

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA

ROOZEMÉRIA PEREIRA COSTA

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA MATERNA DE ENFRENTAMENTO À
CONFIRMAÇÃO DE INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA NA GRAVIDEZ E SUAS
IMPLICAÇÕES NO NEURODESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS EXPOSTAS E
NASCIDAS SEM MICROCEFALIA**

RIO DE JANEIRO

2022

ROOZEMÉRIA PEREIRA COSTA

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA MATERNA DE ENFRENTAMENTO À
CONFIRMAÇÃO DE INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA NA GRAVIDEZ E SUAS
IMPLICAÇÕES NO NEURODESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS EXPOSTAS E
NASCIDAS SEM MICROCEFALIA**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas como requisito à obtenção do título de Mestre em Pesquisa Clínica, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Elisabeth Lopes Moreira.

RIO DE JANEIRO

2022

Pereira Costa, Roozeméria .

Avaliação da Estratégia Materna de Enfrentamento à Confirmação de Infecção pelo Vírus Zika na Gravidez e Suas Complicações no Neurodesenvolvimento das Crianças Expostas e nascidas Sem Microcefalia / Roozeméria Pereira Costa. - Rio de Janeiro, 2022.

74 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, 2022.

Orientadora: Maria Elisabeth Lopes Moreira.

Bibliografia: Inclui Bibliografias.

1. Desenvolvimento Infantil. 2. Estratégia de Enfrentamento Materna. 3. Vírus Zika . 4. Psicometria. I. Título.

ROOZEMÉRIA PEREIRA COSTA

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA MATERNA DE ENFRENTAMENTO À
CONFIRMAÇÃO DE INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA NA GRAVIDEZ E SUAS
IMPLICAÇÕES NO NEURODESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS EXPOSTAS E
NASCIDAS SEM MICROCEFALIA**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas como requisito à obtenção do título de Mestre em Pesquisa Clínica.

Orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Elisabeth Lopes Moreira

Aprovada em 15/02/2022

BANCA EXAMINADORA

Dr.^a Marília Santini de Oliveira (Presidente)
Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Alan Araújo Vieira
Universidade Federal Fluminense

Dr.^a Maria Dalva Barbosa Becker Méio (Revisora)
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes
Figueira

Dr.^a Maria de Fátima Junqueira-Marinho
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes
Figueira

Dr.^a Leticia Villela (Suplente)
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes
Figueira

DEDICATÓRIA

“Crianças... são como borboletas dançando ao vento! Algumas voam rápido, outras voam pausadamente, mas todas voam do seu melhor jeito, porque cada uma é....

ESPECIAL!!!”

Inês Clímaco

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre abençoar e iluminar meus caminhos.

A minha orientadora Dra. Maria Elisabeth Lopes Moreira e membros da banca examinadora: Dr. Alan Araújo Vieira, Dra. Maria Dalva Barbosa Baker Meio, Dra. Maria de Fátima Junqueira-Marinho, Dra. Leticia Vilela por aceitarem participar da avaliação do meu trabalho.

Ao meu amigo Dr. Jose Augusto pela amizade e incentivo.

Aos meus queridos pais: Custódio e Conceição.

Aos meus filhos Luiz Fellipe e Julia por serem compreensíveis nos momentos que estive ausente.

A Helena e Mariana, minhas netas.

Ao meu amigo, cúmplice, parceiro, Alexandre, por me incentivar em todos os momentos de preocupação, por ter ajudado nos difíceis e comemorado nos felizes.

As minhas irmãs Rosely, Rosenir e Rosimeire, as primeiras a me incentivarem. Só tenho a agradecer ter passado com vocês e compartilhado todos os momentos mais importantes da vida, com todo carinho e torcida nesse período.

A minha sobrinha Fabiana, por muitas vezes me emprestar seu colo em meus momentos de estresse.

A toda equipe do laboratório de alta complexidade do IFF, por estar sempre disposta a ajudar e contribuir com os resultados.

A toda equipe do IFF por toda disponibilidade e apoio durante esses anos. Muito obrigada por tudo.

Aos meus amigos e familiares que compreenderam a minha ausência em inúmeros momentos e que foram solidários e compreensivos durante este período.

Em especial, a todas as mães que aceitaram participar da nossa pesquisa. Que este trabalho favoreça a elas a oportunidade de serem ouvidas.

Ao INI, pela acolhida nessa trajetória do Mestrado profissional; e a todas as pessoas que possibilitaram a concretização desse trabalho.

PEREIRA COSTA, RP. **Avaliação da estratégia materna de enfrentamento à confirmação de infecção pelo vírus Zika na gravidez e suas implicações no neurodesenvolvimento das crianças expostas e nascidas sem microcefalia.** Rio de Janeiro, 2022. 78f. Dissertação [Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica] – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

RESUMO

Introdução: A partir do ano de 2015 foi verificado um aumento significativo no número de casos de microcefalia neonatal, possivelmente relacionados ao vírus Zika, emergindo como um problema de saúde mundial. As investigações sobre a relação entre a infecção pelo vírus Zika e as lesões congênitas em recém-nascidos, principalmente levando à microcefalia, foram expandidas, com o intuito de verificar não somente a dimensão das lesões induzidas pela infecção, mas sua associação com os períodos de maior desenvolvimento do sistema neurológico. Fatores inerentes ao hospedeiro, à virulência viral, ao estado imune das mães, como exposição prévia ao vírus Zika, bem como ao tempo entre infecção e nascimento do bebê, podem influenciar a variação no acometimento do feto e, portanto, as anomalias congênitas observadas. Diversos estudos mostraram alterações graves no desenvolvimento neuropsicomotor das crianças afetadas, não apenas a microcefalia e a paralisia cerebral, mas comprometimento em outras áreas do desenvolvimento, como o desenvolvimento da linguagem. Estar grávida e infectada pelo vírus Zika torna-se um grande fator de estresse para essas mulheres, pelo conhecimento do risco de poderem ter um bebê com graves alterações do desenvolvimento neuropsicomotor. **Objetivo:** Este estudo propõe avaliar a estratégia de enfrentamento a essa situação de insegurança e estresse utilizada por mulheres grávidas ao se descobrirem infectadas pelo vírus Zika durante a gestação, os resultados da avaliação psicométrica dos seus filhos/as, nascidos sem microcefalia, aos dois anos de idade, e se o modo como elas enfrentaram essa adversidade contribuiu para modificações nestas avaliações. **Métodos:** Estudo transversal a partir de uma coorte em acompanhamento no Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – FIOCRUZ no projeto “Exposição vertical ao Zika vírus e suas consequências no neurodesenvolvimento”. A estratégia de enfrentamento utilizada pelas mulheres foi avaliada pelo Inventário Brief Cope, e a avaliação psicométrica do desenvolvimento pelas Escalas Bayley III de Avaliação do Desenvolvimento Infantil. **Resultados:** A amostra foi composta por 41 mães com idade média de 41 anos. Com relação ao desenvolvimento das crianças, a escala que apresentou maior pontuação média foi a motora com 91,30, em seguida a escala cognitiva com 90,85, sendo a escala de linguagem a que teve a menor pontuação com 83,96. Foi observado que as estratégias mais utilizadas pelas mães foram “Planejamento”, “Reenquadramento Positivo”, “Auto-Culpabilização” e “Religião”.

Palavras-chave: Vírus Zika; Brief Cope; Transtorno do neurodesenvolvimento; Psicometria

PEREIRA COSTA, RP. **Avaliação da estratégia materna de enfrentamento à confirmação de infecção pelo vírus Zika na gravidez e suas implicações no neurodesenvolvimento das crianças expostas e nascidas sem microcefalia.** Rio de Janeiro, 2022. 78f. Dissertação [Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica] – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas.

ABSTRACT

Background: Since the beginning of 2015 a significant increase in the number of cases of neonatal microcephaly, possibly related to Zika virus infection, emerged as a global health issue. The investigations concerning the association of Zika virus infection and the congenital abnormalities found in newborn infants, mainly microcephaly, were expanded with the purpose of verifying not only the dimension of the lesions caused by the virus, but its association with the periods of greater development of the neurological system. Factors inherent with the host, the viral virulence, the immune state of the mothers, as previous exposure to Zika virus, as well as the period between the infection and the birth of the concept, may influence the fetus involvement, and thus, the congenital abnormalities encountered. Numerous studies disclosed severe alterations in the neuropsychomotor development of the affected children, not only microcephaly and cerebral palsy, but also involvement in others areas of the development such as language development. Being pregnant and infected by Zika virus turned out to be a great factor of distress for these women, for the awareness of the risk of giving birth to a baby with severe abnormalities of neuropsychomotor development. **Objective:** This study aimed to evaluate the coping strategy to this situation of uncertainty and stress used by these women when they discovered that they were infected by Zika virus during their pregnancy, the psychometric evaluation results of their children, born without microcephaly, at the age of two years, and if the way they faced this adversity contributed to these evaluations. **Methods:** Cross-sectional study in a cohort which is being followed in the Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – FIOCRUZ in the Project “Exposição vertical ao Zika vírus e suas consequências no neurodesenvolvimento”. The coping strategy used by the women was evaluated with the Brief Coping Questionnaire, and the psychometric evaluation of development with the Bayley Scales of Infant and Toddler Development Third Edition. **Results:** The sample involved 41 mothers with the mean age of 41 years. Concerning the children development, the scale with greater mean punctuation was the motor domain with 91.30, followed by the cognitive domain with 90.85; the language domain achieved the lower punctuation, of 83.96. It was observed that most frequent strategies used by the mothers were “Planning”, “Positive reframing”, “Self blaming” and “Religion”.

