência de outra desordem durante o período de estudo. A maioria apresentou pânico e relatou sintomas como palpitação, medo da gestação, de complicação e pânico de falar dos sentimentos acerca da gestação. Após o parto, as mães reportaram pânico depois da troca de fraldas, tinham medo de não saber lidar com essa nova situação. Dentre outros, pode-se citar: fobia social, agorafobia, medo de procedimentos, transtorno obsessivo compulsivo e estresse pós-traumático.

Mulheres jovens com pouco tempo de estudo, que experienciaram trauma sexual ou físico, com gravidez indesejada, com histórico de ansiedade e depressão ou síndrome pré-menstrual parecem estar em risco para o desenvolvimento dos sintomas recorrentes de ansiedade e depressão (MARTINI *et al.*, 2015).

Não existem parâmetros fisiológicos para avaliar as manifestações clínicas de ansiedade, por esse motivo, escalas são utilizadas para medir e caracterizar esses sintomas, como Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck. Porém, escalas como essa apresentam a limitação de não poderem ser utilizadas como critério diagnóstico (GUIDOLIN; CÉLIA, 2009).

### 3.2 Ansiedade materna no período pós-parto

A criança, ao nascer, pode apresentar um fator genético ou teratogênico, causando problemas estruturais, funcionais e psicológicos, que desencadeia ou potencializa o aumento do estresse para a família. Por outro lado, a duração e a intensidade das reações emocionais estão relacionadas com a atitude dos pais frente ao problema. Quanto mais visíveis são esses defeitos, mais imediato e intensamente essas reações emocionais e preocupações serão. Esse impacto pode ser minimizado se logo após o nascimento, os pais receberem orientações e explicações apropriadas, diminuindo os sentimentos de danos ou ameaças e intensas reações de estresse (TABAQUIM, MARQUESINI, 2013).

A ansiedade pode tornar-se patológica frente a certos tipos de situações, como a internação de um bebê em unidade de terapia intensiva ou o diagnóstico de uma malformação congênita. Para mães com bebês internados em UTIN, a incerteza da evolução clínica gera um estado apreensivo, visto que a sensação de perigo relacionado à saúde do RN geralmente não correspondem ao risco real. Com isso, essa apreensão evolui para estados corporais desagradáveis, como a ansiedade, relacionados à hiperatividade do sistema nervoso autonômico (FAVARO; PERES; SANTOS, 2012).

Após o nascimento de uma criança, os estados emocionais das mulheres flutuam com maior frequência, o que pode contribuir para a alta prevalência de distúrbios de ansiedade e depressão e uma alta incidência de comorbidade no puerpério (AGRATI *et al.*, 2014).

A revelação de um RN com diagnóstico de MC é, com frequência, inesperada pelos pais, o que os levam a decrescer suas expectativas acerca de um RN saudável e perfeito. Além disso, os cuidados exigidos com uma criança com MC são maiores, dispondo de gastos financeiros, emocionais e de tempo (ALBUQUERQUE; *et al.*, 2013).

A literatura tem confirmado que pais de crianças com MC possuem maiores dificuldades de adaptação individual. Quando o nível de ansiedade entre pais de crianças saudáveis e pais de crianças com MC é comparado, há diferença. Em pais de crianças com MC, os níveis de ansiedade são maiores, havendo sério risco de desenvolvimento de depressão. Além disso, há diminuição do bem-estar e da qualidade de vida (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Outra situação é o nascimento de uma criança prematura, ou seja, aquela nascida com menos de 37 semanas de gestação, que pode frustrar as expectativas dos pais relacionadas ao nascimento de uma criança “normal”, podendo ser considerada situação

desestruturante para a família, especialmente para a mãe, visto que, em maioria, os RNPT necessitam ficar internados em UTIN (FAVARO; PERES; SANTOS, 2012). Com isso, autores indicam que mães RNPT nascidos com baixo peso passem por uma triagem para depressão pós-parto (GIMENÉZ; SANCHES-LUNA, 2015).

A internação de uma criança gera consequências para a família, uma vez que há a separação de casa e do convívio familiar, além dos procedimentos, que abalam emocionalmente a criança e os familiares. Além de gerar tensão para a mãe, não somente em relação à doença do filho, mas também ao ambiente hospitalar, visto que a hospitalização é tida como uma ameaça para a criança (COSTA; MOBELLI; MARCON, 2009).

Quando a mãe entra pela primeira vez na UTIN, ocorre uma diversidade de emoções. Primeiramente, o cenário formado por tecnologia ostensiva (incubadoras aquecidas, respiradores, bombas de infusão) e a movimentação dos profissionais de saúde causam perplexidade, o que acaba por afastar a mãe da realidade (FAVARO; PERES; SANTOS, 2012).

Quando bebês são internados na UTIN, existe a possibilidade de se submeterem a procedimentos cirúrgicos. Assim, segundo Tabaquim e Marquesini (2013), os cuidadores ou pais de crianças que se submeteram a múltiplas cirurgias, devido à malformação, apresentaram-se mais estressados no período pré-operatório, em virtude dos procedimentos desconhecidos, havendo a antecipação de um acontecimento ruim, um dos fatores emocionais identificados.

Estudo indicou que pais de crianças em condições clínicas severas, além da prematuridade (como MC e encefalopatia isquêmica), também apresentam altos níveis de estresse, que pode ser amenizado com intervenções para aliviar o sofrimento das mães (GIMENÉZ; SANCHES-LUNA, 2015)

Diferentes estudos demonstraram que a admissão e hospitalização de infantes na UTIN, como pré-termo, bebês gravemente doentes, pequeno para idade gestacional (PIG) ou com MC, pode ser um episódio muito estressante para os pais. O ambiente tecnológico, a aparência do bebê e o sentimento de perda do papel paterno e materno contribuem para o nível de estresse entre esses pais. As maiores fontes de estresse dos pais com RN internados em UTIN são: fatores familiares pré-existent, experiência pré e pós-natal, diagnóstico clínico do RN, preocupações acerca da recuperação dos bebês, perda do papel paterno e os provedores de cuidados (GIMENÉZ; SANCHES-LUNA, 2015).

Os níveis de ansiedade materna diminuem após o nascimento do bebê, devido à interação mãe-filho, podendo, também, aumentar (AGRATI *et al.*, 2014). No entanto, essas questões dependem do período no qual esses sintomas de ansiedade foram avaliados e, também, do estado de saúde da criança. Porém, o mesmo estudo demonstrou que mães com baixos níveis de ansiedade durante a gravidez tendem a permanecer com os mesmos níveis no período pós-parto.

Cada sentimento é diferente e torna-se mais intenso de acordo com a gravidade da situação da criança, além de existir a resiliência por parte das mães (COSTA; MOBELLI; MARCON, 2009). Assim, algumas pesquisas comprovaram que as mães apresentam níveis de ansiedade maiores que os pais. Além disso, as mães também apresentam pior ajustamento social do que os companheiros (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Algumas mães necessitam adaptar-se àquela nova situação e quando a adaptação frente a essa situação não é bem sucedida, a mesma, muitas vezes, torna-se inapta para perceber que as diferenças que separam seu bebê prematuro de um bebê a termo podem ser apenas temporárias (FAVARO; PERES; SANTOS, 2012).

Diversos estudos afirmam que ansiedade e depressão materna caminham juntos. Por esse motivo, existe a preocupação em relação ao desenvolvimento da criança, visto que a mulher em estado de ansiedade e/ou depressão sente-se inapta para prestar o cuidado, e preocupa-se em excesso. As consequências da depressão e ansiedade materna relacionadas ao desenvolvimento da criança vem sendo discutidas amplamente, pela razão de que existem evidências científicas de que os estados depressivos e ansiosos repercutem negativamente no desenvolvimento infantil, o que pode prejudicar as relações interpessoais estabelecidas pelas crianças no decorrer da vida (GUIDOLIN; CÉLIA, 2009). Portanto, diante dessas circunstâncias emocionais, que podem ser a curto e longo-prazo, é necessário desenvolver intervenções efetivas que ofereçam suporte aos pais de RN admitidos na UTIN (GIMENÉZ; SANCHES-LUNA, 2015).

Em estudo realizado por Padovani *et al.* (2004), foram aplicados diversos testes psicológicos em dois grupos de mães com bebês prematuros, o grupo caso, que recebeu a intervenção, e o controle, que não recebeu a intervenção. Após a aplicação desses testes, foram identificados sintomas maternos de ansiedade, disforia e depressão durante e após a internação do RN na UTIN. No primeiro momento, 44% ( $n=19$ ) das participantes apresentaram pelo menos um dos três quadros clínicos já citados. Enquanto que no segundo momento, o número decresceu para 26% ( $n=11$ ) após as intervenções psicológicas aplicadas.

Ainda no mesmo estudo, foi identificado que os sintomas de ansiedade eram muito maiores no primeiro grupo do que no segundo, sendo presente em 75% da população.

Segundo a pesquisa realizada por Guidolin e Célia (2009) com mães de crianças internadas na pediatria, percebeu-se que aquelas cujos filhos apresentavam internação prévia, como na UTI, e haviam sido internados pelo menos três vezes, apresentaram maior índice de sintomas de ansiedade e depressão. A prevalência de depressão foi maior durante o primeiro mês de internação (40%), diminuindo conforme a idade da criança, sendo de 23,4% entre 7 e 12 meses após o parto. Pelo mesmo estudo, houve relação estatisticamente significativa entre os sintomas de ansiedade e a depressão materna.

A rede de suporte social foi identificada como recurso necessário para o enfrentamento da situação estressante, essencial para o entendimento da informação e, adicionalmente, para o esforço direcionado à solução de problemas psicológicos e/ou controle das emoções e sentimentos, até mesmo crenças religiosas, na qual a fé permite confiança em divindade e eficiência médica (TABAQUIM; MARQUESINI, 2013).

### **3.3 Ansiedade de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênicas internados em Unidade Neonatal: revisão integrativa**

O nascimento de uma criança é considerado um momento único para a família, no qual planos e sonhos são traçados para aquele bebê ainda sendo gerado dentro da barriga da mãe. Quando a criança nasce com uma malformação congênita ou prematura, necessitando ser internada na Unidade de Internação Neonatal, é gerada uma situação de confronto, entre o sonhado e a realidade (SANTOS *et al.*, 2011). Assim, essa situação desperta variados sentimentos, como a ansiedade.

Diversos são os conceitos de malformação congênita, porém Belfort, Braga e Freire (2006) chamam de defeito congênito toda e qualquer anomalia, funcional ou estrutural, ocorrida no decorrer do desenvolvimento do feto, decorrente de um fator genético, ambiental ou desconhecido, incluindo também os defeitos não visíveis, mesmo que sua manifestação venha a acontecer depois (CARVALHO *et al.*, 2006).

Por causa das condições de nascimento de muitos bebês com MC, a internação ocorre em sua maioria, havendo a separação entre mãe e filho (CARVALHO *et al.*, 2006), gerando a ansiedade materna. Porém, esse rompimento de vínculo não ocorre somente para mães de bebês com MC, mas também para mães de RN pré-termo. Havendo a perda do contato físico entre os dois, sendo a criança internada em um ambiente frio e hostil. Desta

forma, a família, principalmente a mãe, experencia o surgimento de diversos sentimentos, como a preocupação, insegurança, frustração e ansiedade (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010).

Houve a necessidade da realização de uma revisão integrativa, visto a escassez relaciona a estudos sobre o tema abordado. O objetivo foi de identificar estudos envolvendo a evidência da ansiedade materna frente à internação de RN em UIN com e sem o diagnóstico de MC.

Para o cumprimento das etapas de uma revisão integrativa, foi seguida uma sequência baseada na descrição de Mendes, Silveira e Galvão (2008): 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.

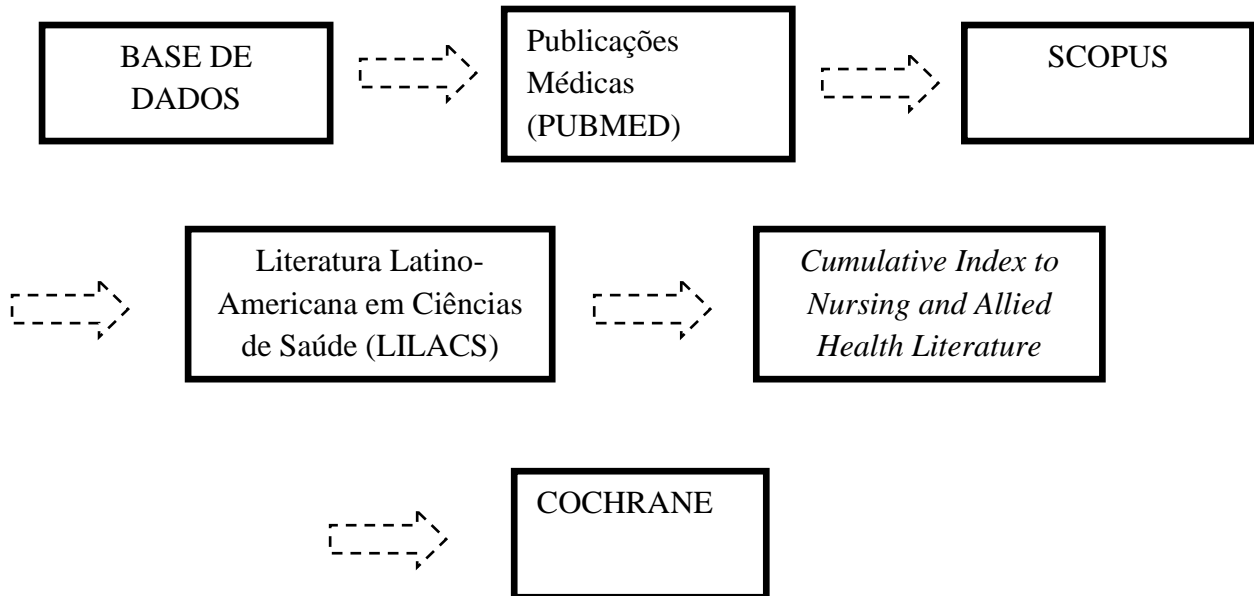
Para a revisão, objetivou-se especificar estudos que abordassem os distúrbios ansiosos em mães de crianças internadas em UIN com e sem malformação congênita. Para o primeiro grupo citado, incluíram-se mães de RN com qualquer tipo de MC, independente do sexo, idade gestacional, e peso e outros, dentre outras variáveis relacionadas ao neonato. No que se refere ao segundo grupo, estavam incluídos os recém-nascidos, com idade gestacional acima de 32 semanas, independente do peso, sexo, motivo de internação na UIN. A questão norteadora foi: Qual o nível de ansiedade das mães diante da internação do filho em Unidade de Internação Neonatal e frente ao diagnóstico de malformação congênita?

Os critérios de inclusão foram: estudos e pesquisas, relatos de caso e de experiência que estivessem disponíveis nas bases de dados *on-line*, incluindo os idiomas português, inglês e/ou espanhol, que abordassem os níveis de ansiedade e os distúrbios relacionados apresentados por mães de crianças com diagnóstico de internadas da UIN com e sem o diagnóstico de MC, independentes do período. Além disso, pesquisas que abordassem os pais foram acrescentadas, pois, nesse contexto, encontram-se as mães. Foram excluídas as cartas ao leitor, artigos de revisão, os editoriais e pesquisas que não respondesse à questão norteadora do estudo.

A busca e seleção das referências foi realizada em agosto e setembro de 2015, sendo iniciada em 18 de agosto a 30 de setembro de 2015, em cinco bases de dados, representada pela Figura 1. As bases foram consultadas em separado, uma após a outra, sendo acessadas da seguinte forma: Portal Publicações Médicas (PubMed), Scopus, Literatura

Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), por meio do site da Biblioteca Virtual em Saúde -BVS (www.bvs.br), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), e Cochrane, através do sistema Proxy, pela Universidade Federal do Ceará – UFC.

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

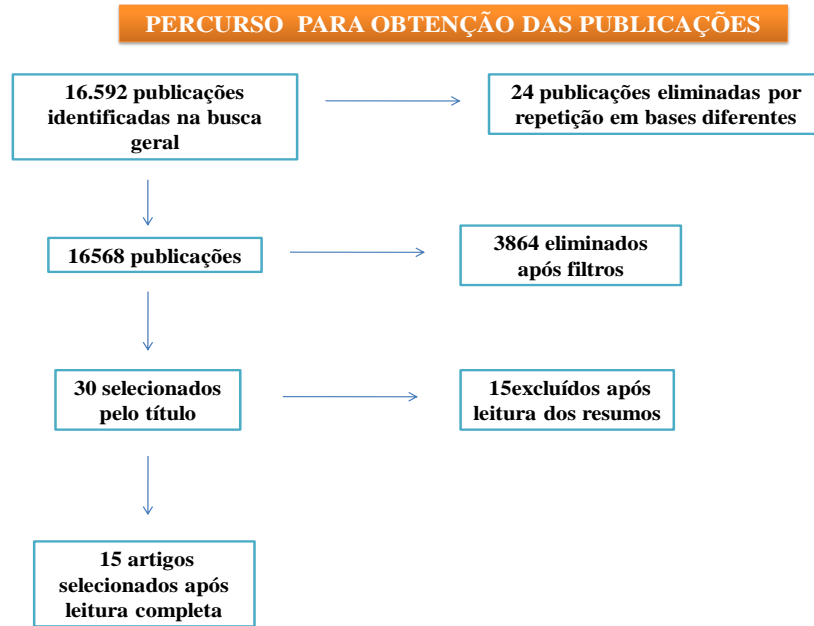


Para obter publicações base de dados LILACS, foram utilizados os descritores encontrados nos *Descritores em Ciência da Saúde* (Decs): “mães”, “anomalias congênitas” e “ansiedade”. Sendo utilizadas no portal PubMed “*mothers*”, “*congenital abnormalities*” e “*anxiety disorders*”. Para as outras bases, CINAHL, SCOPUS e COCHRANE, retiradas do *Medical Subject Headings* (MESH), foram: “*congenital abnormalities*”, “*anxiety*” e “*mothers*”.

A partir da busca inicial através dos descritores mencionados, foram identificadas 16.592 publicações, sendo eliminadas por repetição em todas as bases, 24 delas. Após a utilização do filtro “free full text” e sendo selecionados periódicos completos, restaram 3.864 publicações. Sendo selecionados 30 estudos após a leitura dos títulos e resumo, podendo, assim, evidenciar a relação com a questão norteadora da revisão integrativa. Ao final, 15 artigos foram selecionados.

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





Fonte: Elaboração baseada na declaração PRISMA (MOHER *et al.*, 2009).

Para seleção dos artigos, foram contemplados os seguintes itens: título do periódico, ano da publicação, autoria, título do artigo, tipo de estudo e objetivo.

O Quadro 1 demonstra os resultados da revisão integrativa, contendo todas as informações pertinentes das pesquisas selecionadas.

**Quadro 1a** - Síntese das informações extraídas das publicações das bases de dados LILACS, Portal PubMed, CINAHL, SCOPUS e Cochrane. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.

Periódico/Ano	Título	Tipo de Estudo/ Amostra	Objetivo
Journal of Reproductive and Infant Psychology (2011)	Patterns of parental emotional reactions after a pre- or postnatal diagnosis of a congenital anomaly	Estudo descritivo, com 93 participantes, sendo 51 mulheres e 42 homens.	Descrever as reações frente a um diagnóstico de malformação congênita e investigar a existência dos padrões de intensidade das reações emocionais e sua associação psicossomatólica com o pós-diagnóstico.
The journal of obstetrics and gynaecology research (2015)	Psychological effects of fetal diagnoses of non-lethal congenital anomalies on the experience of pregnant women during the remainder of their pregnancy	Estudo prospectivo e longitudinal. A amostra constou de 55 mulheres grávidas com o diagnóstico de um feto com anomalia congênita.	Explorar os efeitos psicológicos do diagnóstico fetal de anomalia congênita não letal na mulher no período gravídico.
Journal of Clinical Nursing (2009)	Anxiety levels of mothers whose infants gave been cared for in unit level-I of a neonatal intensive care unit in Turkey	Estudo descritivo, amostra de 151 mulheres.	Examinar os fatores que afetam o nível de ansiedade de mães com bebês admitidos em uma unidade de terapia intensiva.
Revista Eletrônica de Enfermagem (2013)	Impacto do diagnóstico pré-natal (DPN) citogenético e ansiedade materna sobre a interação precoce mãe-bebê	Estudo longitudinal, no qual obtiveram 3 grupos: G1 (selecionados para amniocentese, >35 anos), G2 (selecionadas para amniocentese por rastreio, <35 anos), G3 (gestantes 20-34 anos não selecionadas), totalizando 110 mulheres.	Estudar a influência do diagnóstico pré-natal citogenético sobre a ansiedade materna.