Palavras-chave: Virus Zika; Brief Coping; Neurodevelopment Disorder; Psychometric

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 AEDES E O VÍRUS ZIKA	12
2.2 INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA	13
2.3 DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	15
2.4 ESCALA DE AVALIAÇÃO DO NEURODESENVOLVIMENTO INFANTIL	17
2.5 INSTINTO MATERNAL	18
2.6 CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE MATERNA.....	19
2.7 VÍNCULO AFETIVO MATERNO	22
2.8 RESILIÊNCIA	24
2.9 COPING	26
3 JUSTIFICATIVA	30
4 OBJETIVOS	31
4.1 OBJETIVO GERAL	31
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
5 METODOLOGIA.....	32
5.1 DESENHO DO ESTUDO	32
5.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	32
5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	32
5.4 CASUÍSTICA.....	32
5.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	33
5.5.1 <i>Brief COPE</i>	33
5.5.2 <i>Avaliação de estratégias de enfrentamento materno</i>	33
5.5.3 <i>Avaliação do neurodesenvolvimento das crianças</i>	34
6 ANÁLISE	37
7 RESULTADOS	38
8 DISCUSSÃO	43
9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	46
10. CONCLUSÕES	47
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48

12. ASPECTOS ÉTICOS.....	49
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICE 1 – Questionário.....	57
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
APÊNDICE 3 – ARTIGO	67

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2015 foi observado no Brasil um aumento significativo dos casos de microcefalia em recém-nascidos. Esse aumento ocorreu no mesmo período em que o país passava por uma epidemia causada pelo vírus Zika, cuja transmissão ocorre principalmente por meio da picada do mosquito *Aedes aegypti*. As autoridades do Ministério da Saúde do Brasil foram as primeiras a suspeitar da hipótese envolvendo uma associação causal entre a infecção congênita pelo vírus Zika na gestação e a microcefalia, bem como com a Síndrome de Guillain-Barré, uma síndrome neurológica cuja principal manifestação é a fraqueza muscular (GARCIA,2018).

A infecção por vírus Zika no período pré-natal é grave porque pode levar a severas anormalidades fetais durante o primeiro trimestre da gestação. Além disso, a infecção materna precoce durante a gravidez tem sido associada à morte fetal, ao aborto espontâneo, à restrição de crescimento fetal, a anormalidades oculares e do sistema nervoso central (MEHRJARDI; SHOBEIRIAN, 2017).

A epidemia pelo vírus Zika trouxe uma série de desafios para a saúde pública, principalmente para as grávidas que tiveram diagnóstico da doença na gestação e que se deparavam com a possibilidade de seus filhos serem gravemente afetados. As mães relataram pânico e culpa social sabendo que a síndrome congênita do recém-nascido resultou do fato de elas terem sido infectadas pelo vírus Zika. Vale ressaltar que mesmo as mães de filhos que nasceram sem a microcefalia passaram a viver com o fato de que as crianças expostas ao vírus no período fetal também precisariam ser acompanhadas e poderiam apresentar atrasos no desenvolvimento (ANTHONY et al., 2016).

A forma como estas mulheres enfrentaram esta nova realidade é o principal foco deste estudo. Através do instrumento Brief COPE, que define a forma de enfrentamento que as mães usaram, a proposta deste estudo é avaliá-la e verificar o quanto a forma adotada influenciou no perfil de desenvolvimento das crianças.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 AEDES E O VÍRUS ZIKA

O vírus Zika é um Flavivírus inicialmente isolado em macacos Rhesus na floresta de Zika em Uganda no ano de 1947, através de uma rede que monitorizava a febre amarela, e em 1952, identificado em humanos, na Uganda e na República Unida da Tanzânia. Foram registados surtos da doença do vírus Zika em diversos países como a África, as Américas, a Ásia e no Pacífico. É uma doença predominantemente transmitida por mosquitos da espécie *Aedes*, sendo no Brasil o *Aedes aegypti* o mais comum e o principal transmissor da infecção pelo vírus Zika. O mosquito *Aedes aegypti* vive por duas a 4 semanas, mas seus ovos podem sobreviver por um longo período em estado seco (CHAN et al., 2016).

O ciclo de vida do *Aedes aegypti* compreende o ovo, quatro estágios larvais, um estágio de pupa e o adulto. A duração do desenvolvimento das larvas depende da temperatura, da disponibilidade de alimentos e da densidade larvária no recipiente. As pupas não se alimentam, sendo sua função a metamorfose do estágio larval para o adulto. Esse estágio dura, geralmente, de dois a três dias. Um ou dois dias após emergirem, os adultos se acasalam, sendo que as fêmeas fazem o repasto sanguíneo (SOUZA, 2016).

Os ciclos silvestres envolvem espécies como o *Aedes africanus*, das quais o vírus Zika foi isolado pela primeira vez em 1948. A maioria das transmissões urbanas provavelmente envolve *Aedes aegypti* (HANG et al., 2016).

O vírus Zika apresenta RNA envelopado, de cadeia simples, cujo genoma codifica três proteínas estruturais (C - capsídeo, M - membrana e E - envelope) e sete proteínas não estruturais (NS1, NS2a, NS2b, NS3, NS4a, NS4b e NS5). O mais importante antígeno do vírus Zika é a proteína E que coordena a associação entre vírion e os receptores virais do hospedeiro e os lipídios da membrana. Estes lipídios, aderidos à superfície do capsídeo, coordenam o reconhecimento viral permitindo sua entrada na célula hospedeira (MELO et al., 2016).

Existem duas grandes linhagens de vírus Zika, asiáticas e africanas, que são compostas por vários subclados. Embora *Aedes aegypti* seja a espécie de mosquito

mais associada à transmissão, o vírus Zika foi isolado de uma variedade de outras espécies de mosquitos *Aedes*, incluindo *Ae. polinesienses*, *Ae. Albopctus*, *Ae. Hensilli*, *Ae. Africanus*, *Ae. Apicoargenteus*, *Ae. Luteocefalia*, *Ae. Vitattus* e *Ae. Furcifer* (HEUKELBACH et al., 2016).

A variabilidade primária ao comparar as cepas parece estar relacionada às diferenças na disponibilidade de potenciais locais de glicosilação (CHAN *et al.*, 2016).

2.2 INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA

A manifestação clínica inicial em casos sintomáticos da infecção pelo vírus Zika tende a aparecer após um período de incubação de 3 a 12 dias, caracterizada por febre, erupções cutâneas, mialgia, conjuntivite, perturbações gastrointestinais e dores de cabeça (SHARMA; LAL, 2017), podendo ser facilmente confundido com outras viroses como a Dengue ou Chikungunya. Os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após 3-7 dias, mas a artralgia pode persistir por até um mês (SAIZ et al., 2016). Nas gestantes a apresentação clínica da infecção por vírus Zika apresenta como sinais mais frequentes uma erupção macular ou maculopapular, prurido, artralgia, hiperemia conjuntival (BRASIL et al., 2016). Estima-se que somente 18 % das infecções resultem em manifestações clínicas sendo mais frequente a infecção assintomática (SOUZA, 2016).

O vírus Zika pode causar malformações congênitas no feto, como a microcefalia, e nos adultos a síndrome de Guillain-Barré, meningoencefalite mielite e anormalidades oftalmológicas (MLAKAR *et al.*, 2016; RASMUSSEN *et al.* 2016; ARAUJO *et al.*, 2016; CAO-LORMEAU *et al.* 2016; FONTES *et al.* 2016; PETERSEN *et al.* 2016; RASMUSSEN *et al.* 2016). A infecção por vírus Zika é prejudicial no período pré-natal e pode levar a graves anormalidades fetais (síndrome congênita de ZIKA) em cerca de 1-13% das gestantes infectadas durante o primeiro trimestre. A infecção materna precoce durante a gravidez tem sido associada à morte fetal, ao aborto espontâneo, à restrição de crescimento fetal, a anormalidades do SNC fetal (microcefalia particularmente grave) e anormalidades oculares (MEHRJARDI; SHOBEIRIAN, 2017).

Portanto, uma possibilidade importante de transmissão da infecção por vírus Zika é a vertical. Entre 2014 e 2015 foi verificado um aumento do número de casos de microcefalia associados à infecção pelo vírus Zika durante a gestação (MLAKAR J, KORVA M, TUL N, POPOVIĆ M, POLJŠAK-PRIJATEL J M, MRAZ J, et al., 2016), sendo que em maio de 2016 essa associação foi confirmada (RASMUSSEN SA, JAMIESON DJ, HONEIN MA, PETERSEN LR ,2016), assim como seu tropismo pelo Sistema Nervoso Central, ampliando de forma drástica o perfil de gravidade da doença. O relato de aumento do número de anormalidades neurológicas ao nascer durante o surto do vírus Zika e o isolamento do vírus do tecido cerebral em fetos abortados, sugerem a transmissão vertical do vírus como a principal causa das anormalidades do sistema nervoso central (SNC) fetal (MEHRJARDI; SHOBEIRIAN, 2017).

Recentemente outras possíveis formas de transmissibilidade da doença foram relatadas, uma delas por via sexual. O primeiro caso registrado de possível transmissão sexual ocorreu em 2008, quando um entomologista, que contraiu a infecção por vírus Zika no Senegal, apresentou os sinais característicos da doença e sintomas de prostatite e hematospermia, e em seguida infectou sua esposa através do contato sexual (HAMER et al., 2017). O vírus Zika foi detectado também por RT_PCR em muco cervical, amostras endocervicais e de mucosa vaginal. A partir da evidência de disseminação do vírus no trato genital feminino e masculino e do indício epidemiológico sugestivo de transmissão por meio de contato sexual desprotegido, foi configurado haver um risco definido de infecção assintomática e de transmissão do vírus Zika por contato sexual com seus parceiros após viagens para áreas endêmicas (HAMER et al., 2017).

Em relação à duração da presença do vírus Zika no sêmen, foi realizada análise do sêmen de indivíduos infectados e foi detectado o vírus Zika por RT_PCR durante o período de 188 dias após o início dos sintomas. Dois estudos foram publicados relatando a presença de vírus Zika no sêmen. (MANSUY et al., 2016) relatou um caso em que foi constatado uma carga viral no sêmen cem mil vezes maior que a encontrada no sangue do paciente após 2 semanas do início dos sintomas. (ATKISON et al., 2016) relatou o caso de um homem de 68 anos que retornou das Ilhas Cook para o Reino Unido em 2014; partículas de vírus Zika foram detectadas em seu sêmen, através de RT_PCR, 62 dias após o início dos sintomas.

O sangue menstrual, secreções vaginais e retais estão associadas a atividades sexuais. No entanto, até o momento nenhum relato foi publicado na detecção do vírus nesses fluidos corporais (CALVET et al., 2018).

O prognóstico fetal depende em grande parte do momento da infecção, uma vez que no início da gravidez a placenta apresenta propriedades diferentes em relação ao final da gravidez. O vírus teoricamente teria um acesso mais difícil ao feto no final da gravidez, porque precisaria passar pelas camadas trofoblásticas, membranas coriônicas e amnióticas e, provavelmente, o líquido amniótico, para atingir o feto (MEHRJARDI; SHOBEIRIAN, 2017).