**Quadro 1b** - Síntese das informações extraídas das publicações das bases de dados LILACS, Portal PubMed, CINAHL, SCOPUS e Cochrane. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.

Periódico/Ano	Título	Tipo de Estudo/ Amostra	Objetivo
Psicologia: Teoria e Pesquisa (2008)	Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis	Estudo longitudinal, composto por 17 mães de RN internados em uma UIN.	Comparar as condições emocionais de mães de filhos com malformações congênitas visíveis em dois momentos: após o nascimento e três meses após alta hospitalar.
Psicologia: teoria e Pesquisa (2009)	Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro	Amostra composta por 60 mães, distribuídas em dois grupos de 30.	Comparar dois grupos de mães, diferenciados pela presença de sintomas emocionais clínicos de ansiedade e depressão, quanto aos relatos sobre seu bebê prematuro e verificar relações entre os relatos maternos e características das mães, história neonatal e eventos estressores ambientais.
Revista Brasileira de Psiquiatria (2004)	Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal	Estudo longitudinal, com 43 mães de neonatos pré-termo de muito baixo peso.	Identificar sintomas em nível clínico de ansiedade, disforia e depressão em mães de neonatos pré-termo, comparando dois momentos, durante e após a hospitalização do bebê em UTI.

**Quadro 1c** - Síntese das informações extraídas das publicações das bases de dados LILACS, Portal PubMed, CINAHL, SCOPUS e Cochrane. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.

Periódico/Ano	Título	Tipo de Estudo/ Amostra	Objetivo
Ultrasound Obst Gyneco (2006)	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	Ensaio clínico randomizado. Total de 124 mulheres que compareceram ao pré-natal em um hospital escola.	Testar a hipótese de que o uso do ultrassom 2D com o 3D pode reduzir a ansiedade em mulheres com risco de gerar crianças com malformação congênita.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (2009)	Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações	Estudo prospectivo transversal. Amostra composta por 44 mães, divididas em dois grupos de 22.	Comparar as condições emocionais de mães de filhos com malformações visíveis com mães de crianças eutróficas logo após o nascimento.
Journal of Pediatric Psychology (2011)	Long-term symptoms of depression and anxiety in mothers of infants with congenital heart defects	Estudo coorte. 162 mães foram entrevistadas na 30ª semana de gestação, 6 e 18 meses após o parto.	Examinar a relação entre a severidade das malformações cardíaca em crianças e os sintomas de depressão e ansiedade de suas mães.
Revista Brasileira de Psiquiatria (2013)	Psychological distress among postpartum of mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem	“ Hospital-based study” 1.659 mães participaram do estudo.	Determinar a prevalência de estresse psicológico, depressão, ansiedade e o estresse entre mães árabes no pós-parto de crianças pré-termo ou com baixo peso. Identificar as características maternas que podem prever um estresse psicológico nas mães de pré-termo.

**Quadro 1d** - Síntese das informações extraídas das publicações das bases de dados LILACS, Portal PubMed, CINAHL, SCOPUS e Cochrane. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.

Periódico/Ano	Título	Tipo de Estudo/ Amostra	Objetivo
Iran Red Crescent Med J. (2014)	Anxiety, post-traumatic stress disorder and social supports among parents of premature and full-term infants	Estudo comparativo e descritivo. Amostra total de 82 casais, 164 pais, divididos em dois grupos: pais de RN a termo e pré-termo.	Comparar a ansiedade, estresse pós-traumático e suporte social em pais de bebês pré-termo e a termo.
NIH (2014)	Depression and Anxiety Symptoms in Mothers of Newborns Hospitalized on the Neonatal Intensive Care Unit	Estudo transversal, amostra por conveniência de 200 mães de bebês internados na UTIN.	Determinar se a classificação de diagnósticos ou um modelo de fator comum pode explicar melhor o padrão dos sintomas reportados pelas mães de bebê internados em UTIN.  Avaliar os fatores de risco para esses estados emocionais baseado em um modelo conceitual de suporte.
PLOS ONE (2014)	Emotional reactions of mothers facing premature births: study of 100 mother-infant dyads 32 gestational weeks	Estudo multicêntrico e prospectivo, realizado em 3 hospitais. 100 mães e 100 pré-termo foram recrutados.	Esclarecer a relação entre a reação materna pós-traumática desencadeada pelo nascimento de um prematuro e as interações mãe-filho.
Acta Paediatrica (1998)	Anxiety and depression in mothers related to severe malformation of the heart of the child and foetus	Estudo longitudinal, composto por 108 mães de crianças com e sem cardiopatia congênita.	Avaliar os níveis de ansiedade e depressão em mulheres grávidas.

A partir dos resultados descritos, oito artigos foram publicados nos últimos cinco anos, sendo dois em 2011, dois em 2013, três em 2014 e um em 2015. Demonstrando que a temática abordada no estudo vem se apresentando em constante discussão por pesquisadores, apesar de a ansiedade ser um tema abordado por muito tempo. Para o restante dos artigos

selecionados, sete foram publicados a partir de 2004 para os seguintes anos e apenas um em 1998.

Ao que concerne sobre os periódicos dos artigos que foram selecionados, a prevalência foi de revistas da área médica, com 10 artigos selecionados. Sobre as outras áreas, encontraram-se três artigos de revistas da área da Psicologia e dois da Enfermagem. Com a revisão realizada, foi possível perceber que a ansiedade materna de mães de bebês internados em UIN e com o diagnóstico de MC ainda é pouco explorada, além disso, evidenciou-se que pouco é mencionado sobre as intervenções a serem realizadas para com essas mães, visto que pode-se afirmar, conforme alguns estudos mencionados, que a ansiedade pode prejudicar o desenvolvimento neurocognitivo do RN. Ademais, percebeu-se, também, que a temática é pouco abordada por enfermeiros, o que torna o estudo relevante.

Sobre o idioma, apenas cinco artigos foram publicados em português e os demais em inglês. O método quantitativo prevaleceu dentre os artigos selecionados. Quanto ao tipo de estudo, todos os artigos selecionados utilizaram o método quantitativo.

Quadro 2a: Principais desfechos das publicações, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.

Periódico/Ano	Principais desfechos
Journal of Reproductive and Infant Psychology (2011)	* 94,6% dos pais afirmaram sentir ansiedade após o diagnóstico de MC; * 58,7% das mães apresentaram alto nível de ansiedade, sendo essa porcentagem maior que nos pais, que foi de 46,3%.
The journal of obstetrics and gynaecology research (2015)	* Foram realizadas cinco visitas de follow-up com as mães após o diagnóstico de MC, e para cada visita o IDATE era aplicado. O valor dos escores a cada consulta foi diminuindo, variando de 52.40 +-9.08 para 45.36+-7.21. Sendo os maiores escores de mães de crianças com grandes anomalias, como ventriculomegalia.
Journal of Clinical Nursing (2009)	*Demonstraram que a média de escores para as mães de crianças internadas na UTIN foi, para o instrumento estado, 56,54 para o traço, 48,49. Assim, os achados revelaram que as mães apresentaram ansiedade moderada relacionada ao evento traumático.
Revista Eletrônica de Enfermagem (2013)	* A realização do exame citogenético conduz a um aumento da ansiedade-estado maior entre aquelas mulheres propostas para teste após rastreio positivo, com a média de 74,63 pontos antes do procedimento e 46,92 após o procedimento. Adicionalmente, a ansiedade apresentou influência em alguns sentimentos relacionados à maternidade, como irritabilidade e medo.
Psicologia: Teoria e Pesquisa (2008)	*Mostraram que o estado de ansiedade apresentou-se maior ao nascimento, com a mediana de 57 para ansiedade-estado (IDATE) e 12 para BDI.
Psicologia: teoria e Pesquisa (2009)	* Para as mães com indicadores clínicos de ansiedade e depressão, a média dos escores de ansiedade-estado foi de 58,80, e para as mães sem indicadores clínicos foi de 41,33.
Revista Brasileira de Psiquiatria (2004)	* Em relação às mães de bebês internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 35% da amostra apresentaram sintomas clínicos de ansiedade, segundo os escores da aplicação do IDATE.
Ultrasound Obst Gyneco (2006)	* Mostrou-se uma redução de dois pontos do estado-ansiedade entre o grupo intervenção (gestantes que realizaram o ultrassom 2D e 3D/4D) e o grupo controle (gestantes que realizaram apenas o ultrassom 2D). Resultados também demonstraram não haver relação significativa entre a idade gestacional na qual o ultrassom é realizado.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (2009)	*Houve diferenças significativas para os escores da IDATE entre os dois grupos, Grupo M (mães de crianças com malformações visíveis) e o grupo E (mães de crianças eutróficas). Havendo, também, porcentagem significativamente maior de mães do Grupo M com escores que indicaram sinais clínicos para depressão e ansiedade.

Quadro 2b: Principais desfechos das publicações, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.

Periódico/Ano	Principais Desfechos
Journal of Pediatric Psychology (2011)	* Mães de crianças com cardiopatia congênita demonstraram elevados níveis de sintomas de ansiedade e depressão através do uso da <i>Hopkins Symptom Checklist-25</i> .
Revista Brasileira de Psiquiatria (2013)	* A utilização da <i>Depression Anxiety Stress Scale</i> com 1.659 mães no período pós-parto demonstrou que 10,2% da amostra eram de mães de RN prematuros e de baixo peso, e que o nível de ansiedade e depressão foi maior para mães de bebês pré-termo e de baixo peso, com $p < 0,001$ . Além disso, essas mães apresentaram maior risco para desenvolver depressão.
Iran Red Crescent Med J. (2014)	* Não houve diferença entre os níveis de ansiedade para os dois grupos: mães com RN pré-termo e mães de RN a termo, porém o traço-ansiedade daquelas que gestaram bebês pré-termo foi maior do que em a termos.
NIH (2014)	* Ao se examinar separadamente ansiedade e depressão, os resultados não foram positivos, porém quando analisadas juntas, pôde-se perceber resultados significativos. Foram reportados sintomas de depressão por 25.5% das mães e 10.3% reportaram ansiedade severa. Para ansiedade moderada, foram identificadas 53%, das quais 51% reportaram sintomas clínicos significantes de depressão.
PLOS ONE (2014)	* Dentre as 100 mães de bebês prematuros, 75% apresentaram alto risco para o desenvolvimento de ansiedade e 39% com alto risco para desenvolver depressão.
Acta Paediatrica (1998)	* A ansiedade foi maior em mães jovens que tiveram bebês alguma malformação cardíaca.

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.

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).

Estudo realizado por Fonseca, Nazaré e Canavarro (2011) demonstrou que a os pais experienciam emoções negativas, com maior intensidade após o fechamento do diagnóstico de malformação congênita no RN. Da amostra total, 94,6% (88) apresentaram ansiedade. Além da ansiedade, outras emoções foram apresentadas, como choque, tristeza, ansiedade, raiva, culpa, frustração e desespero, sendo essas congruentes com reações agudas de luto. Esse resultado era o esperado, uma vez que essas emoções representam a resposta dos pais frente à perda de uma representação de uma criança saudável.

O estudo de Titapant e Chuenwattana (2015) aplicou a IDATE em mulheres grávidas que receberam o diagnóstico de malformação congênita letal e não letal. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significantes para os escores do estado-ansiedade entre cada consulta de follow-up, exceto para a segunda e a terceira. A média do escore de ansiedade para o grupo de anomalias importantes foi bem maior que para o grupo de anomalias menores para cada follow-up. No entanto, a diferença não foi estatisticamente significativa. Em adição, uma correlação negativa foi observada entre os escores do estado-ansiedade para cada consulta e os dias entre o tempo de diagnóstico e o as consultas de follow-up ( $r = -0,339$ ,  $P < 0,01$ ).

Para os autores, carregar um feto malformado ocasiona diversos tipos de emoções, principalmente quando se aproxima do parto. No início da gestação, o estresse experienciado por essas mulheres foi fortemente relatado com a perda da criança ideal, com sentimentos como luto, tristeza e desapontamento. Enquanto que o estresse vivido durante a última consulta de follow-up foi prevalente a incerteza de um futuro. No entanto, o suporte psicológico efetivo deve ser relevante em frente aos diferentes tipos de reação emocional que surgem nos diferentes estágios da gravidez (TITAPANT; CHUENWATTANA, 2015)

Erdem (2009) realizou pesquisa para determinar os fatores que afetam o nível de ansiedade em mães com bebês internados em UTIN. Assim, como resultado, a média do estado-ansiedade de todas as mães envolvidas nesse estudo foi de 56,54, com desvio padrão de 4,40, a média do traço-ansiedade foi de 48,49 e desvio padrão de 7,57. Esse achado revela que mães com filhos internados na UTIN experienciam moderado nível de ansiedade relacionado a um evento traumático. O estudo revelou também a relação entre a média dos escores do estado e traço-ansiedade e variáveis como idade materna, nível educacional das mães, número de gestações, tipo de parto, idade gestacional e peso do RN não foi

estatisticamente significativa ( $p > 0,005$ ). Como resultado da avaliação dos níveis de ansiedade em relação à renda mensal dos participantes, a média dos escores do estado-ansiedade de mães com baixa-renda foi de  $56 \pm 5$ , com desvio padrão  $4 \pm 46$ , enquanto que para mães com alta renda-mensal a média foi de  $56 \pm 4$  e desvio padrão  $4 \pm 36$ . No entanto, a diferença entre essas duas médias não se apresentou estatisticamente significativa. Por outro lado, a diferença entre a média de escores do traço-ansiedade de mães com alta renda mensal e mães com baixa renda mensal mostrou-se estatisticamente significativa com  $p < 0,005$ .

Quando os níveis de ansiedade das mães foram analisados em termos de duração da hospitalização dos filhos, a diferença ( $f = 3 \pm 801$ ,  $p = 0 \pm 025$ ) entre os níveis dos escores do estado-ansiedade de mães cujos bebês permaneceram no hospital menos que cinco dias foi de  $55 \pm 9$  e  $4 \pm 14$  e de mães cujos filhos ficaram internados entre 6-15 dias foi de  $57 \pm 7$  e  $4 \pm 6$ . E a média daquelas mães nas quais os filhos permaneceram na UTIN por mais de 16 dias foi estatisticamente significativa com  $p < 0,005$ , enquanto que a diferença entre os escores do traço-ansiedade não se apresentou estatisticamente significativa. Em relação a esse achado, pode-se afirmar que quanto maior a duração da criança no hospital maior é o nível de ansiedade materna (ERDEM, 2009).

Nunes (2013) avaliou a ansiedade em relação ao impacto diagnóstico pré-natal citogenético sobre a ansiedade materna e a adaptação à gravidez/maternidade, e foram verificadas diferenças estatisticamente significativas quanto à ansiedade-estado entre os três grupos em estudo, com  $p = 0,002$ . O Grupo 1 era composto por mulheres com 35 anos ou mais que foram selecionadas para a amniocentese pela faixa etária, o Grupo 2 continha mulheres selecionadas para amniocentese de rastreio, com idade inferior a 35 anos, e o Grupo 3 era de mulheres que não foram selecionadas para realizar o exame. As gestantes do Grupo 2 apresentaram os maiores níveis de ansiedade-estado antes da realização do exame. Para a ansiedade-traço, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de grávidas, antes da realização do diagnóstico pré-natal citogenético. Ressalta-se que para o segundo e terceiro momento de avaliação, após os resultados dos testes, e no período pós-parto, os resultados apontaram diminuição nos níveis de ansiedade.

Os resultados demonstraram que a ansiedade-estado evidenciada pelas mães antes da realização dos procedimentos foi mediadora da relação entre os sentimentos face à gravidez, apresentando-se das seguintes formas: medos em relação ao bebê ( $p = 0,045$ ) e irritabilidade ( $p = 0,040$ ). Em relação à ansiedade-estado, no segundo momento da avaliação, constatou-se associação estatisticamente significativa entre a irritabilidade e a sensibilidade ( $p$

= 0,033). A ansiedade-estado no segundo momento também se mostrou mediadora da relação entre o sentimento maternal com  $p = 0,012$ . Relativamente à ansiedade-traço evidenciada pelas mães em T3 (2º dia do pós-parto), verificou-se que assume papel mediador significativo na relação entre a irritabilidade (PRQ) em T1 ( $p=0,049$ ) e a sensibilidade e na relação entre a dependência ( $p=0,028$ ) e a irritabilidade ( $p=0,043$ ), ambas em T1, e o envolvimento (NUNES, 2013).

Em relação aos resultados do estudo de Nunes (2013), pode-se supor que os procedimentos realizados para o diagnóstico pré-natal citogenético favoreceram ao estado ansioso das gestantes, principalmente quando associados à dúvida em relação à saúde do bebê e sua normalidade, sendo que essa característica apresentou-se mais evidenciada em mulheres, nas quais a amniocentese foi positiva. Assim, o estudo também demonstrou que existe relação entre os níveis de ansiedade materna e os sentimentos face à realização dos procedimentos, como medos em relação ao bebê, irritabilidade e sensibilidade.

No estudo de Perosa, Silveira e Canavez (2008), foram comparadas as medianas dos escores de ansiedade (estado e traço) com disforia/depressão em mães durante a hospitalização e após a alta, demonstrando diminuição dos níveis de ansiedade entre a primeira e a segunda avaliação, sendo essa redução estatisticamente significativa quanto à ansiedade-estado e disforia/depressão. Os níveis de ansiedade de mães com bebês com MC visíveis, logo após o nascimento, foram maiores e mais da metade das participantes (52,94%) obtiveram sinais de ansiedade em nível clínico. Esses níveis de ansiedade podem ter sido influenciados por traços de personalidade, pois 23,5% das mães pontuaram para ansiedade/traço, no entanto, também podem estar associados às condições de vida do RN e ao encaminhamento para a UTI, logo após o nascimento.

Esse estudo pode mostrar que com o nascimento de uma criança com MC visível, os níveis de ansiedade e depressão foram elevados, chegando a níveis clínicos em algumas mães. Com isso, pode-se reforçar a ideia da importância do suporte psicológico para as mães quando os filhos são internados (PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008).

Na pesquisa de Pinto, Padovani e Linhares (2009), o IDATE (estado) foi utilizado para identificar as mães com indicadores clínicos de ansiedade e as sem indicadores clínicos, sendo esses dois grupos os alvos da pesquisa. Percebeu-se que 88% da amostra total não possuíam antecedentes psiquiátricos, demonstrando que os indicadores emocionais de ansiedade estavam mais relacionados com o nascimento do RN prematuro do que com a saúde mental materna. Adicionalmente, as mães de bebês nascidos prematuros e internados

em UIN verbalizaram mais conotações positivas do que negativas apesar dos sintomas clínicos de ansiedade e depressão. Isso revela uma face otimista dessas mães, o que pode atuar como facilitador para o enfrentamento das adversidades decorrentes da prematuridade e do distanciamento do bebê devido à internação hospitalar.

Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte, Martinez (2004) realizaram estudo sobre os sintomas de ansiedade e depressão em mães de RN internados em UTIN. Essas mães foram avaliadas no momento da internação e após a hospitalização. No momento da internação do RN, com a aplicação do IDATE e IDB, 44% das mães apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade, disforia ou depressão, sugestivos de problemas emocionais que necessitam de cuidados. E 23% apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos em apenas uma das escalas e 21% em mais de uma escala.

Para Leung *et al.* (2006), apesar da randomização e das similaridades das características entre os grupos controle (mulheres que realizaram apenas o ultrassom 2D) e de intervenção (mulheres que realizaram o ultrassom 2D seguido do 3D/4D), foi observada diferença estatisticamente significativa entre os níveis de ansiedade (traço e estado) para a primeira visita nos dois grupos. Havendo redução pequena do escore de ansiedade-estado (cerca de dois pontos) da primeira visita até após o ultrassom, tanto no grupo controle quanto no de intervenção. Porém, a diferença dessa redução entre os dois grupos não foi significativa. Inesperadamente, um crescimento sutil do escore estado-ansiedade entre a primeira visita para a visita de 28 semanas de gestação foi observada apenas no grupo de intervenção. Os testes de ANOVA não demonstraram relações estatisticamente significantes entre os efeitos de interação entre os grupos e os escores de estado-ansiedade.

Os resultados do estudo de Solberg *et al.* (2010) não revelaram associação entre a severidade de crianças com cardiopatia congênita e os sintomas de depressão e ansiedade. Porém, quando os sintomas de ansiedade e depressão são observados separadamente, os escores de ansiedade foram menores que os de depressão. Esse achado pode sugerir que a ansiedade materna foi relacionada com o choque inicial do diagnóstico, seguido da hospitalização e dos tratamentos, tendo decaído após seis meses, enquanto que os sintomas de depressão persistiram.

O risco de depressão em mães de prematuros de baixo peso foi duas vezes maior que em mães de crianças a termo (OR = 2.0; 95%IC e  $p = 0,001$ ). Em relação à ansiedade, para o primeiro grupo, foi 2,7 vezes maior quando comparados ao segundo grupo (BENNER, 2013).

Desordens psiquiátricas do período pós-parto são um mix complexo de mudanças físicas, emocionais e comportamentais que ocorrem após o parto. Mães de pré-termo apresentam grande risco para o estresse psicológico. No estudo de Bener (2013), as taxas de prevalência de depressão, ansiedade e estresse para as mães de RN pré-termo no período pós-parto foram comparados aos das mães de RN a termo, sendo a depressão e ansiedade aumentadas significativamente para o primeiro grupo. Os resultados demonstraram que o estresse psicológico de mães de RN pré-termo no período pós-parto foi maior no período pós-parto em mães de RN pré-termo e que não completaram o ensino médio (42.0 vs. 21,7%;  $p = 0,007$ ) e com baixa renda mensal, QR 10,000 (72 vs. 53.3%;  $p = 0,024$ ). Assim, também, como a primiparidade, histórico de abortos, nascimento de pré-termo e partos complicados que foram estatisticamente significantes quando associados ao estresse psicológico em mães de pré-termo no período pós-parto.

Os resultados do estudo de Ghorbani, Dolatian, Shams e Alavid-Majd (2014) mostraram que em termos da ansiedade-estado, não houve diferença estatisticamente significativa entre as mães e pais de RN pré-termo e a termo. No entanto, para ansiedade-traço, os resultados apresentaram-se estatisticamente significantes quando comparados os dois grupos ( $P > 0.001$ ). Pais de crianças prematuras sofriam por uma ansiedade-traço maior do que pais de bebês a termo. Além disso, as taxas de estresse pós-traumático em mães com bebês prematuros foram significativamente maiores em mães de RN prematuros do que nas de RN a termo.

Os resultados também revelaram que não houve diferença estatisticamente significativa para ansiedade-estado entre os grupos a termo e pré-termo ( $p = 0,817$ ). No entanto, a média do nível de ansiedade-estado em mães foi de 6.41 pontos menos que nos pais, e essa diferença foi estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Para ansiedade-traço, os resultados demonstraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de pré-termo e a termo ( $P = 0,796$ ). A diferença entre pais e mães em relação à ansiedade-traço também não foi significativa (GHORBANI *et al.*, 2014).

Na pesquisa realizada por Segre, McCabe, Chuffo-Siewert e O'Hara (2014), foi achado que 25,5% das mães com bebês internados em UTIN ( $n=50$ ) reportaram sintomas de depressão. Sintomas de ansiedade, mensurados através da IAB, foi mínimo em 42,1% dos participantes, moderado em 30,3% e severo em 10,3%. A comorbidade de sintomas de ansiedade e depressão foi clinicamente significativa. Das 53 mulheres que reportaram de moderado a severo sintoma de ansiedade, 51% também afirmaram sintomas de depressão.

Ressalta-se, também, que das 49 mulheres que afirmaram sintomas de depressão, 55% delas reportaram níveis de moderado a severo de sintomas de ansiedade. Em suma, 14% (N=27) da amostra apresentaram sintomas de depressão e de ansiedade, de moderado a severo.

A escala utilizada no trabalho de Eutrope *et al.* (2014) revelou que 75% das mães de RN prematuros estavam no risco de sofrer de uma desordem de ansiedade na primeira visita e metade (50%) apresentou o mesmo risco na segunda visita. As reações psicológicas de mães na primeira e segunda visita como elevado risco para depressão e/ou ansiedade ou depressão pós-natal na visita dois apresentou forte correlação com a alta probabilidade de um trauma inicial ( $p=0,0001$ ). A grande maioria das mães (75%) apresentou sintomas de ansiedade no período pós-natal seguidos de parto prematuro.

Rona, Smeeton, Beech, Sharland (1998) realizaram estudo com três grupos, sendo o grupo A de mulheres grávidas com o diagnóstico de cardiopatia congênita fetal confirmado; grupo B de gestantes nas quais nenhuma anomalia foi detectada; e grupo C de mães de crianças com cardiopatia congênita. Os níveis de ansiedade foram maiores nos grupos A e C. Para o grupo de mães nas quais a criança continha cardiopatia congênita, houve uma alta porcentagem de mães com níveis clínicos de ansiedade e depressão comparadas com os outros grupos. O teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis demonstrou alta relação para ansiedade e depressão. Essa análise mostrou que o nível de ansiedade foi maior em pacientes que foram comunicados sobre a malformação fetal durante a gravidez do que naqueles que tiveram uma criança com cardiopatia congênita.

Os níveis de ansiedade demonstraram ser de longa duração, pois foram detectados entre seis e 10 meses após o diagnóstico. Era esperado que mães de crianças com severa doença experienciassem ansiedade de longo prazo, visto estarem passando por um evento traumático. No entanto, não foi esperado que as mães do grupo A apresentassem nível tão alto de ansiedade por tanto tempo após evento aparentemente resolvido. A outra possível explicação para a alta frequência de ansiedade em mães no grupo A foi o medo de uma segunda gravidez anormal. Uma das mães explicitamente comentou no questionário sobre suas preocupações em relação à próxima gestação (RONA *et al.*, 1998).

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo comparativo, descritivo e quantitativo. O método comparativo é uma investigação quantitativa, que tem por objetivo descobrir possíveis causas e efeitos de um padrão de comportamento ou características pessoais quando se compara indivíduos. Os estudos descritivos coletam descrições detalhadas de variáveis existentes e utilizam os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou proceder a planos para melhorar as práticas de atenção à saúde (POLIT; BECK, 2011).

Aplica-se este tipo de pesquisa quando se deseja obter informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações, ou a frequência de ocorrência de um fenômeno, principalmente quando pouco se conhece sobre ele (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK, 2011). O método quantitativo é utilizado universalmente para demonstrar através de símbolos numéricos as diferenças, proporcionalidades, relações entre as variáveis para modelar um determinado fenômeno (JUNG, 2004).

### **4.2 Local do estudo**

A pesquisa foi realizada em duas maternidades públicas de referência da cidade de Fortaleza/CE que contêm Unidade de Internação Neonatal e Alojamento Conjunto.

O público atendido nas Unidades Neonatais varia de recém-nascidos pré-termo, a termo e pós-termo, com os mais diversos diagnósticos, incluindo malformação congênita ou não, por esse motivo necessitam de cuidados intensivos em neonatologia. As mães também possuíam características físicas, sociais e mentais variadas. De forma a preservar o nome das instituições, os referidos hospitais estão denominados de Hospitais A e B.

A Instituição A, instituição do Governo do Estado do Ceará, dispõe de duas Unidades de Internações Neonatais, totalizando 21 leitos de alto risco e 32 leitos de médio risco cadastrados pelo Sistema Único de Saúde (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 dois fonoaudiólogos. 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 atendimento durante 24 horas/dia.

A Instituição B, de nível Federal, localizada em Fortaleza-CE, consta de uma UIN, distribuída em quatro subunidades, duas de alto risco e duas de médio risco, com capacidade total para 48 leitos, divididos em 23 e 25, respectivamente. A equipe de enfermagem que atua no plantão de 24 horas estava constituída de oito enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem. Faziam 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. Existiam três técnicos de laboratórios exclusivos para o atendimento da unidade. Vinculados ao setor estavam a Farmácia, o Banco de Sangue, o Serviço Social e o Centro Cirúrgico.

#### **4.3 População/Amostra**

A população foi constituída por puérperas, cujos filhos apresentaram ou não malformações congênitas diagnosticadas no pré-natal ou pós-natal e que estivessem internados na UN, independente da forma como ocorreu a concepção.

Conforme o levantamento de dados realizado pelo Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança (NUPESNEC), da Universidade Federal do Ceará, em duas instituições públicas do Estado do Ceará onde se desenvolveu este estudo, foi contabilizado o total de 21 e 23 recém-nascidos malformados, no período de julho a dezembro de 2014.

Conforme pesquisa realizada por Perosa *et al.* (2009), objetivando comparar as condições emocionais de mães cujos filhos nasceram com malformações visíveis (Grupo M) com as das mães de crianças eutróficas (Grupo E), logo após o nascimento, realizou-se a coleta de dados do grupo de estudo (Grupo M), no hospital até sete dias após o nascimento, pois tratava-se do período que o RN encontrava-se internado na UTIN ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

Os critérios de inclusão para o G1 foram: mãe de RN com qualquer tipo de malformação congênita de baixa, média ou alta complexidade; independente da idade gestacional; independente da concepção ter sido de forma natural ou realizada por TRA;



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 sete dias de vida, pois assim pode-se mensurar a ansiedade sem que haja alteração do nível da mesma, estando estes internados na UIN; ter condições físicas e psicológicas para responder aos questionários de pesquisa; acompanhar o RN durante o período de internamento na UIN; o RN não evoluir ao óbito antes da aplicação da escala. Para o G2, consideraram-se os mesmos critérios, excluindo mães de crianças com MC e acrescentando-se mães de crianças sem o diagnóstico de MC internadas na UIN com idade gestacional maior que 32 semanas, uma vez que a prematuridade extrema é fator que desencadeia a ansiedade (SHAW *et al.*, 2006).

Sendo os critérios de exclusão: mãe com antecedentes psiquiátricos, que apresentarem sinais de delírios e/ou alucinações; portadora da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA); deficientes auditivos; ter sido o feto natimorto ou ido ao óbito ao nascimento; fazer uso de medicações psicotrópicas; mães que apresentem impossibilidade de contato devido ter recebido alta hospitalar anteriormente ao fechamento do diagnóstico suspeito de MC ao nascimento, salvo em casos em que estas retornem para a visita hospitalar ao filho RN que se encontra internado na UIN, nos primeiros sete dias de vida. (PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008).

Portanto, compuseram a amostra todas as mães que preencheram os critérios de elegibilidade da pesquisa, durante o período de novembro de 2015 a março de 2016, sendo a população dividida em dois grupos. O Grupo 1 (G1) incluiu 28 mães de crianças nascidas com malformação congênita internadas nas UIN, o Grupo 2 (G2) composto por 90 mães de crianças sem o diagnóstico de MC e internadas nas UIN.

#### **4.4 Instrumentos para coleta de dados**

A coleta exigiu monitoramento do nascimento de neonatos com malformações congênitas e seu posterior internamento na UIN. Foram realizados contatos telefônicos diários com as enfermeiras das unidades pesquisadas, bem como visitas periódicas às instituições para a localização desses recém-nascidos e suas mães, pois as equipes de trabalho do referido setor foram avisadas, 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 autoaplicável, no entanto foi lido previamente e dada à opção para o autopreenchimento pela mãe ou pesquisadora. Em caso de incompreensão das mães em relação a algum item da escala ou dificuldades específicas, estas poderiam ser esclarecidas de maneira a prosseguir com a coleta, não interferindo na seleção das respostas.

Tais instrumentos poderiam ter sido aplicados também no leito da mãe, em caso de internamento, ou em locais privativos previamente reservados para essa atividade na própria UIN.

Os instrumentos utilizados foram:

1. Formulário previamente elaborado para a pesquisa: contendo variáveis sociodemográficas, psicossociais, maternas e neonatais, colhidos 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 contêm as informações referentes ao cliente e à sua patologia (APÊNDICE A).

2. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (ANEXOS A e B). Foi desenvolvido por Spielberg, Gorsuch e Lushene (1970) e traduzido e adaptado por Biaggio, Natalício e Spielberger (1977) para a população brasileira. É um questionário de autoavaliação, amplamente utilizado na monitorização dos estados ansiosos, medindo dois conceitos de ansiedade, o estado ansioso (IDATE – Estado) e o traço ansioso (IDATE – Traço).

A escala subdivide-se em duas e cada uma contém 20 afirmações, nas quais os respondentes indicam a intensidade de ansiedade naquele momento (IDATE – Estado) e a frequência com que ocorre (IDATE – Traço), por meio de uma escala com itens que pontuam de 1 a 4 pontos. O escore total varia de 20 a 80, cujos valores mais elevados apontam índices maiores de ansiedade (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

É 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 Ansiedade-Traço são: quase nunca: 1; às vezes: 2; frequentemente: 3; quase sempre: 4.

O termo Ansiedade-Traço, segundo os autores da escala, diz respeito 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 predisõem as futuras percepções do seu meio. O desenvolvimento do traço de ansiedade e sua manutenção estão diretamente

relacionados às experiências passadas do indivíduo, a percepção das mesmas e aos condicionamentos resultantes dessas (SPIELBERG; GORSUCH; LUSHENE, 1979).

O conceito de Ansiedade – Estado pode ser definido como um estado emocional transitório, 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, podendo variar de intensidade e flutuar no tempo (SPIELBERG; GORSUCH; LUSHENE, 1979).

As possíveis respostas da escala Ansiedade-Estado são: não absolutamente: 1; um pouco: 2; bastante: 3; muitíssimo: 4.

Para interpretação dos resultados e quantificação dos escores totais, Kaipper (2008) descreveu a pontuação atribuída à resposta dada para cada uma das perguntas dos instrumentos da seguinte forma: escores para as perguntas de caráter positivo são invertidos, exemplificando, se o entrevistado marcar a opção 4, o valor a ser codificado será 1; se responder 3, será 2; quando a resposta for 2, atribui-se 3 e ao responder 4, atribui-se 1. Desta forma, o autor descreve na escala IDATE – Traço, as perguntas positivas sendo: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19; e as negativas: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20. Enquanto que 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.

Os escores da IDATE foram divididos em percentis para representar melhor os níveis de ansiedade:

Percentil < 25 (ansiedade baixa): IDATE – Traço (escores de 21 a 33) e IDATE – Estado (escores 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) (FRIAS; COSTA; SAMPAIO, 2010).

#### 4.4.1. Descrição das variáveis

##### - Variáveis maternas

Para as variáveis estado civil, escolaridade, raça/cor e renda familiar, foi utilizado o conceito do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao\\_devida/indicadores\\_minimos/conceitos.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_devida/indicadores_minimos/conceitos.shtm)>. Acesso em 29 mar. 2014).

**Idade:** termo relacionado à duração de anos de um indivíduo. A idade foi investigada mediante consulta ao prontuário.

**Procedência:** relacionado ao local onde a entrevistada morava.

**Profissão:** refere-se à atividade desempenhada por um indivíduo dentro de uma sociedade.

**Estado Civil:** estado civil ou estado conjugal é a situação de um indivíduo em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal, podendo ser: solteiro, casado, viúvo, divorciado, separado ou união consensual.

**Escolaridade:** é o tempo de frequência na escola, em anos, que influencia no desenvolvimento da capacidade intelectual, moral e física do indivíduo.

**Raça/cor:** raça ou cor seria a característica declarada da pessoa de acordo com as opções: branca, preta, parda, amarela ou indígena.

**Renda familiar:** é a soma dos rendimentos mensais dos componentes da família, exclusive os das pessoas cuja condição na família fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico.

**Número de moradores na residência:** refere-se a quantas pessoas residem na mesma casa que a entrevistada.

**Grau de parentesco com o pai:** refere-se se a mãe apresenta algum laço consanguíneo com o pai da criança.

**Número de filhos incluindo o atual:** variável contínua referente ao número de filhos vivos até a data da coleta dos dados. Extraídos dos documentos dos prontuários.

**Número de filhos com malformações congênitas:** variável referente ao número de filhos com MC acrescentados ao RN participante do estudo.

**Técnica de reprodução assistida ou reprodução humanamente assistida:** é definida como a intervenção do homem no processo da reprodução humana, objetivando auxiliar as pessoas com problemas de infertilidade e/ou esterilidade a tornarem-se pais (FREITAS; SIQUEIRA; SEGRE, 2008). A TRA envolve diversas técnicas, como: relação programada, inseminação

artificial intra-uterina (IUI) e fertilização extra-corpórea, podendo ser classificada como FIV clássica ou a FIV, realizada por meio de injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI).

*-Variáveis psicossociais*

**Gestação planejada:** relacionado se a gravidez foi previamente planejada ou não.

**Gestação desejada:** se a gestação, planejada ou não, foi desejada pelo casal ou mãe.

**Gestação aceita:** se o casal, ou mulher, aceitou de forma positiva ou negativa a gestação.

**Apoio da família e/ou companheiro:** refere-se se a mulher durante a gestação apresentou apoio psicológico da família e/ou companheiro

**Apoio de alguma instituição ou profissional de saúde:** se a mulher recebeu ou não apoio de uma instituição ou profissional de saúde durante a gestação.

**Abortou:** se realizou alguma técnica ou procedimento cuja finalidade era abortiva.

**Tomou alguma substância abortiva:** relaciona-se ao uso de medicação com a finalidade de abortar.

**Uso de drogas lícitas e/ou ilícitas durante a gestação:** se fez uso ou não de drogas lícitas ou ilícitas durante a gestação.

*- Variáveis perinatais*

**Número de gestações:** variável contínua a respeito do histórico gestacional, definida pela ordem de gravidez ou gestação. Inclui todas as gestações, inclusive a atual, independentemente do seu produto final: nativivo, natimorto, aborto espontâneo, aborto induzido, simples ou múltiplo.

**Tipo de parto:** podendo ser dos tipos: cesáreo e vaginal. No primeiro, a mulher é submetida a um procedimento cirúrgico, no qual há uma incisão na parte inferior do abdômen com a retirada da criança. O segundo tipo é o chamado “parto natural”, na qual a criança nasce via canal vaginal.

**Número de consultas pré-natal:** corresponde ao número de vezes em que a mulher se submeteu ao tratamento, seja ele medicamentoso ou intervenções técnicas.

**Intercorrências durante a gestação ou parto:** agravos da saúde, como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP, diabetes, infecção do sítio cirúrgico, hemorragias, dentre outras.

- *Variáveis neonatais*

**Data do nascimento:** referente ao dia em que a criança nasceu.

**Sexo:** além do sexo masculino e feminino, deve ser identificado o intersexo, que para o estudo denominamos “indeterminado”, para os casos de malformação congênita dos órgãos genitais.

**Raça/cor:** variável referente à cor do RN inferida pelo profissional de saúde ao atendimento na Sala de Parto e descrita em qualquer documento do prontuário, da Sala de Parto ou da UIN. Para o estudo, foram definidas como branco, pardo, negras e índio, uma vez que o Brasil é multirracial.

**Idade gestacional ao nascimento:** variável em que foi considerada a idade mensurada a partir do método de Capurro Somático.