Todo o conhecimento a respeito de outras infecções congênitas virais e bacterianas com potencial teratogênico grave, assim como o tropismo já identificado no vírus Zika pelo Sistema Nervoso Central, nos leva à hipótese de que crianças acometidas pela infecção durante o período gestacional e que não apresentam os sintomas clássicos da Síndrome Congênita do vírus Zika e/ou microcefalia, também podem evoluir com alterações importantes no seu neurodesenvolvimento ao longo do tempo.

2.3 DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O desenvolvimento infantil vem recebendo uma atenção especial nos últimos anos, sendo objeto de diferentes análises e interpretações nas diversas abordagens da Psicologia (PASQUALINI, 2009). Entende-se por desenvolvimento as mudanças físicas, neurológicas, cognitivas e comportamentais que ocorrem em processos graduais, consistindo em um progresso dos estágios mais simples aos mais avançados de complexidade.

Durante o processo de desenvolvimento, ocorre o surgimento e expansão das capacidades do indivíduo por meio do crescimento, da maturidade e do aprendizado. O desenvolvimento pode ser entendido, também, como mudanças nas funções corporais, influenciadas por fatores emocionais e/ou sociais (CHAVES, LIMA, MENDONÇA, CUSTÓDIO, & MATIAS, 2013; SANTOS, QUINTÃO & ALMEIDA, 2010).

O desenvolvimento saudável na infância pode ser influenciado por diversas variáveis do contexto familiar, tais como, a qualidade das relações primárias desenvolvidas pela criança, a saúde mental dos familiares e a dinâmica familiar (ANDRADE, SANTOS, BASTOS, PEDROMÔNICO, ALMEIDA-FILHO, & BARRETO, 2005; FLORES, SOUZA, MORAES, & BELTRAMI, 2013). Além disso, o desenvolvimento sofre influências de fatores genéticos e ambientais (BEE & BOYD, 2011). A qualidade do desenvolvimento infantil é um importante determinante da saúde do indivíduo ao longo de toda sua vida. O desenvolvimento saudável estabelece uma base essencial para o sucesso acadêmico, saúde, bem-estar geral e várias outras conquistas (ANDERSON, SHINN, & FULLILOVE, 2003).

A literatura aponta a importância da identificação precoce de sinais de atraso no desenvolvimento infantil (SIGOLO & AIELLO, 2011). Os desvios no padrão esperado de desenvolvimento trazem indícios de que algo está acontecendo de maneira inadequada, até mesmo quando os pais ou responsáveis ainda não perceberam o problema. O desenvolvimento ocorre a partir da interação contínua entre os potenciais biológico e genético e as condições ambientais (aspectos psicossociais, culturais e econômicos). Suas etapas são dinâmicas, sendo cada uma delas preparatória das subseqüentes. Os marcos do desenvolvimento servem como guias para o reconhecimento dos desvios da normalidade.

Quanto mais cedo ocorre o diagnóstico de atraso no desenvolvimento infantil, menores serão os danos causados às crianças (SANTOS et al., 2010). Desta forma o atraso no alcance dos marcos do desenvolvimento em um ou mais domínios pode representar um risco ao desenvolvimento infantil e sinalizar a existência de um transtorno, incluindo os neurodesenvolvimentais (American Psychiatric Association, [APA], 2014), os genéticos e os neuropsiquiátricos (BELSKY, 2010).

Os pais têm um papel fundamental ao atuar no desenvolvimento global e da personalidade da criança, organizando espaços e tempos, e fazendo com que ela conviva com a realidade do mundo, facilitando o seu envolvimento com experiências enriquecedoras para seu crescimento.

2.4 ESCALA DE AVALIAÇÃO DO NEURODESENVOLVIMENTO INFANTIL

Durante os primeiros anos de vida é que se processam as mais importantes modificações e os maiores saltos evolutivos, incomparáveis com os demais ciclos de vida, nas áreas cognitiva, motora, social e do domínio da linguagem. Também é considerado como um período crítico à vulnerabilidade e de maior plasticidade para aquisições de novas habilidades pelo Sistema Nervoso Central – SNC. (RESCORLA, 1989; HALPERN et al., 2000, PALHARES et al., 2000; GAGLIARDO et al., 2004; DIAMENT; CYPEL, 2010; PINHEIRO; MARTINEZ; PAMPLIN, 2010; O'DONNELL; O'CONNOR; GLOVER, 2009, KOUTRA et al., 2012).

Muitos estudos apontam que fatores ambientais protetores podem modificar e diminuir os fatores de riscos biológicos, superando algumas dificuldades nos primeiros anos de vida, desde que haja diagnóstico e intervenção adequada, e que as crianças sejam devidamente estimuladas pelo ambiente (HALPERN et al., 1996; RUGOLO, 2005; CASTRO, 2005; RESEGUE; PUCCINI; SILVA, 2007).

De acordo com Figueiras et al., (2005); Pinheiro; Martinez; Pamplin (2010), as ações preventivas na primeira infância devem ser iniciadas a partir do nascimento e continuar nos primeiros anos de vida. A detecção de possíveis atrasos, seguida pela intervenção adequada, são consideradas como as ações de Vigilância do Desenvolvimento.

Em 2012 o Ministério da Saúde implantou o uso de instrumentos para monitorar o desenvolvimento infantil. A escolha do instrumento de avaliação deve ser individualizada para sua necessidade e pode ser usada não somente na vigilância e triagem, mas também para diagnóstico, planejamento e acompanhamento de tratamentos.

As escalas de desenvolvimento padronizadas são utilizadas para a detecção precoce de alterações e a possibilidade serem realizadas medidas de intervenção terapêuticas rápidas e eficazes. A escala fornece importantes informações sobre os marcos do desenvolvimento atingidos e sua capacidade operacional com o meio (FORMIGA, 2010).

Muitos estudos apontam que fatores ambientais protetores podem modificar e diminuir os fatores de riscos biológicos, superando algumas dificuldades nos primeiros anos de vida, desde que haja diagnóstico e intervenção adequada, e que

as crianças sejam devidamente estimuladas pelo ambiente (HALPERN et al., 1996; RUGOLO, 2005; CASTRO, 2005; RESEGUE; PUCCINI; SILVA, 2007).

2.5 INSTINTO MATERNAL

A partir do século XIX, como representantes da ciência, os médicos passaram a ser respeitados não apenas enquanto especialistas em assuntos de saúde e doença, mas como conselheiros da arte de bem viver. O corpo feminino foi transformado em objeto de conhecimento médico e ganhou força a formulação de discursos normativos para o bom desempenho de suas funções reprodutivas e sociais, dando início a um processo de gerenciamento desse corpo – e, conseqüentemente, da maternidade – sem precedentes. A ideia de “binômio mãe-filho” e da maternidade como elemento constitutivo primordial, central e definidor da mulher se institui nesse processo. O binômio mãe-filho foi colocado como objeto de preocupação social, num processo crescente que alçou a maternidade à dimensão de questão de ordem pública, que deveria ser amparada e protegida. O exercício da função materna passou a ser visto como, além de algo natural, uma função de cunho moral e político. Paradoxalmente, apesar de essa ser considerada uma atividade da natureza feminina, as mulheres precisavam também ser educadas para tal. A ciência foi acionada na conformação de um novo modelo de maternidade, no qual os médicos foram agentes importantes. Tal modelo é oportunamente chamado, por algumas autoras, de “maternidade científica” (MARTINS, 2004; FREIRE, 2009).

Já no final do século XVIII, muitas publicações recomendavam que as mães cuidassem pessoalmente dos filhos, apelando à ideia do instinto materno. O mito da existência natural e instintiva do amor materno tem, desde então, colocado as mulheres ocidentais como naturalmente afetivas e maternais e com vocação para o cuidado, principalmente dos filhos, do marido e outros familiares e do ambiente doméstico (BADINTER, 1980). Em sua obra “Emílio ou da educação” (1762), Rousseau afirma que a mulher não deve se queixar da desigualdade imposta pelo homem, já que cabe a quem a natureza encarregou do cuidado dos filhos essa responsabilidade. O amor materno é, dessa forma, uma construção moderna, para qual a biomedicina contribuiu fortemente, e não uma conduta universal e

inquestionável, intrínseca às mulheres. Na realidade, ao longo da história e em culturas distintas constata-se uma imensa variabilidade de padrões afetivos e interativos entre progenitores e prole (BADINTER, 1980). Muitos fatores contribuíram para que a maternidade fosse santificada e colocada como principal interesse feminino e, conseqüentemente, para que os homens ocupassem os lugares da vida pública enquanto às mulheres ficaram designados os cuidados domésticos e com os filhos (LAQUEUR, 1992; VOSNE MARTINS, 2004).

2.6 CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE MATERNA

Há uma temática que WERNET (2007) discute em sua tese que se mostra fundamental: a transição para a maternidade. Nesta, a mulher se dirige de uma realidade conhecida para uma não conhecida, rumo à sua identidade materna. Ou seja, passa de um ser independente, a outro estágio, assumindo um compromisso para a vida inteira com um ser humano que está por vir. (ANTUNES & PATROCÍNIO, 2007).

Ao longo do caminho para assumir a identidade materna, a mulher fica em estado de vulnerabilidade e enfrenta alterações singulares. MERCER (2004; 2006), citado por WERNET (2007), dispõe sobre quatro estágios nessa transição para a maternidade. O primeiro é o antecipatório, em que ocorre o preparo para o papel, com a formação de atitudes de compromisso e vinculação para a chegada do filho, podendo acontecer durante a gravidez ou até mesmo antes desta. O segundo estágio é a aquisição formal da maternidade, que acontece a partir do nascimento, quando a mulher passa a cuidar de seu filho, seguindo orientações de seus familiares, havendo um aumento de habilidades e informações ao longo dos cuidados de seu bebê. O terceiro é a aquisição informal, período em que a mulher passa a refletir a respeito dos seus próprios cuidados com o filho e começa a abandonar as orientações dos mais experientes para construir seus próprios meios de atenção e criação de seu ente familiar, sentindo-se mais tranquila. E, no quarto estágio, a mulher alcança a identidade materna, estando mais calma e confiante em relação ao seu desempenho, fortificando o processo de vinculação. "(...) ela sente

uma congruência entre seu eu mãe com a performance na maternidade concebida de forma mais coletiva”. (p. 32).