**Peso ao nascer:** variável contínua medida em gramas ao nascimento.

**Apgar 1º e 5º min:** método simples e eficiente de medir a saúde do recém-nascido e de determinar se ele precisa ou não de alguma assistência médica imediata. São avaliadas no primeiro e quinto minuto de vida do bebê as seguintes variáveis: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Variável registrada em documentos do prontuário. O termo “Sem registro” foi atribuído quando o espaço para essa descrição estava em branco.

**Estatura ao nascer:** referente à medida da altura do recém-nascido.

**Tipo de malformação congênita:** para a categorização de todas as malformações congênitas evidenciadas pelos recém-nascidos, designou-se a classificação descrita pelo CID – 10ª revisão, conforme o Capítulo XVII, intitulado Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (OMS, 2008). As categorias de MC englobam diversos diagnósticos, sendo esses incluídos de acordo com a categoria pertencente. São divididas em: Malformações congênitas do Sistema Nervoso Central; Malformações congênitas do olho, ouvido, face e pescoço; Malformações congênitas do Aparelho Circulatório; Malformações congênitas do Aparelho Respiratório; Fenda labial e/ou palatina; Outras Malformações congênitas do Aparelho Digestivo; Malformações congênitas dos órgãos genitais; Malformações congênitas do Aparelho Urinário; Malformações congênitas do Aparelho Osteomuscular; Outras Malformações congênitas; Anomalias Cromossômicas.

#### 4.5 Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados em planilhas no programa *Excel*, versão 2010, cujos escores da Escala de Ansiedade Traço-estado foram registrados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Posteriormente, foram apresentados em gráficos, figuras e tabelas.

A análise dos dados ocorreu por meio da estatística descritiva e inferencial. Foram ordenados e avaliados conforme tipo de variável, quantitativa (peso, número de gestações, número de abortos, número de partos, idade materna) ou qualitativa – (categóricas) (sexo, tipo de técnica de reprodução assistida, tipo de malformação), dentre outras.

Foi utilizada a análise bivariada para se avaliar a associação da malformação congênita com as variáveis da história neonatal (peso, sexo, idade gestacional), assim como as variáveis maternas (número de consultas, renda, escolaridade, uso de drogas na gestação, número de aborto, número de vezes em que realizou tratamento de reprodução assistida, número de filhos com malformações, idade). O teste de normalidade foi realizado para as variáveis quantitativas. Assim, após a verificação da normalidade dos dados, o teste de correlação de Pearson foi aplicado para as seguintes variáveis: escolaridade, renda familiar, idade gestacional, peso ao nascer, apgar no primeiro e quinto minuto, dias de internação, idade cronológica, escore total da IDATE, número de moradores, de filhos, de filhos com MC, de gestações, de partos, de abortos, de consultas de pré-natal e de natimortos. Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para variáveis quantitativas. No caso de variáveis numéricas com formação de duas ou mais categorias, foi aplicada a análise de variância, a ANOVA e o teste de Kruskal-Wallis. Para todos os testes, foi utilizado o nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ) para as variáveis: idade materna, origem, estado civil, profissão, escolaridade, raça/cor, renda familiar, número de moradores, número de filhos, gestação planejada, gestação aceita, número de gestações, parto e aborto, tipo de parto, número de consultas pré-natal, intercorrência na gestação, complicações no puerpério e o escore total da IDATE. Com o decorrer do estudo, ainda se pôde analisar, quando pertinentes, medidas de dispersão e tendência como média, desvio padrão, valor máximo e mínimo.

#### **4.6 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, no qual obteve parecer positivo, com CAE número 49720615.3.0000.5054.

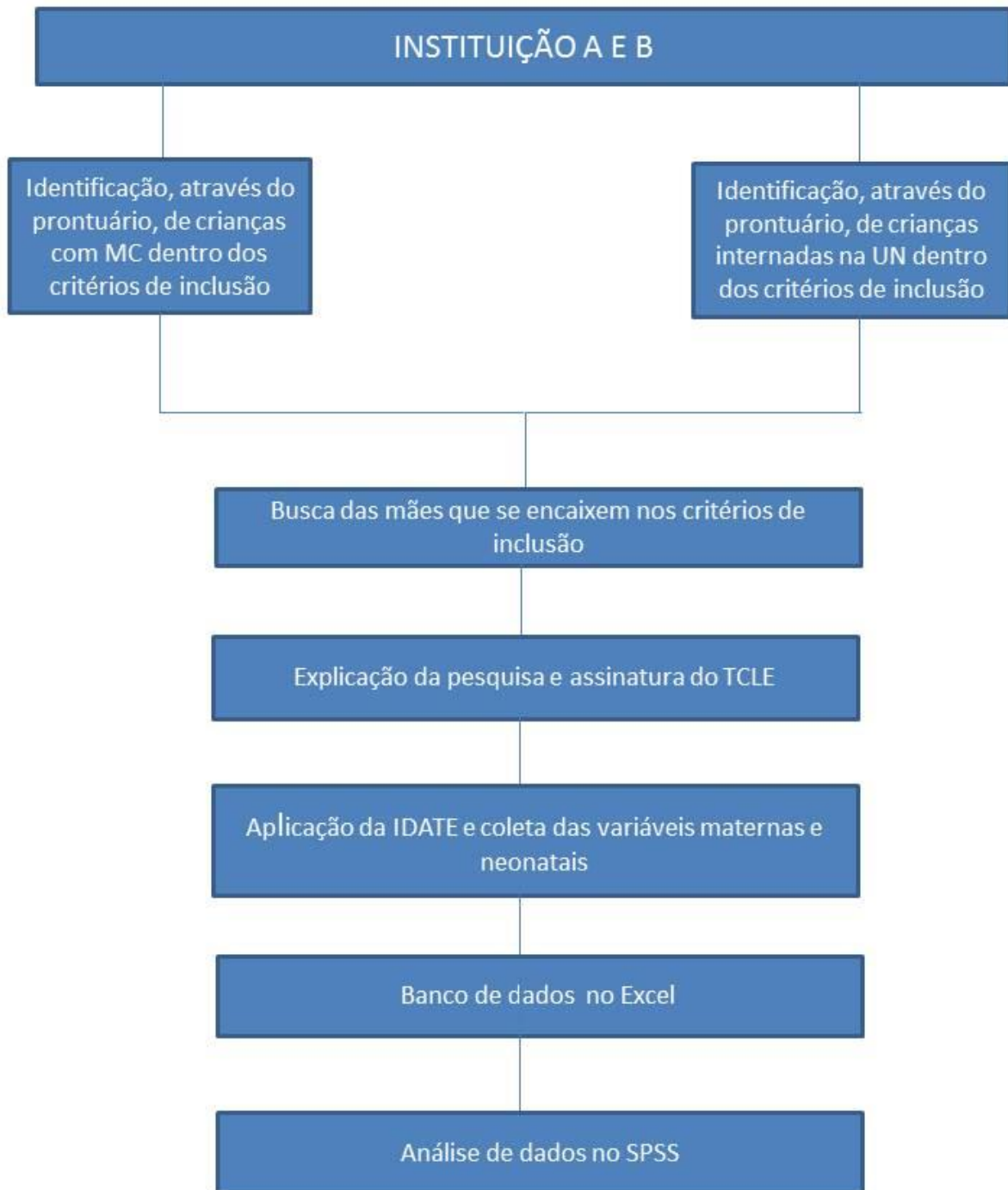
É oportuno salientar que a pesquisadora informou às mães participantes sobre os objetivos da pesquisa, solicitando-lhes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), sendo este emitido em duas vias, e assegurando o sigilo, o anonimato, o livre acesso às informações, bem como liberdade para sair da pesquisa a qualquer momento. O estudo não fez distinção de credo ou etnia, nem considerou qualquer estigma social na seleção das mães participantes.

Desta forma, os princípios éticos da Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamenta normas para a pesquisa que envolve seres humanos foram resguardados neste estudo (BRASIL, 2013).

Para facilitar o entendimento do processo metodológico, foi elaborada a Figura 3.



Figura 3: Processo metodológico da pesquisa, Fortaleza, Ceará, 2016.



Fonte: Elaboração da autora.

## 5 RESULTADOS

Sobre os resultados alcançados, é importante ressaltar que o número de mães diferenciou da quantidade de recém-nascidos, uma vez que cinco apresentaram gravidez de gemelares. Logo, durante a interpretação dos achados da pesquisa, foram analisadas variáveis relacionadas a um  $n$  de 118 mães e  $n$  de 123 recém-nascidos.

Dentre as 118 mães contabilizadas, 53(45%) estavam internadas na instituição A e 65 (55%) na B.

### 5.1 Perfil das mães dos recém-nascidos com e sem malformações congênitas

Tabela 1 - Variáveis socioeconômicas de mães dos recém-nascidos com e sem malformações congênitas em instituições hospitalares. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Variáveis Maternas n=118	N	%	Média	DP
<b>Idade*</b>				
15 – 18	11	9,3	26,1	6,4
19 – 29	70	59,3		
≥ 30	37	3,4		
<b>Origem</b>				
Fortaleza	77	65,2		
Grande Fortaleza	23	19,5		
Interior	18	15,3		
<b>Estado Civil</b>				
Com companheiro	94	79,6		
Sem companheiro	24	20,4		
<b>Escolaridade (em anos)</b>				
Analfabeta	1	0,1		
≤ 5	32	27,1		
6 - 10	67	56,8		
≥ 11	18	16,1		
<b>Raça</b>				
Branca	14	11,9		
Parda / Negra	104	88,1		
<b>Renda Familiar (em salário)</b>				
< 1	18	15,2		
1 - 2	73	61,8		
2 - 3	22	18,6		
> 3	5	4,4		

Fonte: Dados da pesquisa

\*Classificação do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE).

Ao descrever e analisar as variáveis sociodemográficas, a maioria das mães entrevistadas apresentou entre 19 e 29 anos, tinham companheiros, incluindo mulheres casadas e em união estável, eram pardas e negras e com renda mensal familiar entre um e dois salários mínimos.

Tabela 2 - Variáveis demográficas das mães dos recém-nascidos com e sem malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Variáveis n=118	N	%	Média	DP
<b>Nº de moradores no domicílio</b>				
1 - 3	61	51,6	3,6	1,7
4 - 6	52	44,0		
7 - 15	5	4,4		
<b>Parentesco com o pai do recém-nascido</b>				
Sim	6	5,1		
Não	112	94,9		
<b>Nº de filhos</b>				
1	54	46	1,9	1,17
2 a 3	50	42,5		
4 a 6	14	11,5		
<b>Nº de filhos com MC</b>				
0	87	74,5		
1	30	25,4		
2	1	0,1		

Fonte: Questionário da coleta de dados

De acordo com os dados da Tabela 2, o número de moradores no domicílio apresentou-se mais frequente entre um e três, no entanto, uma afirmou conter quinze moradores em uma única residência.

Em relação ao grau de parentesco com o pai, a minoria das mulheres afirmou apresentar relação de consanguinidade, ou seja, apresentaram parentesco de primeiro grau com os companheiros.

Quanto ao número de filhos, a prevalência foi de um filho, enquanto que poucas tinham entre quatro e seis filhos. Para o número de crianças nascidas com MC, prevaleceu uma criança com o diagnóstico de MC para cada mãe entrevistada.

Tabela 3 - Variáveis perinatais e psicossociais de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Variáveis	n=118	N	%	Média	DP
<b>Nº de gestações</b>					
1		49	41,5	2,2	1,9
2		28	17,7		
3 a 18		41	40,8		
<b>Nº de partos</b>					
1		51	43,2	1,9	1,09
2 – 3		56	47,4		
≥ 4		11	9,4		
<b>Nº de abortos</b>					
0		96	81,3		
1		17	14,4		
2		3	2,5		
3 a 15		2	1,8		
<b>Gestação planejada</b>					
Sim		53	44,9		
Não		65	55,1		
<b>Gestação aceita</b>					
Sim		82	69,4		
Não		36	30,6		
<b>Nº de natimortos</b>					
0		116	98,2		
1		2	1,8		
<b>Tipo de parto</b>					
Vaginal		39	33,1		
Abdominal		79	66,9		
<b>Pré-natal</b>					
Sim		116	98,2		
Não		2	1,8		
<b>Recebeu diagnóstico de malformação (n=28)</b>					
Pré-natal		20	71,4		
Pós-natal		8	28,6		
<b>Nº de consultas pré-natal</b>					
< 6		41	34,7	6,43	2,3
≥ 6		77	65,3		
<b>Uso de drogas lícitas e/ou ilícitas</b>					
Sim		6	5,1		
Não		112	94,9		

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos

Segundo a descrição das variáveis perinatais da Tabela 3, a maior parte das mulheres teve apenas uma gestação, ou seja, eram primíparas em contraste com a minoria que apresentou entre três e 18 gestações, sendo consideradas múltíparas. Em relação ao número de partos, a prevalência foi de dois a três partos para 47,4% das mulheres entrevistadas. Quanto ao número de aborto, a maioria afirmou não terem abortado, no entanto uma pequena parcela da amostra sofreu de três a quinze abortos até o momento da entrevista e mais da metade afirmou não ter planejado a gestação. Apenas duas mulheres tiveram fetos natimortos. Quanto ao tipo de parto, a cesariana foi prevalente entre todas as mães. A maioria das mães não planejou a gestação, no entanto verbalizaram a aceitação e o desejo pela criança.

A grande maioria afirmou ter realizado o pré-natal e ter comparecido a mais de seis consultas durante as gestações; recebeu o diagnóstico de malformação congênita durante a gestação, afirmando também não ter usado drogas lícitas e ilícitas durante o período gravídico.

Ressalta-se que alguns dados não constam em tabelas, mas estão descritos a seguir como intercorrências durante a gravidez, uso de drogas lícitas e ilícitas e tomada de substâncias abortivas.

Em relação às intercorrências ocorridas durante a gestação e o parto, as mães apresentaram hipertensão, Doença Hipertensiva Exclusiva da Gestação (DHEG), Infecção do Trato Urinário (ITU), infecção pulmonar, diabetes gestacional, hemorragia, pré-eclâmpsia, infecção por citomegalovírus, ameaça de parto prematuro, descolamento prematuro da placenta, convulsão, ruptura prematura da membrana, placenta prévia, sífilis, isoimunização, colestase e desproporção céfalo-pélvica. Diagnósticos de ITU, 11(9%); DHEG. 16(13,5%); ameaça de parto prematuro, 11 (9%); diabetes gestacional, 11(9%); e hipertensão, 20(17%), foram as mais prevalentes. Sendo que 31(26%) não apresentaram intercorrências.

Para as complicações ocorridas durante o puerpério, citam-se a cefaleia, devido à anestesia, hipertensão, coletíase e diabetes. A maioria 80(68%) não apresentou nenhum tipo de complicação, porém 29(24,5%) tinham hipertensão arterial sistêmica e 6(5%) diabetes e cefaleia, devido à anestesia.

No que concerne ao uso de drogas lícitas e ilícitas, seis(5,1%) afirmaram ter consumido durante o período gravídico: cigarro, álcool e cocaína. Uma pequena parcela das mães, 4(3,4%), ingeriu algum tipo de substância abortiva.

## 5.2 Perfil dos recém-nascidos internados com e sem malformação congênita nas Unidades Neonatais pesquisadas.

Tabela 4 - Perfil dos recém-nascidos com e sem malformações congênitas internados nas Unidades Neonatais pesquisadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Variáveis	n=123	N	%	Média	DP
<b>Sexo</b>					
Masculino		66	53,6		
Feminino		57	46,4		
<b>Idade gestacional/ Capurro (sem)</b>					
< 37s		69	56,1		
37s – 41s 6d		54	43,9		
<b>Peso ao nascimento (gramas)</b>					
650 – 1499		4	3,2	2598,5	841,33
1500 – 2499		65	52,8		
2500 – 2999		19	15,4		
3000 – 3999		30	24,3		
≥ 4000		5	4,3		
<b>Estatura (cm)</b>					
36 – 46		68	55,2	46,06	4,1
47 – 55		55	44,8		
<b>Apgar 1º minuto</b>					
0 – 3		10	8,1	7,02	2,03
4 – 6		28	22,7		
7 – 10		85	69,2		
<b>Apgar 5º minuto</b>					
0-3		2	1,6	8,3	1,3
4 – 6		5	4,1		
7 – 10		116	94,3		
<b>Classificação IG x peso</b>					
PIG		10	8,1		
AIG		99	80,4		
GIG		14	11,5		

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos.

Ao descrever o perfil dos recém-nascidos, prevaleceu o sexo masculino, sendo a maioria dos RN com idade gestacional abaixo de 37 semanas, pensando entre 1500 e 2499g, medindo entre 36 e 46 cm.

Para o Apgar no primeiro minuto, a maior parte pontuou entre 7 e 10, contrastando com uma pequena parte da amostra que pontuou entre zero e 3. Em relação ao Apgar no quinto minuto, os resultados foram semelhantes.

Em relação aos principais motivos de internação na UIN: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), anóxia, insuficiência respiratória, risco para aspiração broncomeconial, risco para infecção neonatal, desconforto respiratório precoce (DRP), desconforto respiratório, hipoglicemia, prematuridade, asfixia neonatal, morte aparente, petéquias e equimoses na face, filho de mãe diabética, síndrome do desconforto respiratório, malformação congênita, resíduo gástrico esverdeado, icterícia precoce, sepse precoce, cianose, infecção neonatal, incompatibilidade sanguínea, circular de cordão umbilical, baixo peso e gemência. Os motivos mais frequentes foram DRP, 41(33,5%), prematuridade 28(23%) e malformação congênita em 28(23%). Dos 123 RN internados, 53 (43%) apresentaram mais de um motivo de internação hospitalar e 20 (16%) internaram-se por apresentarem algum tipo de malformação congênita.

Ao investigar a classificação da idade gestacional relacionada ao peso ao nascer, grande parte era adequada para a idade gestacional e a minoria era pequena para a idade gestacional.

Tabela 5 – Classificação das categorias de Malformações Congênitas apresentadas nos recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais pesquisadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

<b>Categoria das Malformações Congênitas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
MC DO SNC	16	35,5
MC do aparelho osteomuscular	10	22,2
MC do Aparelho Circulatório	7	15,5
Fenda Labial e/ou Palatina	3	6,8
MC do olho, ouvido, face e pescoço	2	4,4
MC dos órgãos genitais	3	6,8
Anomalias cromossômicas	4	8,8
Total	45	100

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos

A categoria de malformação mais prevalente foi a do sistema nervoso central, com o total de 16(35,5%) da amostra de RN. Em segundo lugar, a categoria de malformação congênita do aparelho osteomuscular. A seguir, a Tabela 6 demonstra os tipos de malformações que os RN apresentaram durante o período da coleta.

Tabela 6 – Tipos de malformações congênicas apresentadas nos recém-nascidos nas Unidades Neonatais pesquisadas conforme a classificação das categorias. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

<b>Classificação das Malformações Congênicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>MC do SNC (n=16)</b>		
Microcefalia	9	56,3
Mielomeningocele	3	18,7
Hidrocefalia	2	12,5
Macrocefalia	1	6,2
Holoprosencefalia	1	6,2
<b>MC do aparelho osteomuscular (n=10)</b>		
Pé torto congênito	4	40,0
Gastroquise	1	10,0
Hérnia Diafragmática	1	10,0
MC osteoarticular	1	10,0
Extremidades encurtadas	2	20,0
MC não especificada do membro	1	10,0
<b>MC do Aparelho Circulatório (n=7)</b>		
Cardiopatía não especificada	3	42,8
Artéria umbilical única	1	14,3
MC não especificada das câmaras cardíacas	1	14,3
Ventriculomegalia	2	28,5
<b>Fenda labial e/ou palatina (n = 3)</b>		
Fenda palatina	2	66,7
Mc do palato não classificadas	1	33,3
<b>MC do olho, ouvido, face e pescoço (n = 2)</b>		
Micrognatia	1	50,0
Esquisoencefalia dos lábios	1	50,0
<b>MC dos órgãos genitais (n = 3)</b>		
Genitália ambígua	1	33,3
Hidrocele	2	66,7
<b>Síndromes (n = 4)</b>		
Síndrome de Down	3	75,0
Sd. Dandy Walker	1	12,5
Síndrome genética	1	12,5

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos

Para a categoria de MC do aparelho osteomuscular, a malformação mais presente foi o pé-torto congênito. Na categoria de MC do SNC, o diagnóstico que se sobressaiu foi o de microcefalia, com nove RN. Para o aparelho circulatório, a cardiopatía não especificada apareceu três vezes.



Tabela 7: Distribuição de malformação congênita por recém-nascidos nas Unidades Neonatais pesquisadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Nº de MC por RN	N	%
1	15	53,6
2	9	32,2
3 – 6	4	14,2
Total	28	100

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos

Ao todo, 15 RN apresentaram apenas um tipo de malformação congênita, no entanto, apenas quatro tinham entre três e seis tipos de MC.

### 5.3 Níveis de ansiedade das mães dos recém-nascidos com e sem malformações congênitas internados nas Unidades Neonatais pesquisadas.

Tabela 8: Níveis de ansiedade das mães de recém-nascidos sem malformações congênitas nas Unidades Neonatais pesquisadas, segundo os percentis da IDATE, Fortaleza, CE, 2016.

Intervalos dos percentis	N	%	Média ±DP
IDATE – Traço			
Percentil < 25 (ansiedade baixa)	2	2,1	41,2±9,1
Percentil 25 – 75 (ansiedade moderada)	75	78,9	
Percentil > 75 (ansiedade elevada)	18	19	
IDATE – Estado			
Percentil < 25 (ansiedade baixa)	43	45,2	43,7±2,8
Percentil 25 – 75 (ansiedade moderada)	42	44,2	
Percentil > 75 (ansiedade elevada)	10	10,6	

Fonte: IDATE

Foi possível perceber que a maior parte das mães apresentou o total de escore para a IDATE-Traço, nos percentis 25 – 75, ou seja, classificado como ansiedade moderada. Enquanto a minoria classificou-se como ansiedade baixa. Tratando-se da IDATE-Estado, a ansiedade baixa prevaleceu.

Tabela 9: Níveis de ansiedade das mães de recém-nascidos com malformações congênicas nas Unidades Neonatais pesquisadas, segundo os percentis da IDATE. Fortaleza, CE, 2016.

<b>Intervalos dos percentis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média±DP</b>
<b>IDATE – Traço</b>			
Percentil < 25 (ansiedade baixa)	0	0	39,7±5,6
Percentil 25 – 75 (ansiedade moderada)	26	92,8	
Percentil > 75 (ansiedade elevada)	2	7,2	
<b>IDATE – Estado</b>			
Percentil < 25 (ansiedade baixa)	7	25	49,9±18,3
Percentil 25 – 75 (ansiedade moderada)	8	28,5	
Percentil > 75 (ansiedade elevada)	13	46,5	

Fonte: IDATE

Para as mães de RN com MC, os escores totais da IDATE-Traço também predominaram nos percentis de 25- 75, seguido do percentil > 75. Enquanto que para a IDATE-Estado, a ansiedade elevada sobressaiu diante do total da amostra, demonstrando que mães de RN com malformações congênicas apresentaram nível significativo de ansiedade.

#### 5.4 Análise das médias do IDATE com as variáveis socioeconômicas, demográficas e perinatais maternas e variáveis dos recém-nascidos

Tabela 10: Análise das médias de IDATE, segundo características socioeconômicas de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas internados nas Unidades Neonatais pesquisadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Característica	IDATE-T	p	IDATE-E	P
	Média ± DP		Média± DP	
<b>Idade</b> (em anos)				
15-18	40,85±3,6	0,2 <sup>1</sup>	52,91±4,3	0,3 <sup>1</sup>
19-29	38,42±4,8		50,15±6,4	
30-41	38,26±3,9		50,03±4,8	
<b>Origem</b>				
Fortaleza	38,13±4,4	0,14 <sup>1</sup>	50,72±6,1	0,3 <sup>1</sup>
Outro	39,38±4,6		49,73±5,4	
<b>Estado civil</b>				
Com companheiro	38,67±4,6	0,6 <sup>1</sup>	50,14±5,7	0,4 <sup>1</sup>
Sem companheiro	38,25±4,1		51,25±6,3	
<b>Escolaridade</b> (em anos)				
≤ 5	38,24±3,8	0,8 <sup>1</sup>	50,09±5,5	0,3 <sup>1</sup>
6 – 10	38,64±4,7		50,03±6,1	
≥ 11	39±4,9		52,05±5,4	
<b>Raça</b>				
Branco	39,60±4,05	0,3 <sup>2</sup>	49,53±6,0	0,9 <sup>2</sup>
Pardo	38,38±4,6		50,45±5,5	
Negro	38,80±4,3		51±11,1	
<b>Renda Familiar</b> (em salário)				
<1	38,45±4,5	0,8 <sup>1</sup>	49,75±5,2	0,7 <sup>1</sup>
1 - 2	38,44±4,3		50,68±6,0	
≥ 3	39,12±5,0		49,88±5,8	

1 – Teste de ANOVA para três ou mais classes ou T de Student para duas classes

2 – Teste de Kruskal-Wallis

Ao comparar as médias dos Instrumentos de Ansiedade Traço e Estado com as variáveis socioeconômicas das mães do presente estudo, não houve diferença estatisticamente significativa para as mesmas, independente de terem filhos com malformação ou não ( $p > 0,05$ ).

Tabela 11: Análise das médias de IDATE, segundo variáveis demográficas das mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Característica	IDATE-T	p	IDATE-E	P
	Média ± DP		Média ± DP	
<b>Nº de moradores</b>				
2	38,29±5,0	0,1 <sup>1</sup>	50,94±6,0	0,4 <sup>1</sup>
3	38,65±4,4		51,42±5,7	
4	37,66±3,6		49,91±5,8	
5	38,90±4,4		48,40±4,9	
6 a 15	42±5,5		50,67±7,4	
<b>Nº de filhos</b>				
1	38,59±4,5	0,6 <sup>1</sup>	51,76±6,5	0,07 <sup>1</sup>
2	39,25±4,6		49,88±5,8	
3	37,57±4,6		49,35±3,8	
4 a 6	38,71±4,1		47,71±4,8	
<b>Nº de filhos com MC</b>				
0	38,51±4,6	0,7 <sup>1</sup>	49,78±5,5	0,06 <sup>1</sup>
1	38,81±4,3		52,06±6,5	

1 – Teste de ANOVA para três ou mais classes ou T de Student para duas classes

Ao comparar médias dos escores totais da IDATE com as variáveis demográficas maternas, não houve diferença estatisticamente significativa entre as mesmas.

Tabela 12: Análise das médias de IDATE, segundo variáveis das mães dos recém-nascidos com e sem malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Característica	IDATE-T		IDATE-E	
	Média ± DP	p	Média± DP	P
<b>Gestação</b>				
<b>planejada</b>				
Sim	38,40±4,9	0,6 <sup>1</sup>	50,13±5,5	0,6 <sup>1</sup>
Não	38,74±4,1		50,54±6,1	
<b>Nº de gestação</b>				
1	38,69±4,8	0,9 <sup>1</sup>	51,42±6,8	<b>0,05<sup>1</sup></b>
2	38,75±3,7		51,18±5,4	
3	38,44±5,5		49,32±3,7	
4 ou mais	38,22±3,3		47,44±5,06	
<b>Nº de partos</b>				
1	38,96±4,7	0,7 <sup>1</sup>	51,45±6,7	0,09 <sup>1</sup>
2	38,40±4,2		50,40±5,6	
3	38,20±4,5		48,66±4,0	
<b>Nº de abortos</b>				
0	38,55±4,5	0,9 <sup>1</sup>	50,60±6,0	0,2 <sup>1</sup>
1	38,94±4,4		50,12±3,9	
2	38±4,5		46,20±7,1	
<b>Tipo de parto</b>				
Vaginal	38,26±4,2	0,5 <sup>1</sup>	50,02±6,1	0,6 <sup>1</sup>
Cesáreo	38,75±4,6		50,53±5,7	
<b>IG x peso ao nascer</b>				
PIG	34,70±2,3	<b>0,01<sup>1</sup></b>	50±4,08	0,3 <sup>1</sup>
AIG	38,59±4,4		50,68±6,0	
GIG	41,36±4,7		48,36±5,8	

1 - Teste de ANOVA para três ou mais classes ou T de Student para duas classes

Para a comparação entre as variáveis perinatais com o IDATE, houve diferença estatisticamente significativa quanto ao escore do IDATE-Estado para o número de gestação e entre a classificação idade gestacional e peso ao nascer com o IDATE-Traço, com os valores p descritos na tabela.

Tabela 13a: Análise das médias de IDATE, segundo características socioeconômicas das mães dos recém-nascidos com e sem malformações congênitas nas Unidades Neonatais pesquisadas com variáveis controladas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Características	IDATE-T			IDATE-E		
	MC	Sem MC	P	MC	Sem MC	P
	Média±DP	Média±DP		Média±DP	Média±DP	
<b>Idade (em anos)</b>						
15-18	40,5±1,2	41,0±4,5	0,927	56,0±3,2	51,1±3,0	0,109
19-29	38,3±4,9	38,4±4,8	0,942	51,9±7,4	51,1±3,	0,202
30-41	40,3±4,2	37,3±3,	0,112	53,2±4,5	49,1±4,6	<b>0,023</b>
<b>Origem</b>						
Fortaleza	38,89±4,3	37,88±4,4	0,03	53,68±6,3	49,76±5,7	<b>0,009</b>
Outro	39,89±4,6	39,25±4,6	0,4	39,25±6,1	49,36±5,3	0,2
<b>Estado civil</b>						
Com companheiro	39,08±4,6	38,53±4,6	0,5	52,38±6,1	49,43±5,5	<b>0,01</b>
Sem companheiro	40,00±2,1	37,90±4,4	0,1	56,00±7,3	50,30±5,8	0,1
<b>Profissão</b>						
Do lar	38,06±3,4	38,22±4,2	0,7	52,44±6,4	49,27±5,0	<b>0,02</b>
Outras	41,30±5,2	38,65±4,9	0,1	53,70±6,2	50,08±5,9	0,08
<b>Escolaridade (em anos)</b>						
≤ 5	39,43±2,0	39,43±4,1	0,1	51,00±9,7	49,85±4,1	0,4
6-10	38,60±3,7	38,65±5,0	0,6	55,07±4,3	48,65±5,8	<b>0,000</b>
≥ 11	40,5±7,5	38,31±3,3	0,9	49,67±3,7	53,15±5,9	0,4

Ao comparar as médias das variáveis maternas separadamente, um grupo para RN malformados e outro grupo para RN sem malformação, percebeu-se a relação estatisticamente significativa entre algumas médias. Para mulheres entre 30 e 41 anos, o valor p foi significativo quando comparado ao escore total da IDATE-Estado, isto é, a idade das mães entrevistadas influenciou no total de escore, sendo a média maior para as mães de RN com malformação congênita para o escore total da ansiedade-estado. O mesmo se aplica aquelas que moravam em Fortaleza, casadas ou em união consensual, domésticas e com escolaridade entre 6 e 10 anos de estudo.

Tabela 13b: Análise das médias de IDATE, segundo características socioeconômicas de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas nas Unidades Neonatais pesquisadas com variáveis controladas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Características	IDATE-T		P	IDATE-E		P
	MC Média±DP	Sem MC Média±DP		MC Média±DP	Sem MC Média±DP	
<b>Raça/Cor</b>						
Branco e negro	38,40±3,3	40,07±4,2	0,3	49,53±5,9	49,90±8,1	0,7
Pardo	39,39±4,6	38,09±4,5	0,7	53,30±6,3	49,63±5,0	<b>0,002</b>
<b>Renda familiar</b>						
≤ 2	38,83±4,2	38,32±4,4	0,4	52,71±6,3	49,75±5,5	<b>0,01</b>
≥ 3	41,50±5,5	38,68±4,9	0,3	54,00±6,4	49,14±5,5	0,1
<b>Nº moradores</b>						
2	39,44±5,5	37,82±4,8	0,4	53,11±7,0	50,05±5,6	0,1
3	39,45±4,5	38,20±4,3	0,2	54,27±5,5	49,85±5,3	<b>0,04</b>
4	37,67±3,0	37,65±3,8	0,9	49,00±6,2	50,12±5,8	0,7
5 a 15	41,50±0,7	39,74±5,1	0,4	56,00±5,6	48,59±5,5	<b>0,05</b>
<b>Nº filhos</b>						
1	39,13±4,5	38,38±4,6	0,4	54,40±6,0	50,74±6,5	<b>0,03</b>
2	39,10±4,9	39,32±4,5	0,9	50,70±7,0	49,50±5,3	0,4
3	40,00±2,0	37,20±4,8	0,1	52,67±2,8	52,67±3,7	0,1

O valor p também se apresentou significativo para as seguintes variáveis: mães de raça parda, com até dois salários mínimos mensais, contendo três moradores em cada residência e com apenas um filho, ou seja, essas características agem diretamente no escore total da IDATE-Estado, com as médias apresentando-se significativamente maiores para o grupo de mães de bebês com anomalias congênitas.

Tabela 14: Análise das médias de IDATE, segundo características perinatais e psicossociais de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas nas Unidades Neonatais pesquisadas com variáveis controladas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Características	IDATE-T			IDATE-E		
	MC Média±DP	Sem MC Média±DP	P	MC Média±DP	Sem MC Média±DP	P
<b>Gestação planejada</b>						
Sim	39,62±5,7	38,02±4,7	0,3	52,38±6,6	49,43±6,6	0,09
Não	38,87±2,9	38,70±4,4	0,5	38,70±6,1	38,70±6,0	<b>0,02</b>
<b>Gestação desejada</b>						
Sim	39,22±5,0	38,64±4,7	0,6	49,72±6,4	50,41±5,8	<b>0,04</b>
Não	39,20±3,1	37,82±4,2	0,1	52,70±6,2	49,36±4,9	<b>0,01</b>
<b>Nº gestações</b>						
1	39,42±5,0	38,48±4,8	0,5	54,92±6,7	50,38±6,5	<b>0,02</b>
2	39,00±2,5	38,63±4,2	0,4	54,22±4,1	49,74±5,5	<b>0,02</b>
3 ou mais	39,14±5,6	38,19±4,5	0,5	47,71±5,3	48,69±4,2	0,7
<b>Nº partos</b>						
1	39,38±4,8	39,38±4,8	0,6	54,69±6,4	50,40±6,6	<b>0,02</b>
2	39,58±3,8	37,78±4,3	0,1	51,42±6,5	49,87±5,1	0,2
3 a 5	37,00±5,5	37,00±4,5	0,9	51,00±0,0	48,44±4,2	0,2
<b>Aborto</b>						
Sim	38,95±4,4	38,44±4,6	0,3	54,32±5,6	49,57±5,7	<b>0,00</b>
Não	40,17±4,6	38,19±4,2	0,4	47,67±6,0	49,81±4,5	0,5
<b>Tipo de parto</b>						
Vaginal	39,00±6,3	38,09±3,7	0,8	52,25±8,2	49,50±5,5	0,2
Cesáreo	39,30±3,5	38,57±5,0	0,1	53,15±5,5	49,67±5,6	<b>0,01</b>
<b>Nº consultas</b>						
≤ 6	39,09±2,3	39,14±5,0	0,7	53,18±7,2	49,06±4,8	<b>0,03</b>
≥ 7	39,29±5,4	37,61±3,9	0,2	52,71±5,7	50,20±6,2	0,07
<b>Intercorrência na gestação</b>						
Sim	38,00±3,2	38,00±5,1	0,9	53,09±7,9	48,81±6,9	0,1
Não	40,00±4,9	38,36±4,4	0,1	52,76±5,1	49,84±5,1	<b>0,01</b>
<b>Complicação no puerpério</b>						
Sim	38,86±4,7	38,10±4,4	0,4	52,57±6,9	49,79±6,1	0,06
Não	40,29±2,9	38,97±4,8	0,2	53,86±3,5	49,27±4,2	<b>0,009</b>



Para as variáveis perinatais, relações estatisticamente significantes também foram encontradas nas seguintes características: quando a gestação não foi planejada, gestação desejada e não, mães com uma e duas gestações anteriores, com histórico de apenas um parto e um aborto, para aquelas que realizaram cesarianas, com menos de seis consultas pré-natal, sem intercorrências na gestação e sem complicações no puerpério. Todas elas se associaram, de forma significativa, com o total de escores da IDATE-Estado, demonstrando, também, que a média do total de escores para essa escala foi maior nas variáveis citadas.

### 5.5 Análise das correlações dos escores totais da IDATE com as variáveis do estudo

Tabela 15: Análise de correlação dos escores da IDATE com as variáveis quantitativas das mães dos recém-nascidos com e sem malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

	IDATE-T		IDATE-E	
	r*	P	r	P
Escolaridade	0,05	0,5	0,08	0,3
Renda familiar	0,04	0,5	0,0	0,9
Nº de moradores	0,1	0,2	0,003	0,9
Nº de filhos	-0,02	0,8	-0,2	<b>0,02</b>
Nº de filhos com MC	0,02	0,7	0,1	0,6
Nº de gestações	0,05	0,5	-0,2	<b>0,01</b>
Nº de partos	-0,05	0,5	-0,2	0,09
Nº de aborto	0,1	0,2	-0,1	0,09
Nº de consultas pré-natal	0,004	0,9	0,01	0,8
Nº de natimortos	-0,03	0,7	0,05	0,5

\*Coeficiente de Pearson

Ao associar os escores do IDATE com as variáveis maternas quantitativas, houve relação estatisticamente significante entre o número de gestações e número de filhos com o IAE, sugerindo, então, que a variável influencia no estado ansioso da mulher.

Tabela 16: Análise de correlação dos escores da IDATE com as variáveis quantitativas dos recém-nascidos do estudo com e sem malformações congênitas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

	IDATE-T		IDATE-E	
	r*	p	r	P
Idade cronológica	0,03	0,7	0,02	0,6
Idade gestacional	0,03	0,6	0,02	0,7
Peso ao nascer	0,1	0,2	-0,07	0,4
Apgar 1°	-0,02	0,7	-0,2	<b>0,02</b>
Apgar 5°	-0,009	0,9	-0,1	<b>0,03</b>
Dias de internação	-0,07	0,3	-0,05	0,5

\*Coeficiente de Pearson

Para as correlações realizadas entre variáveis quantitativas do RN e a IDATE, o Apgar no primeiro e quinto minuto apresentaram relação estatisticamente significativa com o Inventário de Ansiedade Estado.

Tabela 17: Análise de correlação dos escores da IDATE com variáveis das mães dos recém-nascidos diagnosticados com malformação congênita. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

	IDATE-T		IDATE-E	
	r*	p	r	P
Idade	0,2	0,1	-0,1	0,3
Escolaridade	0,075	0,7	-0,05	0,7
Renda familiar	0,3	0,06	0,09	0,6
N° moradores	-0,02	0,9	-0,08	0,6
N° filhos	0,04	0,8	-0,1	0,3
N° gestações	-0,06	0,7	-0,5	<b>0,003</b>
N° partos	-0,1	0,5	-0,2	0,1
N° abortos	0,01	0,9	-0,5	<b>0,003</b>
N° consultas	0,2	0,2	-0,5	0,7

\*Coeficiente de Pearson

A partir da correlação de Pearson para as variáveis de mães com bebês malformados, pode-se demonstrar a relação estatisticamente significativa entre o número de gestações e o

número de aborto com a IDATE-Estado, relacionando-se de forma negativa, segundo coeficiente de Pearson.