Em relação a estes estágios, a mulher está sendo influenciada pelo contexto familiar e o histórico deste, além de, paralelamente, lidar com o manejo dos obstáculos e dificuldades que surgirem no processo, que conta com as especificidades desta mulher tornando-se mãe de seu bebê, recebendo influências também da composição familiar.

Antunes e Patrocínio (2007), também em relação à transição para a maternidade, consideram essa passagem, desde a gravidez até a maternidade propriamente dita, complexa, pois se trata de uma reorganização e reestruturação familiar. Enumera assim etapas pelas quais a mulher pode passar. São elas: “A aceitação da gravidez; a aceitação da realidade do feto; reavaliação e reestruturação da relação com os próprios pais; reavaliação e reestruturação da relação com o companheiro; a aceitação do feto enquanto pessoa separada; e reavaliação e reestruturação da própria identidade da mulher” (p. 241).

Wernet (2007) discorre sobre o significado que é construído pela mãe baseado nas suas experiências. Ela comenta que o significado emerge na interação e que o ser humano, quando interage no mundo, está sendo influenciado pelo que está passando, ao mesmo tempo em que aplica aspectos de um passado que já vivenciou. Assim, a pessoa interage ao mesmo tempo em que interpreta e se define num contexto repleto de significados atribuídos às circunstâncias vividas.

“É no presente de cada vivência que ela define ativamente a perspectiva, e, por meio dessa definição da realidade pessoal, desencadeiam-se as ações. As ações são consideradas decisões feitas pelo indivíduo, envolvendo definição, interpretação e escolha que estão influenciadas pela relação com o contexto (...)”. (WERNET, 2007, p.37).

Sendo o contexto de uma criança totalmente diferente do esperado, os cuidadores deste bebê irão construir um caminho diverso e terão outras preocupações, como a sobrevivência do filho, assim como a alimentação e os cuidados específicos necessários. SANTOS & DIAS, (2005).

Ser o responsável pelos cuidados de uma criança com alguma má formação traz efeitos significativos para esta família, gerando intensas desconstruções quanto ao estado de sobrevivência “normal” de um filho. Nessa situação de um nascimento diferente do desejado, a família será influenciada por seu sistema de crenças e pelos significados construídos por seus membros. Ou seja, a família contém o domínio das representações culturais presentes em seu sistema simbólico, o que influenciará a maneira dos pais lidarem com a parentalidade neste caso de malformação. WERNET, (2007).

O nível de aceitação dentro da família dependerá também do volume de informações diretas a respeito do prognóstico do bebê. Assim, é de suma importância os profissionais estarem à disposição para tirar as dúvidas dos pais, orientando-os, para que eles se sintam “(...) encorajados a buscarem qualidade de vida dentro dos limites impostos à criança” SANTOS & DIAS (2005).

Ao longo dos quatro estágios do processo de tornar-se mãe, descritos por MERCER (2004; 2006), citado por WERNET (2007), a mãe que tem um filho com malformação passa por muitos obstáculos, pois tudo se configura de uma forma diferente, não somente do que a mãe imaginou para si, mas também do que os familiares esperavam deste acontecimento. No segundo estágio, de aquisição formal da maternidade, a mãe se depara com as dificuldades e o choque, pois as informações são passadas pela equipe hospitalar, enquanto os familiares também se sentem perdidos em relação a como proceder diante da possibilidade de um diagnóstico alterado. Na aquisição informal, a mãe continua recebendo informações médicas a respeito dos procedimentos adotados no hospital e começa a construir outra concepção de ser mãe, junto dos familiares, que também aprendem a lidar com condições diversas das que estão acostumados. No quarto estágio, a mãe, algumas vezes, aprende a conviver com novas informações a respeito de seu filho, inclusive notícias que não são o que ela gostaria de ouvir, em relação à capacidade de sobrevivência e do que é possível fazer em situações de riscos característicos da malformação específica daquele bebê.

2.7 VÍNCULO AFETIVO MATERNO

Quando uma mulher tem um projeto de um dia ter um filho, e mais tarde fica grávida, várias mudanças ocorrem em sua vida, começando pela mudança de papel: o de filha para o de mãe.

A partir daí toda fantasia e o desejo que existiam de um dia ter um filho, de como ele vai ser, com quem vai aparecer, começam a tomar forma (STERN, 1997). Esse processo vai acontecendo de forma contínua durante os nove meses de gestação, onde a mulher se prepara para essa nova experiência que é ser mãe.

Culturalmente, o nascimento de uma bebê causa expectativa, idealizações, fantasias e projeções nos pais, especialmente nas mães. De acordo com BRAZELTON E CRAMER (1992), no momento do nascimento três diferentes percepções sobre o bebê se apresentam para os pais e mães: o bebê imaginário de seus sonhos e fantasias; o feto invisível, mas real, com ritmos particulares e personalidade particular que vão se revelando ao longo da gestação; e o recém-nascido de fato, que pode ser visto, ouvido, pego nos braços.

Segundo Casarin (2003), os temores sobre o futuro do bebê já começam no momento da gestação. Tais temores presentes durante a gravidez, e confirmada por um eventual diagnóstico de deficiência da criança, é sempre um choque, que traz à tona sentimentos negativos, ambivalência e rejeição por parte dos pais e mães.

Szejer e Stewart (1997), afirma que o vínculo existente entre a mãe e o bebê é marcado não no nascimento, mas antes de tudo no desejo de ser mãe e, sobretudo, no instante em que sabe da gravidez, planejada ou não. Isso leva a concluir que a fantasia e a realidade da vida de uma mulher determinam a sua ideia de futuro, de como construir a vida, dimensionar a carreira, os afetos, sua projeção de família, assim como sua emancipação materna.

Segundo Winnicott (1963) a maternagem está relacionada ao desenvolvimento da saúde mental do indivíduo. Ele apontava para diversas funções exercidas pela mãe em relação ao seu bebê que contribuíam incisivamente para o seu desenvolvimento. Dentre essas funções, WINNICOTT (1975) destacou a relação que se estabelece entre a mãe e o bebê logo após o nascimento. Assim, para WINNICOTT (1975), quando o bebê olha o rosto de sua mãe, vê a si mesmo, e a

mãe ao olhar o bebê, enxerga um novo ser, aquilo que está relacionado à sua própria imagem.

Maldonado (1976), fala sobre a maternidade como um momento existencial, de extrema importância para a mulher, o qual lhe dá oportunidade de atingir novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. Esse é um momento único na vida das futuras mães. No momento em que se descobre ou planeja uma gravidez a mulher tende a passar por um turbilhão de emoções: se esse processo vai ser bom ou ruim, vai depender do quanto à gravidez foi planejada, do tempo em que a mãe esperou por esse momento, se foi fruto de um relacionamento saudável e estável. Todos esses fatores são de extrema importância para aceitação desse novo período que marca a vida das mulheres.

Para Mannonio (1988), o nascimento de um filho vai ocupar um lugar entre os sonhos perdidos da mãe, pois aquilo que ela sempre projetou e desejou para si, automaticamente ela transfere para o filho, fazendo-o a recompensa ou a repetição da sua própria infância.

O impacto psicológico materno ao descobrir que esse filho tão sonhado e idealizado tem algum tipo de deficiência é frustrante, pois castra todo aquele sonho e desejo que a mãe tanto projetou para essa criança. Tachibana (2006) refere ao enlutamento acerca da própria maternagem, e que de fato há uma sensação de impotência na mulher, diante de uma gestação que não foi bem-sucedida, devido à malformação do bebê, fazendo com que se sinta incapaz. Com isso, as mulheres criam sentimentos de tristezas, angústias, e muitas vezes não os expõem achando que a não aceitação desse fato possa dar a percepção de ser uma “má mãe”.

A mãe precisa adaptar-se ao novo modo de vida e de criação do seu filho, pois o cuidado com o bebê será diferenciado por conta da sua saúde frágil e suas dificuldades de interação, dificuldade de sucção, atraso nos desenvolvimentos da fala etc. Pode não ocorrer uma relação afetiva entre mãe e filho, decorrente tanto das características do bebê quanto pela reação de fugada mãe OMOTE, 1980 apud SILVA, (1988).

2.8 RESILIÊNCIA

O termo resiliência começou por ser utilizado ao nível da Física e da Engenharia (YUNES, 2001). Resiliência refere-se à capacidade de um material voltar à sua forma inicial após ser sujeito a alguma pressão (FERREIRA, 1975; GOMES, 2006). Esta noção foi adotada no âmbito das Ciências da Educação, referindo-se ao desenvolvimento de competências em indivíduos ou grupos, que apesar de terem estado expostos a condições de risco, demonstram um desenvolvimento saudável e têm êxito social (GOMES, 2006).

Brandão, Mahfouz e Nascimento (2011) em estudo realizado sobre as origens do conceito realizam uma ampla investigação abrangendo a raiz da palavra através do campo da física, perpassando pela inclusão do termo na área da saúde e abordando questões de ordem epistemológica. No campo das ciências da saúde a expressão passa a aparecer a partir da década de 70 em função de estudos que se centraram em compreender como pessoas submetidas a situações traumáticas agudas não adoeciam (SORDI, MANFRO e HAUCK, 2011; BRANDÃO, MAHFOUD e NASCIMENTO, 2011).

Munist et al. (1998) mencionam que a resiliência se refere à capacidade que o indivíduo tem para encarar e ultrapassar as adversidades e ser modificado por elas, sendo desta forma a capacidade do indivíduo desenvolver competências, apesar de poder apresentar patologias mentais ou sociais. De acordo com MARTINS (2005), a resiliência encontra-se relacionada com três conceitos: fatores de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade. Deste modo, seguidamente serão explicitados os diversos conceitos. WERNER (2000) considera que os fatores de risco são relativos a obstáculos individuais ou ambientais que aumentam a possibilidade do indivíduo que é exposto a eles de apresentar um desenvolvimento negativo. Nesse sentido, MARTINS (2005) menciona que estes fatores aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos e a probabilidade de apresentarem resultados negativos perante situações de estresse. Desta forma, são apresentados diversos fatores de risco: baixo nível socioeconómico (MASTEN E GARMEZY, 1985; CHAN, 2008), eventos de vida negativos para o sujeito, ausência de apoio social, género e fatores genéticos (MASTEN & GARMEZY, 1985), predomínio de comportamentos de carácter antissocial e agressivo, dificuldades por parte do indivíduo em controlar a sua

impulsividade, hiperatividade e baixa autoestima (MARTINS, 2005), idade e etnia (CHAN, 2008).

Yunes (2001) refere que mesmo que o indivíduo apresente fatores de proteção, estes podem não demonstrar efeito na ausência de um estressor, uma vez que a sua finalidade consiste em alterar a resposta por parte do indivíduo quando sujeito a situações adversas mais do que favorecer o desenvolvimento normal.

A resiliência não é algo fixo, mas sim capaz de variar de acordo com as circunstâncias, a história de vida e o momento. Outro fator relevante, ainda que indiretamente, é aquele que situa a resiliência dentro de um contexto sociocultural. Essa perspectiva entende que, em diferentes contextos, as mesmas ações e palavras podem também ter efeitos diferentes (VANISTENDAEL, 1999). Dessa forma, a resiliência se dá como um processo dinâmico que pode variar de acordo com as diferentes situações que se apresentam e com a etapa de vida em que a pessoa se encontra. Por ser variável ela pode ser promovida. Quer dizer, um suporte social adequado, como algum membro da comunidade que faça vínculo afetivo ou uma pessoa da família que sirva de apoio e referência para a mãe, pode colaborar para o desenvolvimento de sua resiliência.

A estranheza materna diante de seu bebê leva muitas vezes as mães à tentativa de inscrevê-lo em algum lugar de pertinência e reconhecimento a partir do seu diagnóstico (BATTIKHA. E, FARIA. M, KOPELMAN. B, 2007). Há um hiato entre o bebê esperado/sonhado e este outro que chega de um modo diferente, no lugar de quem era aguardado, agora a criança do diagnóstico. A fala sobre os bebês se dá a partir do seu problema, podendo-se pressupor uma equivalência entre a doença do bebê e o bebê, como se o real desse corpo marcado impedisse qualquer possibilidade de simbolização a respeito dele JERUSALINSKY & COLS (1999).

Observa-se a ambiguidade das mães entre investir nesse filho ou afastar-se dele, evitando assim um luto muito doloroso no caso de um prognóstico ruim, podendo comprometer severamente o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2011). Segundo Cyrulnik (2006) é preciso dar espaço de fala a essas mães para que possam elaborar e lidar com o trauma do nascimento do filho malformado.

A Resiliência está alicerçada em recursos Egóicos os quais farão frente a eventos de ordem traumática, sejam eles eventos do desenvolvimento esperado,

sejam eventos externos, e é possível afirmar que há uma singular e complexa relação operando tanto em níveis mais conscientes, quanto em níveis inconscientes.

As experiências emocionais primitivas de cuidado fornecerão uma marca poderosa para o sujeito resiliente. Tanto, que será através desse registro de cuidado, que o sujeito traumatizado, resgatando seus registros de cuidado, poderá – e buscará – recursos de tratamento ou auxílio de maneira geral para dar conta do evento ou situação atual.

Neste sentido a Resiliência é acionada frente às situações traumáticas. Torna-se notório, por fim, que para toda a vida de um indivíduo resiliente sempre deverá haver um encontro entre os recursos egóicos dele e um ambiente propício ao acolhimento da narrativa deste sujeito. Dessa forma, então, a Resiliência se apresentará com todo seu potencial articuladamente com os demais recursos do sujeito, tecendo novas vias para a vida, integrando às vicissitudes e ampliando a riqueza das vivências.

2.9 COPING

O *coping* é a forma que o indivíduo utiliza para confrontar as ameaças do dia a dia, contemplando respostas que poderão surtir muito ou pouco efeito frente a uma situação de estresse, e podendo, desta forma, gerar respostas com impacto positivo ou negativo na saúde e bem-estar do indivíduo (MONAT, LAZARUS & GRETCHEN, 2007). As teorias mais recentes acerca do estresse e do *coping* defendem que o processo entre o indivíduo e as situações envolve constantes interações e ajustamentos, sendo o indivíduo um agente ativo capaz de influenciar o impacto de um estressor através do uso de estratégias de *coping*. Assim, quanto melhores as estratégias do indivíduo, menor será a sua vulnerabilidade ao estresse LAZARUS & FOLKMAN, (1984).

Segundo Antoniazzi, Dell'aglio e Bandeira, (1998) o conceito *de coping*, apesar de já ter sido referenciado na década 1940, somente a partir da década de 1960 é que passou a ser objeto de um maior número de pesquisas e publicações, tornando-se, a partir de 1980, um conceito importante em vários estudos e programas educativos e sociais.

Os autores citam que há duas formas de *coping*, nomeadamente o *coping* focalizado na emoção e o *coping* focalizado no problema. O *coping* focalizado na emoção agrupa estratégias que têm como intuito lidar com a resposta emocional desencadeada pelo evento estressor permitindo que o indivíduo pense e atue de uma forma eficiente. O *coping* focado no problema tem a ver com comportamentos que irão causar mudanças diretamente na situação geradora de estresse com o objetivo de modificar, de alguma forma, a ocorrência que está a requerer uma adaptação do indivíduo, permitindo lidar de forma adequada com situações indutoras de estresse.

O *coping* focado no problema parece ser o mais eficaz a longo tempo, em casos de situações controláveis, enquanto o *coping* focado na emoção é mais adequado para situações de curta duração e incontroláveis (SULS EFLETCHER, 1985, CIT IN KROCKER, 2003)

De acordo com Fisher e Tarquinio, (2010), ao longo das décadas tem sido adotada, de forma crescente e gradual, uma perspectiva mais ampla e holística, na qual o comportamento de *coping* é analisado como parte resultante de um largo espectro de fatores de personalidade, tais como capacidades, competências, capacidade emocional, expectativas, crenças, valores, objetivos, compromissos e papéis. Ainda de acordo com os autores, a observação e o estudo dos comportamentos humanos perante acontecimentos dolorosos e causadores de estresse de vida há muito que chamam a atenção dos investigadores. A questão de saber como as pessoas reagem, enfrentam e se adaptam a situações difíceis é de grande importância do ponto de vista psicológico e social.

Há várias definições do conceito de *coping*, e diferem ao suporte que lhe é atribuído, referindo-se geralmente à capacidade de o indivíduo ajustar, adaptar e gerir acontecimentos estressantes (HOLAHAN & MOSS, 1987). De acordo com RIBEIRO e RODRIGUES (2004), é fundamental que o *coping* seja um mediador entre o acontecimento e a consequência, considerando desta forma a importância da necessidade em obter resultados positivos por um maior período de tempo, de forma a ocorrer a adaptação a esse mesmo acontecimento. Para COSTA E LEAL (2006), a relação estabelecida entre os acontecimentos perturbadores e os sentimentos, pensamentos e comportamentos que o organismo tem, denota-se

como estresse, e para uma melhor adaptação ao estresse é necessário a aprendizagem de estratégias de *coping*.

Holahan & Moos, (1987) CIT IN RIBEIRO & RODRIGUES, (2004) definem o *coping* como um fator equilibrador, facilitando o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou em momentos estressantes.

De acordo Fisher & Tarquinio, (2010) a questão de saber como as pessoas reagem, enfrentam e se adaptam a situações difíceis é de grande importância, do ponto de vista psicológico e social.

O desenvolvimento positivo e saudável é resultado de uma influência global das relações entre o indivíduo em desenvolvimento, contemplando fatores biológicos, psicológicos, familiares, comunitários, culturais, do ambiente físico e do nicho histórico. As normas para um desenvolvimento adaptativo emergem desta interação entre o indivíduo e o seu contexto, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida (LERNER et al., 2005).

Como referem Compas e Colaboradores, (2001), o *coping* é um processo dirigido a um objetivo, no qual o indivíduo orienta pensamentos e comportamentos no sentido de resolver a fonte do estresse ou lidar com as reações emocionais ao estresse. Os mesmos autores definem *coping* como os esforços intencionais e conscientes para a regulação das emoções, das cognições, dos comportamentos, da fisiologia e do ambiente, em resposta a acontecimentos ou circunstâncias estressantes. Estes processos de regulação estão dependentes do desenvolvimento biológico, cognitivo, social e emocional do indivíduo. Assim, o nível de desenvolvimento determina os recursos disponíveis para os processos e limita o tipo de ações de *coping* que podem surgir.

Diversos autores explicam as variações no *coping*, demonstrando que estas são influenciadas pelas características da personalidade do indivíduo, ou seja, as pessoas detêm uma série de estratégias de *coping* fixas ao longo do tempo e que utilizam em situações estressantes (MOLTON et al., 2008; RIBEIRO, 2007).

As estratégias de *coping*, utilizadas corretamente, serão eficazes e ajudarão a ultrapassar impactos indesejáveis de situações estressantes no bem-estar físico, emocional e mental do indivíduo (CARVER, 1997).

Hartmann (2008) afirma que lidar com a parte emocional deve ser fortemente reconsiderada, sugerindo usar melhores estratégias de *coping* a nível mental e

emocional, dissociando e adaptando o confronto emocional, incluindo a procura de sentido e de aceitação dessa mesma situação.

Para Jackson, Mackenzie e Hobfoll Scherer e colaboradores (1988), cit in Cardoso (2011), a emoção é descrita como uma resposta emocional com o intuito de lidar ou suportar a situação estressante, referindo que o indivíduo pode iniciar com uma estratégia e posteriormente poderá prosseguir com outra, ou até mesmo com um leque de várias estratégias, considerando as possíveis alterações na relação pessoa-meio.

3 JUSTIFICATIVA

O vírus Zika sua forma mais grave, durante a gestação, atinge o desenvolvimento de diversos órgãos e pode provocar a destruição do sistema nervoso em seres humanos. No entanto, ainda hoje há muitas lacunas no conhecimento sobre a repercussão da infecção pelo vírus Zika nas mulheres grávidas, no feto, nas famílias e na sociedade.