Tabela 18: Análise de correlação dos escores da IDATE com variáveis dos recém-nascidos com malformação congênita. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

	IDATE-T		IDATE-E	
	r*	P	r	P
IC (dias)	-0,4	<b>0,008</b>	-0,07	0,7
IG (dias)	-0,7	0,7	-0,1	0,3
Peso (g)	-0,001	0,9	-0,3	0,09
Apgar 1	0,1	0,3	-0,08	0,6
Apgar 5	0,1	0,4	-0,6	0,7
Estatura	0,1	0,5	-0,3	0,1
Dias de Internação	-0,4	<b>0,008</b>	-0,3	0,7

Para as características dos RN malformados, a idade cronológica e os dias de internação relacionaram-se de forma significativa com a ansiedade-traço, apresentando relação negativa.

Tabela 19: Análise de correlação dos escores da IDATE com variáveis das mães dos recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais pesquisadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

	IDATE-T		IDATE-E	
	r*	p	r	P
Idade	-0,1	0,2	-0,05	0,5
Escolaridade	0,04	0,6	0,1	0,2
Renda familiar	-0,008	0,9	-0,03	0,7
Nº moradores	0,1	0,1	0,07	0,4
Nº filhos	-0,01	0,8	-0,1	0,09
Nº gestações	0,08	0,4	-0,1	0,09
Nº partos	-0,03	0,7	-0,2	<b>0,05</b>
Nº abortos	0,1	0,2	-0,1	0,3
Nº consultas	-0,8	0,4	0,03	0,7

Quanto ao grupo de mães de RN sem malformação congênita, dentre as variáveis maternas e perinatais, apenas o número de partos apresentou valor  $p \leq 0,05$ , sendo, então, estatisticamente significativa, com o coeficiente de Pearson também negativo.

Tabela 20: Análise de correlação dos escores da IDATE com variáveis dos recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais pesquisadas, Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

	IDATE-T		IDATE-E	
	r*	P	R	P
IC (dias)	0,01	0,8	-0,07	0,4
IG (dias)	0,05	0,5	0,04	0,6
Peso (g)	0,1	0,1	-0,005	0,9
Apgar 1	-0,09	0,3	-0,2	<b>0,009</b>
Apgar 5	-0,06	0,5	-0,2	<b>0,01</b>
Estatura	0,1	0,2	0,07	0,4
Dias de Internação	0,01	0,8	-0,07	0,4

Analisando-se as características neonatais de RN sem malformação congênita, foi perceptível que o Apgar no primeiro e quinto minuto foram estatisticamente significantes, com coeficiente de Pearson negativo.

## 6 DISCUSSÃO

Neste capítulo, explanam-se os resultados encontrados contrastando com a literatura científica disponível sobre o tema estudado.

### 6.1 Perfil das mães e dos recém-nascidos

Particularizando alguns dados nacionais, cita-se um estudo realizado em Fortaleza, que objetivou avaliar os níveis de ansiedade de mães de RN com MC, utilizando o IDATE. Assim, tal amostra caracterizou-se em, sua maioria, de mães entre 19 e 29 anos de idade, sendo casadas e tendo completado o ensino médio, corroborando com este estudo, em que prevaleceu a mesma faixa etária das mães com 59,3% dos participantes (FONTOURA, 2016). Acrescenta-se também em Fontoura (2016) que o número de moradores por residência prevaleceu entre um e três por domicílio, a maioria das mulheres afirmou não apresentar grau de parentesco com o companheiro, e da amostra total de 115 mães, apenas nove tinham dois filhos com MC.

Nunes (2013), também, utilizou o IDATE em três grupos de gestantes: G1 - gestantes para amniocentese ( $\geq 35$  anos); G2 - gestantes para amniocentese por rastreio ( $< 35$  anos); G3 - gestantes (20-34 anos) não selecionadas para o exame, que objetivou avaliar os níveis de ansiedade dos grupos. As idades das participantes variaram de 20 a 44 anos, a maioria completou o 10º/12º ano de escolaridade, assemelhando-se aos dados da Tabela 1.

Favaro, Peres e Santos (2012), ao compararem a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão em 40 mães de bebês pré-termo (grupo 1) e a termo (grupo 2), descreveram a amostra como a maior parte composta por mulheres casadas, em ambos os grupos, com médias de idade de 26,7 e 24,7 anos e com ensino fundamental completo. Para o Grupo 1, a média do número de filhos foi de 2,1, enquanto que no Grupo 2 foi de 1,7, corroborando com os dados da presente pesquisa.

Silva (2012) que teve como objetivo identificar os indicadores psicopatológicos, como a ansiedade, que poderiam influenciar na díade mãe/bebê durante a gestação e o puerpério, mostrou que das 100 participantes (50 gestantes e 50 puérperas), a média da idade foi de 28,56, sendo 76% casadas ou vivendo em união consensual, com ensino médio completo. A minoria, apenas 18, relatou a existência de aborto, concordando com os resultados encontrados no estudo em discussão.

Em estudo brasileiro, a maioria da amostra realizou o parto vaginal, dados que convergem com os da Tabela 3, sendo que maior parte destas mulheres recorreu à analgesia epidural (80,0% no G2; 80,0% no G3 e 66,7% no G1), (NUNES, 2013).

Para Beltramini, Moraes e Souza (2013), que desenvolveram estudo no Rio Grande do Sul, a fim de avaliar as relações entre o estado ansioso de 182 mães e o índice de risco ao desenvolvimento infantil, utilizando a BAI, maior parte delas tinham entre 20 e 34 anos, eram casadas ou em união consensual, tinham um filho, sendo donas de casa, com renda mensal de um salário mínimo e tendo realizado o ensino médio.

Franco (2009) descreveu 12 gestantes com o diagnóstico de feto com MC, visível, como onfalocele, mielomeningocele e gastrosquise. Onze tinham mais de 19 anos, maioria com ensino médio completo e casada e mais de 50% da amostra era primípara.

Ao se focar estudos internacionais, na Ásia, realizou-se pesquisa a fim de explorar os efeitos psicológicos de 55 gestantes com o diagnóstico de malformação fetal, cuja média de idade das participantes foi de 27,2 (TITAPANT; CHUENWATTANA, 2015) mostrando semelhança com os dados no presente estudo com média de 26,15 anos.

Na Europa, 151 mães de RN internados na UTIN foram questionadas sobre o nível de ansiedade através da IDATE, e percebeu-se que a maioria das mães tinha menos de 30 anos de idade e grande parte completou pelo menos o ensino fundamental, era dona de casa e mais da metade ganhava um salário mínimo por mês, sendo equivalente a 733 reais por mês (ERDEM, 2009). Esses dados assemelham-se com os da referente pesquisa, na qual a maior parte das mulheres tinha entre 19 e 29 anos e recebiam pelo menos um salário mínimo por mês e também haviam completado o ensino médio.

Sobre as variáveis perinatais, Fontoura (2015) afirmou que em relação ao número de gestações, 41% das mães eram primigestas. Para número de partos, 47% eram primíparas e 10% multíparas, com quatro partos ou mais. Quanto ao número de abortos sofridos pelas mulheres, 77% afirmou a ocorrência de pelo menos um. A maioria das mulheres realizou pré-natal, com índice de 71% destas tendo comparecido a seis ou mais consultas no período, semelhante aos dados descritos no estudo em questão, fator positivo, pois o número de consultas pré-natal preconizado pelo MS é de no mínimo seis (BRASIL, 2004).

As consultas de pré-natal são importantes, uma vez que são capazes de identificar problemas potenciais para assim intervir a tempo. Dados do MS afirmam que a proporção de mulheres grávidas que fizeram mais de sete consultas de pré-natal aumentou de 46%, em

2000, para 53%, em 2008 (BRASIL, 2011a). Nos resultados da Tabela 3, pode-se demonstrar que mais de 50% das gestantes realizaram seis ou mais consultas.

No que concerne ao planejamento da gestação, maior parte das mães de uma pesquisa realizada no Ceará ressaltou não ter planejado a gestação e apenas uma pequena parcela tomou substância abortiva (FONTOURA, 2016), concordando com os dados da Tabela 3.

O planejamento familiar ainda não é uma prática muito comum entre as mulheres, nem estimulada pelas instituições de saúde (SÃO PAULO, 2010), dado que pode ser comprovado nos resultados da pesquisa, visto que 55% das mulheres afirmaram não ter planejado a gestação.

No Rio Grande do Sul, a maior parte das mulheres afirmou não ter história de aborto (150 mulheres), prevalecendo o parto cesáreo e com a maioria das gestações não planejadas (BELTRAMINI; MORAES; SOUZA, 2013), corroborando com os dados da Tabela 3, no qual a cesárea prevaleceu entre as mães participantes do estudo atual.

No estudo de Erdem (2009), a maioria das gestantes planejou a gestação e mais da metade já era mãe, comparecendo as consultas de pré-natal e a apresentado pelo menos um problema durante a gestação, em contraste com os resultados demonstrados, uma vez que a gestação não foi planejada por 55% das participantes da pesquisa, porém 69,4% afirmaram ter desejado ter a criança.

As ações de saúde direcionadas à díade mãe/filho apresentam importância significativa para o bem-estar de ambos, influenciando na condição de saúde dos mesmos. Dito isso, as doenças crônicas, como a hipertensão e a diabetes, apresentam relação com a vida intrauterina e são fatores determinantes para as condições de nascimento do RN. Desta forma, medidas para a melhoria das condições de saúde da gestante e do RN devem ser tomadas, a fim de reduzir as taxas de morbimortalidade infantil no país (BRASIL, 2011a). Sobre os agravantes dessas doenças crônicas, pode-se citar para a DM: risco de abortamento, malformação fetal, macrossomia, morte perinatal. Para a HAS: fator de risco considerável para o aparecimento de pré-eclâmpsia, tendo como consequência o possível parto prematuro (SÃO PAULO, 2010). Na descrição dos resultados, pode-se perceber que a HAS e a diabetes foram as doenças crônico-degenerativas mais prevalentes entre as mães, sendo fator agravante para as condições de nascimento do bebê.

Sobre os laços de consanguinidade, no Ceará, de 115 mães de RN com MC, oito relataram apresentar grau de parentesco com o companheiro, mais da metade tinha apenas um

filho e nove mulheres tinham dois filhos com o diagnóstico de MC (FONTOURA, 2015). De acordo com os dados da pesquisa, seis mulheres afirmaram possuir laço de consanguinidade com o parceiro e apenas uma mulher tinha dois filhos com o diagnóstico de malformação.

No que se diz respeito ao momento do diagnóstico de malformação congênita, Franco (2009) demonstrou que a amostra total das mães recebeu a notícia durante o pré-natal, assemelhando-se, dessa forma, com o presente estudo, no qual 20 mães receberam o diagnóstico de feto malformado ainda durante a gestação. Citando Fontoura (2015), em seu estudo sobre crianças malformadas, 57% das mulheres souberam do diagnóstico de malformação no pré-natal e o restante no período pós-parto.

Ao descrever as características dos RN da pesquisa, Pinto, Padovani, Linhares (2009) afirmaram que a maioria nasceu com idade gestacional próxima a 31 semanas e o peso ao nascimento em torno de 1100 gramas. A maioria dos bebês era pequena para a idade gestacional, tanto para o grupo de mães com sintomas de ansiedade quanto para o de mães com sintomas de depressão. Os grupos apresentaram alto escore médio de Apgar, tanto no primeiro como no quinto minuto, situado em torno de 8,6, sendo essa pontuação média, segundo Cunha e Fernandes (2004), indicadora de um bom prognóstico de evolução clínica dos RN e também baixo índice de risco neonatal para morbimortalidade.

A prematuridade aparece como fator determinante importante da mortalidade infantil. Segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de RN pré-termo no ano de 2008 foi de 6,7%, sendo registrado o aumento dessa taxa em grandes cidades, como Rio de Janeiro, com 12%. Uma das justificativas para essa ocorrência é o número de cesarianas programadas, no qual, no estudo em discussão, foi de mais de 50% das mães (BRASIL, 2011a).

Na Europa, dentre 151 RN internados na UTIN, mais da metade era do sexo masculino, e a maioria nasceu com idade gestacional de 32 semanas. Em relação ao peso ao nascer, grande parte pesou acima de 2000g. O total de 72% dos RN do estudo nasceu pré-termo, ou seja, antes de 37 semanas de gestação. Para o Apgar no quinto minuto, 67% pontuaram entre nove e 10. Em relação aos motivos de internação, 64% foram motivados pela prematuridade (ERDEM, 2009).

Em relação ao gênero, segundo pesquisas, o Brasil apresenta mais crianças do sexo masculino, sendo cerca de 3% a mais que crianças do sexo feminino (BRASIL, 2011a), dado semelhante a referente pesquisa, na qual 53,6% dos RN também eram do sexo masculino.



Ainda sobre o sexo do bebê, Nunes (2013) afirmou a predominância do gênero feminino. Em relação à classificação quanto à idade gestacional, maioria dos bebês nasceu a termo, com índices de Apgar entre oito e 10 e peso normal ao nascer, ou seja, entre 2500gr e 4000gr. Alguns desses resultados diferem do estudo, visto que o sexo masculino prevaleceu e, em relação ao peso, a maioria dos RN pesou entre 1500 e 2499g. Os valores do apgar e a idade gestacional foram equivalentes, com predominância da IG acima de 37 semanas e o Apgar de oito a 10.

Segundo os dados de Fontoura (2015), o sexo masculino prevaleceu, no entanto, não houve predominância, ou seja, para 117 RN, 57 eram do sexo masculino, 56 feminino e quatro eram indeterminados. A idade gestacional predominante foi a acima de 37 semanas, com peso entre 1500 e 2499 gramas, sendo a maioria adequada para a idade gestacional.

Em países como o Canadá, a taxa a malformação congênita varia de 3-5%, sendo reconhecido como um problema de saúde pública. Assim como no Brasil, em que o MS afirma que as MC constituem a segunda causa de morte no país, com a taxa de 18,3% (PUBLIC HEALTH AGENCY CANADA, 2013; BRASIL, 2015a).

Para Brasil (2011a), a taxa de incidência de MC no país é subestimada, uma vez que as malformações mais graves levam a óbitos, mas atualmente essa taxa varia entre 2 e 3%, sendo a MC do sistema osteomuscular a mais predominante, com taxa de 43%, divergindo dos resultados da Tabela 5, cuja MC do sistema nervoso foi prevalente.

Com isso, o MS criou na declaração de nascidos vivos (DN) dois campos dedicados às anomalias congênitas. Em um deles deve marcar sim ou não para a presença de MC e, no seguinte campo, deve-se especificar a malformação de acordo com o os códigos do CID – 10, segundo o SINASC (2008), facilitando, assim, as informações sobre as taxas de MC no País.

Para Perosa (2009), a maioria das malformações era o sistema nervoso central, como mielomeningocele e hidrocefalia (36%), seguidas de malformações do aparelho digestivo: gastrosquise e onfalocele (23%). Em 18% dos casos havia malformações múltiplas, acompanhando síndromes como Down ou Edwards. Concordando com dados da Tabela 6, na qual a microcefalia foi a malformação mais prevalente entre o total da amostra investigada.

No Brasil, doze fetos com malformações congênitas foram estudados, sendo que sete deles foram diagnosticados com mielomeningocele, dois com onfalocele, dois com gastrosquise e dois com onfalocele e gastrosquise. Do total de fetos, a metade foi diagnosticada com mais de uma malformação congênita (FRANCO, 2009). Em comparação,

as MC como a gastrosquise e a mielomeningocele também se fizeram presentes na referente pesquisa, sendo ressaltadas na Tabela 6.

Ainda sobre as categorias de malformação congênita, em três instituições públicas de Fortaleza, durante o período de abril de 2014 a março de 2015, 56 RN apresentaram MC do aparelho Osteomuscular, seguido da MC do Sistema Nervoso Central, com 38 RN. Durante esse ano, cinco RN foram diagnosticados com microcefalia e a malformação mais prevalente foi o pé-torto congênito, aparecendo em 25 RN dentre os 115 estudados (FONTOURA, 2015). Em contraste com o atual estudo, que, em um período menor de coleta de dados, encontrou nove bebês com microcefalia, sendo essa a mais prevalente na pesquisa.

A microcefalia vem sendo amplamente discutida nos últimos dois anos, visto que um número crescente de RN apresentou tal diagnóstico, provavelmente associada à doença chamada Zika vírus. Assim, como descrito nos resultados, essa MC foi a mais prevalente, o que torna um caso de saúde pública e preocupação para o país (ECLAM, 2016).

O ECLAMC (2016) estimou que a taxa de RN nascidos com microcefalia no Brasil é de 1.98/10000. No entanto, essa taxa é três vezes maior na região Nordeste. Estabelece-se que 38% dos casos de microcefalia sejam causas cromossômicas e monogênicas, no entanto são reconhecidas evidências nacionais e internacionais que afirma a relação da presença dessa anomalia com o vírus Zika. Essa doença é transmitida pelo mesmo mosquito da dengue, o *Aedes aegypti*, que quando infecta uma gestante pode gerar um feto com microcefalia. E o óbito perinatal ocorre em 1/3 dos casos para a microcefalia congênita

A holopresencefalia é um defeito ocorrido no prosencéfalo, ocasionando conjunto de malformações faciais na linha média e que acarreta atraso do desenvolvimento neurológico. É uma malformação rara, como afirma o estudo Herrera, Ovalle e Lopez (2015), ao investigar a presença de tal diagnóstico em RN de 15 maternidades chilenas no período de 1972 a 2012, quando foram constatados 55 casos em RN, com prevalência de 0,69/10000 nascidos. A maioria era do sexo masculino, 32 bebês, corroborando com estudos em que afirmam que as malformações congênicas são predominantes no sexo masculino. Enquanto que no estudo em discussão, um recém-nascido foi diagnosticado com tal anomalia.

Em estudo latino-americano, realizado durante os anos de 1995 a 2008, buscou-se traçar a prevalência de bebês com malformações congênicas em nove países, incluindo o Brasil. Durante esse período, nasceram 2.377.891 RN vivos, com taxas de prevalências bastante diferentes entre os países. O Brasil apresentou a maior taxa de 4,2% e o Equador a menor, com 1,4%. No País, a malformação predominante foi a cardiopatia congênita, com

taxa de 46,2%, sendo maior que a taxa média do ECLMAC. Ao todo, o Brasil apresentou oito tipos de MC com taxas superiores às do ECLAMC, como: anencefalia, hidrocefalia, hidronefrose, hipospádia e Polidactilia (NAZER; CIFUENTES, 2011). A partir desses dados, ratifica-se a importância das malformações congênitas como problema de saúde pública para o país.

## **6.2 Ansiedade das mães dos recém-nascidos com e sem malformação**

Diversos são os fatores que desencadeiam ansiedade materna, dentre eles existe a prematuridade e a malformação congênita, comprovado por diversas pesquisas (FAVARO; PERES; SANTOS, 2012; NUNES, 2013). Desta forma, discutimos a partir daqui os resultados referentes aos níveis de ansiedade maternos para os dois grupos: mãe de RN malformado e mãe de RN sem malformação, com as diversas variáveis do estudo.

Além da MC, a prematuridade é fator desencadeante de respostas emocionais, como a ansiedade. Assim Perosa *et al.* (2009), também utilizaram o IDATE para avaliar a ansiedade de mães de bebês com e sem MC, afirmando que em seu estudo com mães de RN com malformações, os índices de depressão, ansiedade-estado e ansiedade-traço foram significativamente maiores quando comparadas às mães de crianças sem MC com a média de 53,5 para ansiedade-estado e 52 para ansiedade-traço. Ratificando, assim, os dados com a pesquisa, visto que a maioria mães de RN com MC apresentaram ansiedade elevada no total de escores do IDATE-Estado e a média foi de 49,9 do total de escores, enquanto que para as mães de bebês internados na UIN e sem algum tipo de malformação, o nível de predominante foi o moderado, apresentando-se em 78,9% das mães entrevistadas.