Embora tenham sido descritos casos de comprometimento fetal grave, com o nascimento de bebês com microcefalia associada ao vírus Zika na gestação, quase nada se conhece sobre a evolução dos bebês expostos ao vírus e que não apresentaram gravidades maiores como microcefalia. Além disto, o desconhecimento inicial dos profissionais de saúde sobre a doença e suas consequências gerou uma insegurança nas grávidas, e posteriormente nas mães cujas crianças foram afetadas, e isto tem sido pouco estudado até o momento. A virose em si não traz grandes implicações para a saúde da mãe, mas ao afetar os seus filhos, pode trazer grandes consequências para qualidade de vida delas e da família. Soma-se a isto a vulnerabilidade emocional, uma vez que são mulheres cujas esperanças e sonhos, bem como a construção familiar, são interrompidos diante o desconhecido.

Uma grande contribuição desta pesquisa é detectar possíveis formas de atraso no desenvolvimento global na criança que tenha nascido com lesões mínimas, ou mesmo aparentemente assintomática, como estas mães lidaram com essa nova situação, e qual o reflexo das estratégias de enfrentamento usadas por elas sobre o desenvolvimento da criança.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres grávidas ao se saberem infectadas pelo vírus Zika durante a gestação e o impacto destas estratégias nos resultados da avaliação psicométrica dos seus filhos/as aos dois anos de idade.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar a estratégia de enfrentamento utilizada por mulheres grávidas ao tomarem conhecimento da infecção comprovada pelo vírus ZIKA durante a gestação.

2. Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor aos dois anos de idade dos filhos/as dessas mulheres que não apresentaram microcefalia ou Síndrome da Zika Congênita ao nascer.

3. Verificar a associação das estratégias utilizadas pelas mulheres e os resultados do desenvolvimento neuropsicomotor aos dois anos.

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal em uma coorte em acompanhamento no Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz no projeto “Exposição vertical ao Zika vírus e suas consequências no neurodesenvolvimento”.

5.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Crianças assintomáticas ao nascer cujas mães foram expostas ao vírus ZIKA durante a gestação e suas respectivas mães.

5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas crianças com microcefalia, Síndrome de Zika Congênita, malformações congênitas, infecções pelo grupo de patologias TORCHS.

5.4 CASUÍSTICA

Para estimar a relação da exposição vertical ao vírus Zika, foi utilizada uma amostra de conveniência das crianças acompanhadas na coorte do estudo “Exposição vertical ao ZIKV e suas consequências no neurodesenvolvimento da criança”. A amostra incluiu todas as crianças que completaram 2 anos de idade no momento da avaliação psicométrica. As mães e crianças foram incluídas no estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

5.5.1 *Brief COPE*

O *Brief COPE* é um inventário de estratégias multidimensionais composto por 28 itens, que visa avaliar as diferentes formas de como as pessoas respondem a situações estressantes (CARVER, 1997).

Os 28 itens do *Brief COPE* se distribuem por cada uma das 14 escalas (2 itens cada), cada uma com sua definição própria (RIBEIRO & RODRIGUES, 2004): nomeadamente o *coping* ativo, planejar, utilizar suporte instrumental, suporte social emocional, religião, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distração, desinvestimento comportamental, o uso de substâncias (e.g., medicamentos/ álcool) e humor.

O instrumento *Brief COPE* tem versões validadas para uso nas línguas: espanhola/Espanha (PERCZEK et al., 2000), coreana/Coréia do Sul (KIM; SEIDLITZ, 2002), francesa/França (MULLER; SPITZ, 2003), portuguesa/Portugal (RIBEIRO & RODRIGUES, 2004) e grega/Grécia (KAPSOU et al., 2010). E vem sendo utilizado no meio científico brasileiro (ANJOS, 2011; SOUZA, 2011; BRASILEIRO et al., 2012).

O questionário é precedido por uma introdução breve em que se pede às pessoas para responderem sobre o modo como lidam com os problemas da vida.

E avaliado por escala ordinal variando de um a quatro, entre “nunca faço isto” até “sempre faço isto”. Os itens são somados em cada escala, sendo que quanto maior for a nota obtida maior é o uso de determinada estratégia para o *coping*.

5.5.2 *Avaliação de estratégias de enfrentamento materno*

Para avaliar essas estratégias foi utilizado o Inventário *Brief Cope*. É uma das medidas de auto reação usado para avaliar uma ampla gama de respostas de enfrentamento a dificuldades específicas, assim como visa explorar as relações entre respostas de enfrentamento, compromisso de objetivos pessoais e progresso

(CARVER, 1997). Este questionário já foi traduzido e validado para a língua portuguesa no Brasil (BRASILEIRO *et al.*, 2012)

O questionário é precedido por uma introdução breve em que se pede às mães para responderem sobre o modo como lidam com os problemas da vida.

É avaliado por escala ordinal variando de um a quatro, entre “nunca faço isto” até “sempre faço isto”. Os itens são somados em cada escala, sendo que quanto maior for a nota obtida maior é o uso de determinada estratégia de *coping*. Os questionários foram aplicados individualmente, por um único examinador, seguindo as instruções padronizadas, conforme a versão original do instrumento. Os comportamentos Auto-distração, negação, uso de drogas, comportamento de descompromisso, desabafo, Auto-culpabilização foram usados para definir fuga e o enfrentamento ativo foi definido a partir da utilização de suporte emocional, utilização de suporte de rede de apoio, reenquadramento positivo, planejamento e aceitação para aproximação. As variáveis idade e cor, renda média e escolaridade (ensino fundamental, ensino médio e ensino superior completos) foram obtidas do estudo de coorte inicial “Exposição vertical ao Zika vírus e suas consequências no neurodesenvolvimento”. E a cor foi autorreferida e classificada em amarela, branca, parda e preta. Variáveis da história gestacional (presença de hipertensão arterial e diabetes) e tipo de parto assim como peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer, idade gestacional e APGAR também foram colhidos e analisados. Foram calculados escore z para peso, perímetro cefálico e comprimento usando como referência da Curva do Intergrowth-21.

5.5.3 Avaliação do neurodesenvolvimento das crianças

As Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil III foram descritas, inicialmente em 1933, com o objetivo de realizar o diagnóstico evolutivo do desenvolvimento (BAYLEY, 1933, citada por CAMPOS; GONÇALVES; SANTOS, 2004). Foram revisadas em 1969, em 1993 (Escala Bailey II) e em 2006 (Escala Bayley III), nos Estados Unidos (SILVA *et al.*, 2011). Sua versão foi validada para o Brasil por Madaschi (2016).

Elas constituem um instrumento adequado para a avaliação de crianças de um a 42 meses de idade (com e sem deficiências) e são amplamente reconhecidas e utilizadas em estudos sobre o desenvolvimento infantil. Fornecem resultados confiáveis e válidos e sua utilidade como instrumento de pesquisa tem recebido grande suporte da comunidade científica.

A escala de desenvolvimento Infantil Bayley III fornece informações sobre o desenvolvimento em 3 áreas:

1. Cognitiva: Desenvolvimento sensório-motor, exploração e manipulação, relação com objetos, formação de conceitos, memória e outros aspectos do processo cognitivo.
2. Linguagem: Composta pela comunicação receptiva e expressiva. A comunicação receptiva inclui itens como comportamentos pré-verbais, desenvolvimento do vocabulário e compreensão verbal. Enquanto a comunicação expressiva avalia a comunicação pré-verbal e desenvolvimento de vocabulário.
3. Motora: Dividida em motor fino e motor grosso. A parte motora fina avalia habilidades relacionadas com apreensão, percepção e integração motora, planejamento motor e velocidade motora, enquanto o motor grosso mede os movimentos dos membros e troncos.

As escalas de Desenvolvimento Infantil Bayley III vem sendo utilizadas para avaliar o impacto de condições biológicas, como prematuridade e baixo peso, comparando com grupos controle sem a condição (GOTO et al., 2005; MELLO; GONÇALVES; SOUZA, 2004), associando com variáveis ambientais (EICKMANN; LIRA; LIMA, 2002), ou com características maternas como ansiedade (FRAGA et al., 2008) e para avaliar procedimentos de intervenção junto a bebês muito prematuros (KOLDEWIJN et al., 2009).

Os tipos de pontuações disponíveis nas escalas Bayley-III são pontuações escalonadas, pontuação composta e classificações em percentis. Os escores escalonados se referem à pontuação bruta em cada subteste, onde a atividade realizada equivale a um ponto e caso não seja realizada a zero; os escores compostos são derivados da soma das pontuações escalonadas dentro de cada

domínio avaliado. Foram considerados como atrasos moderados os escores compostos para linguagem, motor e cognitiva menores que 85 (1 desvio padrão) e severos aqueles menores que 70 (2 desvios padrão). Os componentes Social-emocional e Componente adaptativo não foram avaliados neste estudo.

A Escala pode ser realizada por profissionais de diferentes áreas como médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos.

6 ANÁLISE

Os dados foram transcritos pelo pesquisador para uma ficha clínica, armazenados no banco de dados no Microsoft Access e analisados no Software IBM SPSS *Statistics* versão 23. Inicialmente foi realizada análise descritiva das variáveis de interesse, por meio de tabelas de frequência, médias e medianas. Os resultados do Inventário Brief Cope foram categorizados de acordo com a estratégia utilizada pelas mulheres: estratégia de negação ou de confronto, sendo calculada as frequências das estratégias utilizadas pelas mulheres do estudo. Em relação aos resultados do Bayley III, foram calculadas as médias dos escores dos domínios de linguagem, cognitivo e motor, assim como dos seus subescores – linguagem receptiva e expressiva, e motor fino e grosso. A presença de amamentação durante os primeiros dois anos de vida foi categorizada em dois grupos: nunca amamentou e se recebeu algum leite materno (exclusivo ou complementado com fórmula). Foram considerados os fatores de confundimento escolaridade e idade materna e presença de uso de leite materno (amamentação) durante os primeiros dos anos de vida nas análises.

Foram realizadas análises multivariadas para avaliar a associação entre as estratégias de enfrentamento e os resultados do neurodesenvolvimento avaliados pelas escalas Bayley III aos dois anos de idade, considerando como variáveis dependentes: os escores cognitivo, de linguagem e motor, e os subescores linguagem receptiva, linguagem expressiva, motor fino e motor grosso. As variáveis independentes foram: as duas categorias de enfrentamento, a escolaridade materna, idade materna, exposição ao vírus durante a gestação (crianças assintomáticas e expostas), presença de amamentação.