Somando-se aos fatores desencadeantes da ansiedade citados, existe ainda o desconhecimento por parte das mães acerca da rotina das UIN, dos procedimentos técnicos e do estado do RN que podem desencadear ansiedade. Fato esse comprovado por Mahl, Biaggio e Kessler (2014), em que mães que não possuíam o conhecimento acerca da triagem auditiva neonatal apresentaram níveis de ansiedade alterados, com  $p = 0,0001$ . Pode-se comparar essa situação aos dados descritos nos resultados, que quando correlacionados os dados de todas as mães entrevistadas, o número de gestações obteve valor  $p=0,001$ , com coeficiente de Pearson negativo, significando correlação inversamente proporcional, ou seja, quanto menor o número de gestações, maior é o escore de ansiedade-estado. A justificativa baseia-se de que quando

uma situação é desconhecida, a mulher enfrenta medos, dúvidas e angústias, interferindo no estado ansioso.

Em relação aos percentis utilizados para classificação do nível de ansiedade no IDATE, Fontoura (2015) demonstrou que para ansiedade-estado e ansiedade-traço, o nível mais predominante foi o moderado dentre as mães de RN com MC. A ansiedade elevada apareceu em pequena parte da amostra, diferindo do presente estudo, em que na ansiedade-estado, o nível elevado, foi o mais frequente, apresentando-se em 46,5% das púérperas.

Em pesquisa brasileira, o IDATE foi o instrumento utilizado para avaliação dos sintomas de ansiedade, tendo como critério de corte de pontuação igual ou acima do percentil 75, considerado ansiedade elevada. Com isso, das 12 gestantes, três apresentaram sintomas de ansiedade-estado, mas não apresentaram ansiedade-traço, correspondendo a 25% da amostra, comprovando a existência de uma ansiedade situacional (FRANCO, 2009).

No Brasil, um estudo fez uso da HAD, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, com 40 mães divididas em dois grupos, sendo o Grupo 1 de mães de bebês pré-termo e o Grupo 2 de mães de bebês a termo. Foi percebido que houve associação entre os sintomas de ansiedade e a prematuridade, aparecendo em 75% das mães do Grupo 1 e 50% delas apresentaram sintomas significativos de depressão. Diferenciando do Grupo 2, no qual não houve correlação, ou seja, não apresentaram sintomas clínicos significativos de ansiedade e/ou depressão (FAVARO; PERES; SANTOS, 2012). Quando esses dados foram comparados aos da Tabela 8, percebeu-se que para ansiedade-traço a média dos escores foi de 41,2 e para a ansiedade-estado foi de 43,7.

Apesar de a depressão não ter sido enfoque na pesquisa, estudos demonstram que as mães que apresentam sintomas depressivos, também apresentam sinais clínicos de ansiedade, por esse motivo, a depressão é citada nos próximos parágrafos.

Em estudo americano, foi demonstrado que os sintomas de ansiedade de mães com bebês internados na UIN, mensurados a partir da BAI, foram mínimos em 42,1%, moderados em 47,7% e elevados em 10,3%. Das 53 mulheres que apresentaram nível moderado de ansiedade, 51% delas apresentaram sintomas significativos de depressão. Semelhantemente, das 49 mães que apresentaram sintomas clínicos importantes para depressão, 55% reportaram entre sintomas moderados e severos de ansiedade. No geral, 14% da amostra apresentaram tanto sintomas significantes de depressão como nível moderado a severo de ansiedade (SEGRE *et al.*, 2014). Assim como na pesquisa atual, no que se refere aos níveis de ansiedade, visto que a ansiedade moderada prevaleceu no grupo das mães de RN

sem malformação e a ansiedade elevada predominou no grupo de mães de bebês diagnosticados com malformação congênita.

Eutrope *et al.* (2014) utilizaram a HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, com mães de bebês prematuros. Os resultados demonstraram que 39% das mães obtiveram o escore sugestivo para desenvolver depressão na primeira visita e aproximadamente um terço apresentou esses mesmos resultados durante a segunda visita. O sub-escore da HADS de ansiedade revelou que 75% das mães estavam sob o risco de sofrer um distúrbio de ansiedade na primeira visita, metade delas permaneceu com os mesmos resultados na segunda visita. Os elevados escores nas primeiras e segundas visitas apresentaram relação estatisticamente significativa com a hospitalização da mãe por risco de nascimento de um prematuro com  $p=0.0392$  e  $p=0.0282$ , respectivamente. Enquanto que não apresentaram relação significativa com os nascimentos de bebês a termo e com o peso adequado para a idade gestacional.

Na Tabela 8 do estudo, pôde-se perceber que a ansiedade moderada foi predominante nas mães de RN sem MC internados na unidade neonatal, apresentando relação estatisticamente significativa com o número de partos e os valores do apgar. Para esses dados, o coeficiente de Pearson apresentou-se negativo, ou seja, quanto menor o valor do apgar e o tempo, maior é o escore ansiedade-estado. Esses valores podem ser justificados pelo fato de que o valor do apgar resulta no bem-estar do bebê, assim, quanto menor o apgar, pior é o prognóstico da criança. O mesmo pensamento pode ser utilizado para o número de partos, pois, se a mulher é primípara, aquela situação para ela é encarada como nova, gerando ansiedade, divergindo daquelas mulheres que já são mães e vivenciaram tais circunstâncias.

A ansiedade na Austrália foi pesquisada, a fim de descobrir a incidência de depressão e ansiedade em 408 puérperas. Observou-se a incidência de depressão que variou entre 2,6 e 5,6%, enquanto que os transtornos ansiosos variaram de 10,4 a 16,2%. E as mães em vulnerabilidade social, ou seja, mulheres jovens, com menor escolaridade e menor renda, sem plano de saúde e com maior número de filhos, apresentaram com maior frequência sintomas de ansiedade e depressão (GUIDOLIN; CÉLIA, 2009).

Em relação ao tempo de internação na UIN, para Gimenez e Sanches-Luna (2015), após 15 dias de admissão na UTIN, existiram diferenças do nível de ansiedade entre o grupo controle, que não recebeu a intervenção do suporte social, e o grupo intervenção, recebendo o suporte social, e foram estatisticamente significantes, sendo  $p = 0,001$ , com a ausência de ansiedade em 100% das mães do grupo intervenção comparada a apenas 2,5% do grupo controle. Além disso, ansiedade moderada ou leve também estava presente em 97,5% e

nenhuma das mães do grupo intervenção apresentou esses tipos de ansiedade, divergindo dos dados demonstrados nos resultados da pesquisa, uma vez que os dias de internação não foram estatisticamente significantes quando correlacionados com os escores da IDATE, ou seja, uma variável não depende da outra para sofrer alteração.

Titapant e Chuenwattana (2015) demonstraram que a média dos escores do IDATE-Traço das mães foi de  $45,60 \pm 8,40$  na realização do segundo ultrassom para o diagnóstico de MC,  $44,00 \pm 7,55$  no terceiro e  $38,00 \pm 5,90$  no quarto, ou seja, o primeiro ultrassom apresentou a maior média de escore total, visto que as mães não sabiam se o filho iria ser diagnosticado com malformação congênita.

O momento do ultrassom nas gestantes para rastreamento de MC não foi objetivo da dissertação, no entanto, é importante mencionar que o estado ansioso materno acompanha a mulher durante toda a gestação, além disso, como demonstrado, 71,4% das puérperas receberam o diagnóstico de MC durante a gestação, gerando estado ansioso nas gestantes.

Assim, é importante mencionar que a ansiedade é um estado emocional comum durante a gestação, afetando de 25% a 45% das mulheres grávidas, segundo estudos internacionais. Sendo importante para o bem-estar da mulher e também para o futuro da criança que esses sintomas sejam diagnosticados e tratados a tempo (BRITTON, 2008; GLOVER, 2014).

Outros fatores são capazes de exercer influência nos níveis de ansiedade, como o tempo de internação do RN, fato demonstrado por Guidolin e Célia (2011), em pesquisa aplicada com 140 mães de filhos internados na ala pediátrica, no qual se avaliaram os sintomas depressivos e ansiosos. Os Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck, BAI e BDI, foram aplicados nas participantes. Quando se evidenciou que 46 mulheres foram consideradas ansiosas. Além disso, as mães com menor idade, menor grau de escolaridade, menor renda familiar e com maior número de filhos, apresentaram maior probabilidade de sintomas depressivos e ansiosos. No entanto, neste estudo, esses dados não demonstraram correlação significativa entre os escores da IDATE e os dias de internação do RN, com a idade materna, o grau de escolaridade e a renda familiar mensal.

Bener (2013) afirmou que o risco para ansiedade em mães de RN pré-termo e de muito baixo peso foi 2,7 vezes maior quando comparado ao grupo de mães de bebês a termo com  $p = 0,001$ . Corroborando com os dados das Tabelas 8 e 9, em que as mães de RN com malformação congênita apresentaram ansiedade elevada, enquanto que para as mães de bebês internados na UIN a ansiedade moderada foi predominante.

Beltramini, Moraes e Souza (2013) demonstraram que a frequência dos níveis de ansiedade moderada e grave foram baixas em mães de bebês pré-termo e a termo, no entanto a referente pesquisa demonstra o contrário, os níveis de ansiedade moderado e elevado foram os mais frequentes tanto entre as mães de bebês com malformação quanto entre as mães de RN sem MC.

Sobre a média dos escores da IDATE com as variáveis maternas e neonatais, para Erdrem (2009), a média dos escores da IDATE-Traço de todas as mães foi de  $56 \pm 54$  e a média dos escores do IAT foi de  $48 \pm 49$ , revelando que mães de RN internados na UIN experienciaram níveis moderados de ansiedade relacionados ao evento traumático. Uma análise da média dos escores da IDATE em relação a variáveis idade materna, escolaridade, intercorrências durante a gestação, número de gestação, tipo de parto, peso do RN ao nascer e motivo de internação do RN, revelando relação estatisticamente significativa com  $p=0,05$ . Como resultado da avaliação dos níveis de ansiedade em relação à renda mensal, a média do escore do IAE foi  $56 \pm 5$  e  $4 \pm 46$ , enquanto que para o IAT foi de  $56 \pm 4$  e  $4 \pm 36$ . Quando os escores de ansiedade das mães foram analisados em relação ao sexo dos RN, a diferença entre as médias dos escores de mães de RN do sexo masculino e feminino apresentou estatisticamente significativa, com  $p < 0,05$ . Para essas variáveis, as Tabelas 13a, 13b e 14 apresentaram resultados semelhantes, nos quais, a idade materna de 30 a 41 anos ( $p=0,023$ ), a escolaridade de 6 a 10 anos ( $p=0,00$ ), dois salários mínimos mensais ( $p=0,001$ ), primípara ( $p=0,02$ ), gestação planejada ( $p=0,04$ ) e desejada ( $p=0,02$ ), parto cesáreo ( $p=0,01$ ) e intercorrências na gestação ( $p=0,01$ ) também apresentam relação estatisticamente significativa com o escore total da IDATE-Estado, ou seja, as variáveis influenciam no escore total da ansiedade-estado.

Silva (2014) utilizou a Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS-21), demonstrando não haver relação estatisticamente significativa entre os escores da escala com as variáveis obstétricas: aborto espontâneo, parto prematuro, gravidez anterior e gravidez planejada. Contrastante com o atual estudo, visto que houve relação estatisticamente significativa entre o número de gestações e os escores da IDATE-Estado, com  $p$  igual a 0,003. Além disso, os dados das Tabelas 15 e 17 demonstram haver relação estatisticamente significativa entre o número de filhos ( $p=0,03$ ), número de partos ( $p=0,02$ ) e número de abortos ( $p=0,00$ ).

Para Padovani *et al.* (2009), revelou-se que não houve correlação significativa entre as pontuações nas duas escalas (IDATE e BDI) e variáveis maternas, como idade,

número de filhos, escolaridade, estado civil e a variável do recém-nascido (local da malformação), ou seja, as variáveis não influenciaram nos escores totais das escalas. Contrastando com os dados descritos nos resultados da pesquisa, nos quais, para as mães de bebês com MC, o número de abortos, número de gestações, idade cronológica e dias de internação obtiveram  $p \leq 0,05$ . Ocorrendo o mesmo para as seguintes variáveis de mães, com RN internados na UIN: número de partos, apgar no primeiro e quinto minuto.

Sobre as correlações realizadas no estudo, o coeficiente de correlação de Pearson apresentou-se negativo para todas as variáveis que se apresentaram estatisticamente significante, demonstrando relação inversamente proporcional, ou seja, quando uma variável aumenta a outra diminui, como exemplo a variável número de gestações: quanto menor o número de gestações, maior será o escore de ansiedade-estado. O mesmo raciocínio se aplica as demais variáveis.



## 7 CONCLUSÃO

A partir do estudo, pode-se demonstrar a diferença do nível de ansiedade entre os grupos de mães de RN com e sem malformação congênita, através das análises estatísticas.

Com a aplicação da escala denominada Inventário de Ansiedade Traço e Estado, foi possível demonstrar os escores totais das subescalas para os dois grupos da pesquisa, sendo, assim, possível demonstrar de forma objetiva que a ansiedade moderada e a ansiedade elevada foram predominantes.

A maioria das mães entrevistadas possuía idade entre 19 e 29 anos, alocadas em Fortaleza, com seis a dez anos de estudos, com renda familiar mensal de um a dois salários mínimos e casadas ou em união consensual, todas essas características apresentaram relação estatisticamente significantes quando comparados aos grupos com os escores da escala, ou seja, demonstrando diferença do total de pontuação total dos grupos comparados.

Tanto as médias das variáveis maternas (sociodemográficas, econômicas e perinatais) quanto as dos RN, em maioria, apresentaram associação estatisticamente significantes quando comparadas com as médias dos escores da IDATE-Estado, com  $p \leq 0,05$ . Logo, comprova-se que a situação em que as mães se apresentavam no período da coleta era influenciadora do estado ansioso.

Em relação aos níveis de ansiedade para os dois grupos, segundo os percentis da IDATE, para as mães com bebês sem malformação foram: para IDATE-Traço - 2,1% para o percentil <25, 78,9% para o percentil 25-75 e 18% para percentil > 75; Para IDATE-Estado – 45,2% para percentil <25, 44,2% para percentil 25-75 e 10,6% para o percentil > 75. Quanto às mães de RN diagnosticados com algum tipo de MC as classificações dos percentis segundo a IDATE-Traço foram: 0% para o percentil < 25, 92,8% percentil 25-75 e 7,2% para o percentil > 75; para a IDATE-Estado – 25% para o percentil < 25, 28,5% para percentil 25-75 e 46,5% para o percentil > 75.

Dentre as 28 mães de RN com MC, 20 receberam o diagnóstico de feto com malformação durante o pré-natal, e a maioria dessas mulheres apresentou o nível de ansiedade elevada, de acordo com a classificação dos percentis. Este fato demonstra a necessidade de oferecer suporte social a essas mães, visto ser esse um momento de dificuldade, dúvidas e medos.

Quando correlacionadas as diversas variáveis da pesquisa com os escores totais da IDATE, foi possível demonstrar algumas relações estatisticamente significantes, para o grupo

de mães com RN malformados, principalmente com o número de gestações, número de abortos e dias de internação relacionadas ao escore total de IDATE-Estado. Para a IDATE-Traço, a variável estatisticamente significativa foi a idade cronológica do recém-nascido. Enquanto para o grupo de mães de bebês sem o diagnóstico de malformação congênita, as variáveis número de partos, apgar no primeiro e quinto minuto foram estatisticamente significantes, com  $p \leq 0,05$ .

A pesquisa foi capaz de contribuir não somente para o conhecimento dos profissionais acerca da ansiedade materna, como também despertou o olhar para um grupo que necessita de suporte social específico, trabalhando os conhecimentos acerca dos diagnósticos e motivos de internação de bebês para a diminuição dos níveis de ansiedade.

Os enfermeiros são profissionais que desempenham papel importante diante dessas situações, visto que são promotores da saúde e buscam a qualidade de vida dos pacientes, além de serem os profissionais em maior contato com os pacientes, facilitando a comunicação com os mesmos.

Quanto às limitações do estudo, ressalta-se que a amostra de recém-nascidos com malformações congênitas pode não ter sido suficientemente abrangente, visto que a coleta de dados ocorreu em apenas duas instituições públicas do estado do Ceará, podendo ter interferido nos resultados finais.

Espera-se que, a partir dos resultados da pesquisa, a Enfermagem possa dar maior importância aos sentimentos maternos frente a situações extremas, como a internação de um filho na UIN e o diagnóstico de malformação congênita de uma criança desejada pela família durante a gestação, como demonstrado na pesquisa. É importante que seja percebido que os cuidados ao RN e à puérpera não sejam somente voltados ao bem-estar físico, mas também ao mental. Oferecer suporte a essas mães é de suma importância para que proporcione entendimento e melhor enfrentamento diante de tais circunstâncias. Sugere-se que estudos de intervenções sejam realizados para com essas mães, com a finalidade de promover o bem-estar e a saúde mental e física destas.

## REFERÊNCIAS

AGRATI, D. et., al. Maternal anxiety from pregnancy to 2 years postpartum: transactional patterns of maternal early adversity and child temperament. **Arch Womens Ment Health.**, v.18, n.5, p.693-705, 2015.

ALBUQUERQUE, S. et al. Impacto familiar e ajustamento de pais de crianças com diagnóstico de anomalia congênita: influência dos determinantes da criança. **Rev. Psiq. Clín.**,v. 39, n. 4, p.136-41, 2012.

ALBUQUERQUE, S., PEREIR, M., FONSECA, A., CANAVARRO, M.C. Qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica em pais de crianças com diagnóstico de deficiência/anomalia congênita: a importância das características de resiliência. **Análise Psicológica**, v. 31, n.2, p. 171-184, 2013.

ALMEIDA, L. S; RODRIGUES, S. E; CARDOSO, M.V.L.M.L; FONTOURA, F. C.; OLIVEIRA, N.R.; SARAIVA, I. A.; PONTES, O. T. Caracterização da Rotina da unidade neonatal: ênfase nos ruídos e manuseios (RESUMO). **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano** (Impresso), v. 21, p. 395, 2011.

ALVES, M.L.M. *et.,al.* Ansiedade no período pré-operatório de cirurgias de mama: estudo comparativo entre pacientes com suspeita de câncer e a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos estéticos. **Rev Bras Anesthesiol**, 57(2) 147-156, 2007.

ANDRADE, L. H.; WANG, Y-P.; ANDREONI, S.; SILVEIRA, C.M.; ALEXANDRINO-SILVA, C.; SIU, E. R. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey. **Brazil. PLoS One**; 7:e31879, 2012.

BELFORT, P., BRAGA, A.,FREIRE, N. S. Malformação arteriovenosa uterina após doença trofoblástica gestacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.112-121, fev. 2006.

BELTRAMINI, L.; MORAES, A.B.; SOUZA, A.P.R. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comun**, São Paulo, 25(2): 229-239, agosto, 2013.

BENER, A. Psychological distress among postpartum of mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.35, 2013.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. Manual para Inventário d Ansiedade Traço-Estado (IDATE). **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.

BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: IPEA/SPIE; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatísticas vitais. **DATASUS**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10>>. Acesso em: 8 set. 2013.

BRASIL. **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.

Britton, J.R. Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depress Anxiety*;v. 75, p.793–800, 2008.

CALONE, A.; MADI, J. M.; ARAÚJO, B. F.; ZATTI, H.; MADI, S. R. C.; LORENCETTI, J. Malformações congênitas: aspectos maternos e perinatais. **Revista AMRIGS**. v. 53, n. 3, p. 226-30, 2009.

CAMELIER, V.; RAMOS, R.; PEREIRA, V. F.; REIS, T.; AMORIM, G.; CERQUEIRA, E.; BASILIO, I.; FILHO, V. H. P.; ACOSTA, A. Estudo do Campo 34 na Bahia e em Salvador: impacto na notificação das malformações congênitas. *Gazeta Médica da Bahia*. **Gazeta Médica Bahia**, v. 77, supl 1, p. 55-59, 2007.

CAMPAÑA, H., PAWLUK, M.S.; LOPEZ CAMELO, J.S. Prevalencia al nacimiento de 27 anomalías congénitas seleccionadas, en 7 regiones geográficas de la Argentina. **Arch. argent. Pediatr**, v.108, n.5, 2010.