7 RESULTADOS

A amostra foi composta por 47 mães, com idade média de $31,1 \pm 5,6$ anos, sendo 30 (63,8%) delas não brancas (pretas/pardas/amarelas), e 17 (36,2%) brancas. A renda média dessas mulheres foi de 3 salários-mínimos. Com relação à instrução, foi observado que a maioria (66%) tinha ensino médio completo, e 21% ensino superior; poucas haviam concluído apenas o ensino fundamental. No que diz respeito ao trabalho durante a gestação, a metade (53%) declarou ter trabalhado nesse período. Hipertensão na gestação foi bastante frequente (26,7%) e muito poucas desenvolveram diabetes gestacional. O tipo de parto mais frequente a qual foram submetidas foi a cesariana (Tabela 1).

Tabela 1: Características maternas da população de estudo

Variável	N	%
Cor/Raça		
Amarela	2	4%
Branca	17	36%
Parda	20	43%
Preta	8	17%
Instrução da Mãe		
Ensino Fundamental	6	13%
Ensino Médio	31	66%
Ensino Superior	10	21%
Trabalho na Gestação		
Trabalhava	25	53%
Não trabalhava	22	47%
Hipertensão na Gestação		
Sim	12	26,7%
Não	33	73,3%
Diabetes na Gestação		
Sim	4	8,9%
Não	41	91,1%
Tipo de Parto		
Cesáreo	35	74,5%
Vaginal	12	25,5%
	Média	DP
Idade da Mãe	31,1	5,6
Renda (salários-mínimos)	3,08	4,90

Em relação aos aspectos relacionados às crianças consideradas no estudo, houve discreta predominância do sexo masculino (55%) e na data da entrevista tinham em média 27 meses. As crianças nasceram a termo, com peso adequado e boa vitalidade. A maioria (84,4%) foi amamentada (Tabela 2).

Tabela 2: Características das crianças incluídas no estudo

Variável	Média	DP
Peso ao nascer (g)	3137,74	592,2
Comprimento ao nascer	48,71	3,0
PC ao nascer	34,38	1,49
Escore Z do Peso ao nascer	0,20	1,06
Escore Z do comprimento	0,17	1,34
Escore Z do PC	0,85	1,03
Idade Gestacional ao nascer	38,09	2,09
APGAR no 1º Minuto	9,50	6,16
APGAR no 5º Minuto	8,87	1,39
Idade em Meses	26,9	15,0
	N	%
Sexo		
Feminino	26	45,0%
Masculino	21	55,0%
Foi amamentada		
Sim	38	84,4%
Não	7	15,6%

Os resultados observados na avaliação do desenvolvimento dessas crianças com as Escalas Bayley III, estão representados na tabela 3. A escala que apresentou maior pontuação média foi a motora, seguida pela escala cognitiva, e pela escala de linguagem, cuja média estava abaixo de um desvio padrão da média esperada. Com relação às subescalas, foi observado uma maior pontuação da escala de linguagem expressiva quando comparada com a linguagem receptiva, assim como a motora fina quando comparada a motora grossa (Tabela 3).

Tabela 3: Médias dos escores nos domínios de avaliação da Escala Bayley III na população estudada

	Média (DP)	
Cognitiva	90,8	(10,6)
Linguagem Receptiva	7,1	(2,2)
Linguagem Expressiva	9,2	(13,3)
Linguagem Composta	83,9	(12,6)
Motora fina	9,5	(1,8)
Motora Grossa	7,3	(2,5)
Motora composta	91,3	(8,9)

Os resultados das estratégias de enfrentamento, determinadas pelo *Brief COPE*, estão descritos na tabela 4. Pode-se observar que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram: “Planejamento”, Reenquadramento Positivo”, “Auto-Culpabilização” e “Religião”. Enquanto as menos utilizadas foram “Humor”, “Uso de Drogas” e “Auto distração”.

Tabela 4: Estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães das crianças do estudo determinadas pelo Inventário Brief COPE

Tipos de Estratégia	Média (DP)
Auto-Distração	2,9 (0,9)
Negação	3,2 (1,4)
Uso de Drogas	2,2 (1,0)
Comportamento de Descompromisso	2,8 (1,3)
Desabafo	3,9 (1,3)
Auto-Culpabilização	4,9 (1,8)
Enfrentamento Ativo	4,7 (0,7)
Utilização de suporte emocional	3,6 (1,1)
Utilização de suporte de rede de apoio	3,0 (0,9)
Reenquadramento positivo	5,4 (2,0)
Planejamento	5,9 (1,8)
Aceitação	3,1 (0,9)
Humor	2,1 (0,9)
Religião	4,9 (1,5)

A tabela 5 mostra relação das variáveis maternas com o tipo de estratégia utilizada pelas mães. Foi observado que apenas a cor foi estatisticamente

significativa na estratégia utilizada, sendo a fuga mais utilizada por mães não brancas, enquanto mães brancas mais frequentemente utilizaram a estratégia aproximação. Como raça é um marcador social importante, foi avaliado se essa diferença não se devia a outro fator, como escolaridade ou renda, e constatou-se que mulheres de cor branca foram as que tinham maior escolaridade (ensino superior) e renda, sendo estas as que adotaram a estratégia de aproximação mais frequentemente.

Tabela 5: Tipo de estratégia utilizada, segundo as características maternas

	Fuga		Aproximação		
	N	%	N	%	
Cor					
Branca	2	12%	15	88%	0,043
Não Branca	10	34%	19	66%	
Instrução da Mãe					
Ensino Fundamental	2	33%	4	67%	0,835
Ensino Médio	7	23%	23	77%	
Ensino Superior	3	30%	7	70%	
Trabalho na Gestação					
Trabalhava	5	20%	20	80%	0,305
Não Trabalhava	7	33%	14	67%	
Tipo de Parto					
Cesáreo	9	27%	25	74%	0,921
Normal	3	25%	9	75%	
Hipertensão					
Sim	4	33%	8	67%	0,58
Não	8	25%	24	75%	
Diabetes					
Sim	0	0%	4	100%	0,199
Não	12	30%	28	70%	
Amamentou					
Sim	8	22%	29	78%	0,053
Não	4	57%	3	43%	

Os resultados da Tabela 6 indicam que as mães que usaram a estratégia de fuga, foram aquelas em que os filhos apresentaram menores pontuações nas diversas escalas abordadas pelo Bayley, quando comparadas com as mães que utilizaram a estratégia de aproximação, com exceção apenas para Linguagem Expressiva, em que as crianças filhas de mães que utilizaram a estratégia de fuga tiveram melhor desempenho. Além disso, vale destacar que todos os resultados foram estatisticamente significativos, considerando o nível de significância de 5%

Tabela 6: Tipo de estratégia utilizada, segundo resultados do Bayley

	Fuga		Aproximação		P-valor
	Média (DP)		Média (DP)		
Cognitiva	83,8	(10,5)	93,2	(9,8)	,030
Linguagem Receptiva	5,3	(2,6)	7,8	(1,6)	,002
Linguagem Expressiva	13,1	(26,6)	8,0	(1,6)	,034
Linguagem Composta	73,8	(16,1)	87,9	(8,8)	,016
Motora fina	8,1	(2,2)	10,1	(1,3)	,006
Motora Grossa	5,3	(4,0)	8,0	(1,2)	,004
Motora composta	82,8	(11,0)	94,2	(6,0)	,001

8 DISCUSSÃO

O estudo mostrou que, no que concerne à análise descritiva das competências de *coping*, avaliadas pelo *Brief Cope*, as competências mais utilizadas pelos participantes dessa amostra específica foram o planejamento, reenquadramento positivo, desabafo e religião.

O planejamento é utilizado como forma de confronto ao estressor. O reenquadramento positivo trata da melhor maneira de lidar com situação, permitindo que seja vista de maneira mais favorável. No que diz respeito à competência “desabafo”, entende-se que a partir do crescente estresse emocional, há uma necessidade de descarregar esses sentimentos, fazendo com que a mãe se utilize dessa estratégia. Em relação à religião, os resultados estão de acordo com o que foi verificado por Alves e colaboradores (2010), que apontam a religião com um forte fator de impacto na saúde, fortalecendo a pessoa, aumentando as suas iniciativas positivas, e promovendo uma melhor aprendizagem de estratégias para lidar com as diversas situações. A religião traz conforto e chama a atenção para a cura das enfermidades, sendo assim, o indivíduo, através da religião, busca dar um sentido para o momento vivido e compartilhamento do sofrimento.

As estratégias de negação e aceitação tiveram pontuações próximas considerando as participantes do estudo. No entanto, segundo a literatura (PATRÃO et al., 2008) a utilização da estratégia de negação parece diminuir com o tempo, passando a prevalecer estratégias de *coping* de aceitação.

O estudo indicou que mulheres com maior escolaridade mais frequentemente utilizaram estratégias de aproximação à situação de se saberem grávidas durante a pandemia de vírus Zika, que poderia levar ao comprometimento do desenvolvimento do seu bebê, e apresentavam maior renda média mensal. Estes resultados são semelhantes aos achados de Fernandes e colaboradores (2009) e de Serra e colaboradores (2005), que afirmaram que mulheres com elevado nível de escolaridade e maior nível socioeconômico tendem a adotar estratégias de enfrentamento mais positivas e utilizam menos frequentemente estratégias de enfrentamento negativas (FERNANDES, 2009; SERRA, 2005).

Vale destacar também, que os resultados desse estudo indicam que as mães que usam a estratégia de fuga, são aquelas em que os filhos apresentam menores pontuações nas diversas escalas abordadas pelo Bayley, quando comparadas as mães que utilizam a estratégia de aproximação (exceção para Linguagem Expressiva). Segundo Alves (2017), a estratégia de fuga está diretamente ligada a desfechos desfavoráveis em saúde mental, pois o afastamento da situação desfavorece a busca por suporte. Além disso, evitar estímulos estressores pode impedir o indivíduo a se habituar a consequências desta situação.

Desde o nascimento, a criança vivencia um processo contínuo e sequencial de aquisição de capacidades que ocorre com o avanço da idade, provocadas pela interação entre as exigências da tarefa, a biologia do indivíduo e as condições ambientais (MEDINA ALVES et al., 2015). Quando a mãe falha em prover proteção e estímulos adequados, as chances de prejuízo no desenvolvimento neurobiológico e psicológico aumentam significativamente, com repercussão no médio e longo prazo (SAMEROFF, 2010).