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C. F.; SOUGEY, E. B.; RENNÓ JUNIOR, J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**,v. 37, n. 6, 278-284, 2010.

CARVALHO, A. E.; LINHARES, M. B. M.; MARTINEZ, F.E. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas prematuras e de baixo peso (< 1.500 g). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 1, 1-33, 2001.

CARVALHO, A. E. V.; LINHARES, M. B. M.; PADOVANI, F. H.P.; MARTINEZ, F. E. Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalizationin neonatal ICU. **Spanish Journal of Psychology**,v. 12, n. 1, 161-170, 2009.

CARVALHO, Q. C. M.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; OLIVEIRA, M. M. O.; LUCIO, I. M. L. Malformação congênita: significado da experiência para os pais. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 5, n. 3, p. 389-97, 2006.

COSTA, J.B., MOMBELLI, M.A., MARCON, S.S. Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. **Estudos de Psicologia**, v.26, .n.3, p.317-325, 2009.

COSTA, M.C.G., ARANTES, M.Q., BRITO, M.D.C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.12, n.4, p.698-704, 2010.

COSTA, C. M. S.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C. Malformações congênitas no Município do Rio de Janeiro, Brasil: prevalência e fatores associados a sua ocorrência. **Caderno Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2423-2431, 2006.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e pesquisa em Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 759-73, 2008.

CUNHA, A.A.; FERNANDES, D.S.; MELO, P.F.; GUEDES, M.H. Fatores associados à asfixia perinatal. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, 26(10):799-805, 2004.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª edição, Artemd, 2008.

Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas, ECLAMC. **Microcefalia no ECLAMC e no Brasil, 2016**.

<http://www.eclamc.org/port/microcefaliaarchivos.php> acessado em 22 de julho de 2016.

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, p.1738-1747, 2009.

EUTROPE, J., *et.,al.* Emotional reactions of mothers facing premature births: study of 100 mother-infant dyads 32 gestational weeks. **PLOS ONE**, v.9, n.8, 2014.

FAVARO, M.S.F.; PERES, R.S.; SANTOS, M.A. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. **Psico-USF**, v. 17, n. 3, p. 457-465, 2012.

FIORAVANTI, A.C.M. *et.,al.* Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade de ansiedade-traço do IDATE. **Avaliação Psicológica**, 5(2), pp. 217-224, 2006.

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.

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

FRANCO, F.C.P. **Assistência pré-natal na mielomeningocele, onfalocele e gastrosquise utilizando imagens fotográficas: compreensão da malformação, ansiedade materna e apego mãe-filho**. 2009. Dissertação – Programa de Pós Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, 2009.

FREITAS, M.; SIQUEIRA, A. A. F.; SEGRE, C.A.M. Avanços em reprodução assistida. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 18, n. 1, p. 93-97, 2008.

FLORES, M. R.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B.; BELTRAMI, L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Rev. Cefac**, v. 15, n. 2, p. 348-360, 2013.

FONSECA, A., NAZARÉ, B., CANAVARRO, M.C. Patterns of parental emotional reactions after a pre- or postnatal diagnosis of a congenital anomaly. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v.29,n.4, 2011.

FONTOURA, F. C.; BALBINO, A. C.; CIPRIANO, M. A. B.; RODRIGUES, S. E.; CARDOSO, M.V.L.M. Complicações maternas vivenciadas durante a gestação de fetos malformados. In: **17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, 2013.

FONTOURA, F. C.; FONTENELE, F.C.; CIPRIANO, M. A. B.; BALBINO, A.C.; RODRIGUES, S. E.; CARDOSO, M.V.L.M. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com gemelaridade conjugada: aplicação dos diagnósticos de enfermagem. In: **II Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal**, 2012.

FONTOURA, F. C. **Recém-nascidos com malformações congênicas: prevalência e cuidados de enfermagem na unidade neonatal** [dissertação]. 2012. Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem, Fortaleza, 2012.

GHORBANI, M., DOLOTIAN, M., SHAMS, J., ALAVI-MAJD, H. Anxiety, post-traumatic stress disorder and social supports among parents of premature and full-term infants. **Iran Red Crescent Med J.**, v.6, n.3, 2014.

GIMÉNEZ, E.C.; SÁNCHEZ-LUNA, M. Providing parentes with individualised support in a neonatal intensive care unit reduced stress, anxiety and depression. **Acta Paediatr.**, V. 104, n.7, 2015.

GLOVER, V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology.**, v. 28, p. 25-35, 2014.

GONÇALVES, D. A; MARI, J. J; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, L. F.; CAMPOS, M.; PORTUGAL, F. B.; BALLESTER, D.; FORTES, S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014.

GUERRA, B.; SIMONAZZI, G.; PUC CETTI, C. Ultrasound prediction of symptomatic congenital cytomegalovirus infection. **Am J Obstet Gynecol**, n. 198, v. 380, p.e1-380.e7, 2008.

GUIDOLIN, B. L.; CELIA, S. A. H. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. **Rev. Psiquiatr**, v. 33, n. 2, 2009.

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

HERRERA, J.N.; OVALLE, L.C.; LOPEZ, A.C. Frequency of holoprosencephaly in Chile. **Rev. méd. Chile** vol.143 no.7 Santiago July 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores Sociais mínimos: conceitos. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em 29 març. 2014.

JACQZ-AIGRAIN, E.; KOREN, G. Effects of drugs on the fetus. **Semin Fetal Neonatal Med**, v. 10, n. 1, p.139-147, 2005.

KATAGIRI, Y.; SHIBUI, Y.; NAGAO, K.; MIURA, K.; MORITA, M. Epigenetics in assisted reproductive technology. **Reproductive Medicine and Biology**, v. 6, p. 2, p. 69–75, 2007.

JUNG, C. F. **Metodologia para pesquisa e desenvolvimento**: aplicada a novas tecnologias, produtos e processos. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2004.

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.

KOENIGS, M.; YOUNG, L.; ADOLPHS, R.; TRANEL, D.; CUSHMAN, F.; HAUSER, M.; DAMASIO, A.. Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgements. **Nature.**, v. 446, n. 7138, p. 908–911, 2007.

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

LEDOUX, J. E. Emotion circuits in the brain. **Annu Rev Neurosci**, v. 23, n. 1, p. 155–184, 2000.

LEUNG, K. Y et., al. 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 Obst Gyneco**, v.28, 2006.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MAHL,F.D.; BIAGGIO, E.P.V.; KESSLER, T.M. Ansiedade materna: presença de risco ao desenvolvimento infantil e reteste da triagem auditiva neonatal. **O mundo da saúde**, São Paulo, 38(4): 384-391, 2010.

MARCOLINO, J.A.M. et.,al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Rev Bras Anesthesiol**, 57(1), pag 52-62, 2007.

MARTINI, *et.,al.* Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. **Journal of Affective Disorders**, 175, pag.385–395, 2015.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy E. E., Onoko, R., organizadores. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (org). Agir em Saúde. Um desafio para o público. São Paulo, Buenos Aires, Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

\_\_\_\_\_. 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](http://datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/inf10)>. Acesso em: 22 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. 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.

NAZER H, JULIO; CIFUENTES O, LUCÍA. Congenital malformations in Latin America in the period 1995-2008. **Rev. méd. Chile**, Santiago , v. 139, n. 1, p. 72-78, Jan. 2011

NOBRE, K.S.S.; CARDOSO, M.V.L.M.; RODRIGUES, S. E.; SILVA, L. P. Perfil dos Recém-Nascidos com Cateter Central de Inserção Periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. I Mostra Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará 2010. NUNES, M.C.D.

NUNES, M.C.D. Impacto do diagnóstico pré-natal (DPN) citogenético e ansiedade materna sobre a interação precoce mãe-bebê. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.2, 2013.

OMS. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: EDUSP, 2008.

PADOVANI, F.H.P., LINHARES, M.B.M., CARVALHO, A.E.V., DUARTE, G., MARTINEZ, F.E. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.26, n.4, p.251-254, 2004.

PEREIRA, R. A.; DUTRA, M. N. O.; CARDOSO, J. P. Prevalência de malformações congênitas em recém-nascidos em hospital da rede pública. **Revista de Saúde Comunitária**, v. 4, n. 1, p. 27-42, 2008.

PEROSA, G.B., CANAVEZ, I.C., SILVEIRA, F.C.P., PADOVANI, F.H.P., PRAÇOU, J.C. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.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, 2008.

PINTO, I.D., PADOVANI, F.H.P., LINHARES, M.B.M. Ansiedade e Depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psicologia: teoria e Pesquisa**, v.25, n.1, 2009.



POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTES, A. **Incidência de Malformações congênicas em crianças nascidas por ICSI no Brasil**. Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, 2005.

Public Health Agency of Canada. **Congenital Anomalities in Canada 2013: A perinatal health surveillance report**. Ottawa, 2013.

RALLIS, S., SKOUTERIS, H., McCABE, M., MILGROM, J. A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. **Women and Birth.**, v. 27, p. 36-42, 2014.

RAMOS, A. P.; OLIVEIRA, M. N. D.; CARDOSO, J. P. Prevalência de malformações congênicas em recém-nascidos em hospital da rede pública. **Revista de Saúde Comunitária**, v. 4, n. 1, p. 27-42, 2008.

REIS, A.T.; SANTOS, R.S.; MENDES, T.A.R. Prevalência de malformações congênicas no município do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2000 e 2006. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 3, p. 364-8, 2011.

RIBEIRO, EM. Prevenção das doenças genéticas, malformações congênicas e programas de saúde pública no Ceará. **Pró-Fono**, v. 20, n. 1, p.66-9, 2008.

RODRIGUES, S. E.; SARAIVA, I. A ; FONTOURA, F. C.; CARDOSO, M.V.L.M. Prevalência de recém-nascidos portadores de malformações congênicas numa unidade neonatal de Fortaleza-ce. In: **II Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal**, 2012.

RODRIGUES, S. E.; FONTOURA, F. C.; FONTENELE, F.C.; CIPRIANO, M. A. B.; CARDOSO, M.V.L.M. Onfalocele gigante no recém-nascido: aplicação dos diagnósticos de enfermagem (RESUMO). **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano** (Impresso), v. 21, p. 395, 2011.

RODRIGUES, S. E. **Atualização de planos de cuidado de enfermagem no Hospital Infantil a Columbia Britânica, Vancouver - Canadá** [monografia de graduação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; 2013.

RONA, R.J., SMEETON, N.C., BEECH, R., SHARLAND, G. Anxiety and depression in mothers related to severe malformation of the heart of the child and foetus. **Acta Paediatrica**, v.87, p.201-205, 1998.

SANTOS, S.R., DIAS, I.M.A., SALIMENA, A.M.O., BARA, V.M.F. A vivência dos pais de uma criança com malformação congênita. **remE – Rev. Min. Enferm.**; v. 15, n.4, p. 491-497, 2011.

SARAIVA, I. A.; RODRIGUES, S. E.; OLIVEIRA, N.R.; CARDOSO, M.V.L.M. Glicemia no Recém Nascido Submetido a Punção do Calcâneo na Unidade Neonatal. In: **63 Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 2011.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré natal e puerpério . São Paulo: SES/SP, 2010.

SEGRE, L.S., McCABE, J.E., CHUFFO-SIEWERT, R., O'HARA, M.W. Depression and Anxiety Symptoms in Mothers of Newborns Hospitalized on the Neonatal Intensive Care Unit. **NIH**, v.63, n.5, 2014.

SCHARAIBER, L.L.; MOTA, A.; NOVAES, H.M.D. **Tecnologias em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html>.

SILVA, S.M.A. **Vinculação materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, depressão, estress e suporte social**. 2012. Dissertação (Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, 2012.

SINGER, T. The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews** v. 30, n. 1, p. 855–863, 2006.

SOCKOL, L.E.; BATTLE, C.L. Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. **Arch Women's Ment Health**, 2015.

SOLBERG, O. et., al. Long-term symptoms of depression and anxiety in mothers of infants with congenital heart defects. *Journal of Pediatric Psychology*, v.36, n.2, 2011.

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

TABAQUIM, M.L.M.; MARQUESINI, M.A.M. Study of the stress of parents of patients with cleft lip and palate in a surgical process. **Estudos de Psicologia I Campinas I**, v. 30, n. 4, p. I 517-524 I, 2013.

TEIXEIRA, C., FIGUEIREDO, B., CONDE, A., PACHECO, A., COSTA, R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. **Journal of Affective Disorders.**, v. 119, p. 142-148,2009.

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. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, v.41, n.1, 2015.

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.

VIEIRA, M. E. B.; LINHARES, M. B. M. Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar. **J Pediatr**, v. 87, n. 4, p. 281-291, 2011.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Nº \_\_\_\_

### **Variáveis sociodemográficas**

1. Idade materna: \_\_\_\_\_ 2. Procedência: \_\_\_\_\_
3. Estado civil: Solteira(  ) Casada(  ) Viúva(  ) União Consensual(  ) Separada Judicialmente(  )
4. Profissão: \_\_\_\_\_
5. Escolaridade: Analfabeta (  ) Até 5 anos de estudo(  ) De 6 a 10 anos de estudo (  ) De 11 anos ou mais de estudo(  )
6. Raça/cor: Branco(  ) Pardo(  ) Negro(  ) Índio(  )
7. 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 (  )
8. Número de moradores na residência: \_\_\_\_\_
9. Grau de parentesco com o pai do RN: sim (  ) \_\_\_\_\_ Não (  )
10. Nº de filhos incluindo o atual: \_\_\_\_\_
11. Nº de filhos malformados incluindo o atual : \_\_\_\_\_
12. Forma de concepção: (  ) natural (  ) TRA

### **Variáveis psicossociais:**

1. Gestação foi planejada: Sim (  ) Não (  )
2. Gestação foi desejada: Sim (  ) Não (  )
3. Gestação foi aceita: Sim (  ) Não (  )
4. Teve apoio da família e/ou companheiro: Sim (  ) Não (  )
5. Teve apoio de alguma instituição ou profissional de saúde: Sim (  ) Não (  )
6. Tentou abortar: Sim (  ) Não (  )
7. Tomou alguma substância abortiva: Sim (  ) Não (  )
8. Recebeu o diagnóstico de MC: Pré-natal(  ) Mês: \_\_\_\_\_ Ao nascimento (  )  
Na Unidade Neonatal (  ) Quantos dias de vida: \_\_\_\_\_
9. Fez uso de drogas lícitas e/ou ilícitas: Sim (  ) Especifique: \_\_\_\_\_ Não (  )

**Variáveis perinatais:**

1. G\_\_P\_\_A\_\_
2. Tipo de parto: Nomal ( ) Cesareana ( )
3. Fez pré-natal: Sim ( ) Não ( )
4. Nº de consultas pré-natal: \_\_\_\_\_
5. Nº de natimortos: \_\_\_\_\_
6. Intercorrências durante a gestação ou parto: Sim ( )  
(especificar)\_\_\_\_\_Não ( )
7. Teve alguma complicação durante o puerpério: Sim ( )  
(especificar)\_\_\_\_\_Não ( )

**Variáveis Neonatais**

DN: \_\_\_\_\_

Hora do nascimento: \_\_\_\_\_

1. Malformação congênita – ( ) sim ( ) não. Qual tipo?

\_\_\_\_\_

2. Motivo de internação na UNI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Sexo: M( ) F( )
4. Idade cronológica:\_\_\_\_\_
5. Idade Gestacional:\_\_\_\_\_

6. Peso: \_\_\_\_\_
7. Apgar: 1º \_\_\_\_\_ 5º \_\_\_\_\_
8. Estatura:\_\_\_\_\_

9. Raça: Branco( ) Pardo( ) Negro( ) Índio( ).

10. Número de dias de internação hospitalar: \_\_\_\_\_

11. Classificação de acordo com IG e peso: \_\_\_\_\_

**APENDICE B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
ANSIEDADE DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM E SEM MALFORMAÇÕES  
CONGÊNITAS NA UNIDADE NEONATAL**

Eu, Sofia Esmeraldo Rodrigues, mestranda em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará, RG:2004010236680, sob a orientação da Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso, estou realizando uma pesquisa intitulada **Ansiedade de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas na unidade neonatal** com o objetivo de avaliar os níveis de ansiedade de mães de recém-nascidos malformados internados em Unidade Neonatal. Por isso a senhora está sendo convidada a participar da pesquisa.

Assim, gostaria de contar com a sua colaboração, permitindo a extração de dados e registros contidos nos seus prontuários e de seus filhos (peso ao nascimento, apgar no primeiro e quinto minuto de vida, estatura, tipo de parto, dentre outros). Irei 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, bem como outras perguntas para preencher os formulários. O registro será realizado pelo próprio punho da mãe, mas caso sinta-se mais a vontade, a pesquisadora poderá preencher pela senhora. A entrevista será realizada na própria instituição onde a mãe e criança encontra-se internada, o ambiente deverá ser privado para evitar constrangimentos. Saliento que essa entrevista não será gravada. 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 causará riscos mínimos a senhora, como um possível desconforto emocional devido a lembrança do diagnóstico do filho.

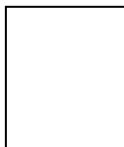
Os benefícios da pesquisa envolvem melhorar a qualidade da nossa assistência enquanto enfermeiro e futuramente elaborar estratégias na tentativa de diminuir os níveis de ansiedade apresentados pelas mães de recém-nascidos malformados.

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 2015.



Assinatura do informante

Sofia Esmeraldo Rodrigues

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

**Nome:** Sofia Esmeraldo Rodrigues  
**Instituição:** Universidade Federal do Ceará  
**Endereço:** Avenida Pontes Vieira, número 2400, apt 2020, BI B  
**Telefones para contato:** 85-999428242 ou 85-988165080

Dados da segunda pesquisadora:

**Nome:** Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso  
**Instituição:** Universidade Federal do Ceará  
**Endereço:** Rua Alexandre Baraúna, 115 – Rodolfo Teófilo  
**Telefones para contato:** 85-33668450

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344.

# ANEXOS



## ANEXO A - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE-TRACO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1 = Quase Nunca**

**3 = Frequentemente**

**2 = Às vezes**

**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**

**3 = Bastante**

**2 = Um pouco**

**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 das Instituições



**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND  
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - GAS

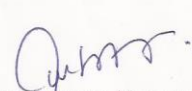


**MEAC**  
MATERNIDADE - ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND

## CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizamos a realização da pesquisa intitulada Ansiiedade de mães de recém-nascido com e sem malformações Congênitas na Unidade Neonatal a ser realizada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand pelos(as) Pesquisadores(as) Silvia Esmeraldo Rodrigues e M<sup>te</sup> Vera Lucie M. L. Cardoso no período de (após apreciação do comitê de ética)

Fortaleza, 08 de julho de 2015.



Prof. Carlos Augusto Alencar Júnior  
Gerente de Atenção à Saúde da MEAC/UFC

### Anuência da Pesquisa

A instituição Hospital Geral Dr. César Cals

Venho, por meio deste, solicitar autorização para realizar a pesquisa intitulada: Ansiedade de mães de recém-nascidos com e sem malformações congênitas na unidade neonatal, resalto que este estudo tem como objetivo avaliar os níveis de ansiedade de mães de recém-nascidos malformados internados em Unidade Neonatal. Assim venho por meio desta carta, solicitar a autorização para realização desta pesquisa.

Esclareço que:

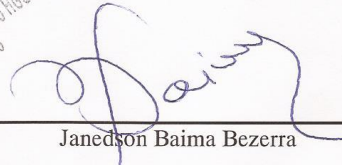
- As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa;
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que o anonimato dos pacientes será preservado;
- Ressalto que os dados só serão coletados após a aprovação do Comitê de Ética desta Instituição.
- A presente pesquisa respeitará a resolução 466/12.

Autorizo

Não Autorizo

Fortaleza, 24 de junho de 2015.

Janedson Baima Bezerra  
 Presidência do CEAP do HSCC  
 CRM: 3068




---

Janedson Baima Bezerra  
 Presidência do CEAP