Em alguns estudos (COMPAS et al., 2001; COMPAS et al., 2012) o *coping* foi entendido como esforço consciente e voluntário para regular a emoção, a cognição, o comportamento, a fisiologia, e o ambiente, em resposta a eventos ou circunstâncias estressantes. Esta estratégia corresponde a um dos aspectos do conjunto de processos autorregulatórios mais abrangentes que são ativados especificamente em resposta ao estresse. No entanto, o nível de desenvolvimento do indivíduo limita o leque de respostas de *coping* possíveis, devido ao fato de os recursos disponíveis variarem consoante as etapas do seu desenvolvimento.

No estudo de Lindwall e colaboradores (2012) foi mostrado que as estratégias de suporte social são as mais eficazes dentre as usadas com frequência. Os esforços de *coping* parental direcionados à procura de apoio social se encontram positivamente correlacionados ao fortalecimento familiar, o que favorece o uso de estratégias de *coping* mais efetivas no manejo do estresse. A negação tem sido descrita como uma estratégia defensiva e não de conforto porque é caracterizada por uma recusa em aceitar um determinado problema ou situação. Legerstee e colaboradores (2011), mencionam que quando as estratégias de enfrentamento se relacionam de forma negativa, estas podem ser consideradas como adaptativas para o bem-estar psicológico do sujeito. Watson e colaboradores (1984) definem a

negação como a estratégia utilizada para “reduzir a porção ameaçadora da realidade de modo a permitir à pessoa funcionar com um menor estresse.

A reflexão se baseia no fato de que ao mesmo tempo em que desejam seu filho, seu nascimento também faz com que a mãe se questione se foi ela a causadora das dificuldades apresentadas pelo seu bebê ou se seu atual momento de vida seria o melhor para engravidar (Brasil, 2011). Por isso, o estado de fragilidade de seu filho e a situação de angústia podem levar a mãe a uma “fuga para a sanidade”, que se configura em um distanciamento da mãe em relação ao seu bebê, por conta da incerteza da sobrevivência dele. Esse estado de fuga se dá, pois, a mãe se mantém devota de seu filho. Assim, essa devoção ou adoecimento da mãe pelo bebê é importante em seu desenvolvimento e acompanhamento. Desse modo, a fuga pode ocorrer por causa da possível perda (Moreira, 2007).

Frente a estas dificuldades, as mães se veem obrigadas a tomar uma atitude objetiva, prática e direta para eliminar ou diminuir a intensidade do estressor, agindo diretamente sobre estes. A ansiedade materna pode ter efeitos negativos no processo de apropriação linguística do bebê. Quando a mãe não consegue conversar com seu filho de modo sintonizado não acontece a produção do “manhês”, deixando assim de produzir uma significação. O “manhês” comunica afeto, alegria, estupefação, prazer, de modo que o bebê se deixa encantar e alienar na relação com o outro.

9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma limitação deste estudo foi que muitas famílias das crianças avaliadas tiveram dificuldade em manter consultas dentro da janela programada, sendo assim, nem todos as crianças foram avaliadas na mesma idade.

O ponto forte desse estudo foi a avaliação de crianças que já estavam em acompanhamento, e cujas mães foram orientadas em relação a medidas de estimulação. Assim os resultados das avaliações psicométricas, apesar de influenciados parcialmente pelas orientações recebidas, refletem a situação do desenvolvimento deste grupo de crianças.

10 CONCLUSÕES

A partir desse estudo foi possível identificar qual estratégia de enfrentamento utilizada pelas mães para lidarem com suas dúvidas e emoções e os resultados do desenvolvimento dos seus filhos. As estratégias que mais se destacaram foram: o planejamento, reenquadramento positivo, desabafo e religião. Além disso, os resultados demonstram que há uma associação positiva entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação do tipo de estratégia mais utilizada por esta população (planejamento, reenquadramento positivo, desabafo e religião) permite aos técnicos e profissionais, que trabalham junto a essas famílias, um entendimento a respeito da forma como estas lidam com o estresse, dando subsídios para um trabalho de orientação e acompanhamento mais direcionado.

Os resultados também indicam a importância do apoio a estas mães, assim como uma orientação no sentido de que elas possam lidar mais diretamente com os sentimentos decorrentes das situações vivenciadas. Isso ocorre pois desde o nascimento, a criança vivencia um processo contínuo de desenvolvimento que pode ser prejudicado quando a mãe falha na proteção ou em estímulos adequados, o que pode desencadear em um prejuízo no desenvolvimento global dessa criança, com repercussões breves ou futuras.

Mesmo com as limitações, entendemos que os resultados encontrados podem ser utilizados para a identificação de defasagens que servirão como ponto de partida para a orientação de pais ou para a elaboração de programas de intervenção junto a bebês.

Com a realização desta pesquisa será elaborado um artigo científico, que será submetido para publicação em revista científica com qualificação. Além disso, será criada uma cartilha para os pais e cuidadores sobre a importância da primeira infância e de como a formação de relacionamentos afetuosos, vínculos significativos e brincadeiras são fundamentais para o desenvolvimento infantil.

12 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do IFF (CAAE: 52675616.0.0000.5269) com coparticipação do Comitê de Ética em Pesquisa do INI.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi obtido antes da inclusão no estudo. O processo de obtenção do TCLE foi individual para cada participante, o pesquisador esteve presente para aplicação do termo e para eventuais dúvidas. O local foi reservado e adequado para a leitura do TCLE e consentimento do mesmo.

13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C. Pedromônico, M. R. M., Almeida-Filho, N., & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, 39(4), 606-611.

ANJOS, E. M. **Influência de la personalidad en el cansancio emocional y el afrontamiento en universitarios brasileño**. 2011. Tese (Doutorado). Universidad de León, León - Espanha, 2011.

Anthony S. Fauci, M.D., and David M. Morens MD. Zika Virus in the Americas — Yet Another Arbovirus Threat. *N Engl J Med*. 2016;374(7):601–3.

Badinter, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. São Paulo: Círculo do Livro, 1980

Baldasso E. Dismorfologia: termos e conceitos. In: Leite JCL, Comunello LN, Giuliani R, organizadores. **Tópicos em defeitos congênitos**. Porto Alegre: Editora da Universidade/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

Bayley N. Bayley Scales of Infant and Toddler Development, 3rd ed. PsychCorp, organizador. **San Antonio**; 2006.

Bee, H., & Boyd, D. (2011). **A criança em Desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed.

Becker, S. M. S., Bandeira, C. M., Ghilardi, R. B., Hutz, C. S., & Piccinini, C. A. (2013). Psicologia do Desenvolvimento Infantil: Publicações Nacionais na Primeira Década do Século XXI. **PSICO**, 44(3), 372-381.

Besnard M, Mallet H. Increase of cerebral congenital malformations among newborns and fetus in French Polynesia, 2014-2015, following a Zika virus outbreak. 2015;(November):2014–5.

Brasil P, Calvet GA, Siqueira AM, Wakimoto M, de Sequeira PC, Nobre A, et al. Zika Virus Outbreak in Rio de Janeiro, Brazil: Clinical Characterization, Epidemiological and Virological Aspects. **PLoS Negl Trop Dis** [Internet]. Abril de 2016;10(4): e0004636. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27070912>

BRASILEIRO, S. V. et al. **Adaptação transcultural e propriedades psicométricas do COPE breve em uma amostra brasileira.** 2012.

Cao-Lormeau VM. RE: Zika virus, French Polynesia, South Pacific, 2013. **Emerg Infect Dis.** 2014;20(11):1960.

Campos GS, Bandeira AC, Sardi SI. Zika Virus Outbreak, Bahia, Brazil. **Emerg Infect Dis** [Internet]. Outubro de 2015;21(10):1885–6. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26401719>.

Chan JFW, Choi GKY, Yip CCY, Cheng VCC, Yuen K-Y. Zika fever and congenital Zika syndrome: An unexpected emerging arboviral disease. **J Infect** [Internet]. Elsevier Ltd; maio de 2016;72(5):507–24. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2016.02.01>

Cardoso CW, Paploski IAD, Kikuti M, Rodrigues MS, Silva MMO, Campos GS, et al. Outbreak of Exanthematous Illness Associated with Zika, Chikungunya, and Dengue Viruses, Salvador, Brazil. **Emerg Infect Dis** [Internet]. Dezembro de 2015;21(12):2274–6. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26584464>

D'ortenzio, E.; Matheron, S.; Lamballerie, X.; Hubert, B.; Piorkowski, G.; Maquart, M.; Descamps, D.; Damond, F.; Yasdanpanah, Y.; Leparç-Goffart, I. Evidence of sexual transmission of Zika virus. **The New England Journal of Medicine**, v.374, p. 2195-98, 2016.

Dick Gwa, Kitchen Sf, Haddow Aj. Zika virus. I. Isolations and serological specificity. *Trans R Soc Trop Med Hyg* [Internet]. Setembro de 1952;46(5):509– 20. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12995440>

Duffy M, T.Hancock W, Chen T, A. P, Pretrick M, J. K, et al. Zika Virus Outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. *N Engl J Med*. 2009; 360:2536– 43.

Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI. *Organ Pan-Americana da Saúde* [Internet]. 2005;1–54. Recuperado de: http://www.ufrgs.br/pediatria/z3_1_5_biblio_files/Manual_neurodesenvolvimento_AIDIPI.pdf

Flores, M, R., Souza, A. P. R., Moraes, A. B., &Beltrane, L. (2013) Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista CEFAC*, 15(2), 348-360.

Formiga, C. K. M. R.; Pedrazzani, E. S.; Tudela E. **Intervenção precoce com bebês de risco**. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010.

França GVA, Schuler-Faccini L, Oliveira WK, Henriques CMP, Carmo EH, Pedi VD, et al. Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. *Lancet* (London, England) [Internet]. 27 de agosto de 2016;388(10047):891–7. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27372398>

GARCIA, LP. Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil: emergência, evolução e enfrentamento. Texto para Discussão, 2018.

Gulland A. Zika virus is a global public health emergency, declares WHO. *BMJ* [Internet]. 2 de fevereiro de 2016;352 (February): i657. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26839247>

Horovitz, D.D.G.; Pone, M.V.S; Pone, S.M.; Salles, T.R.D.S; Boechar, M.C.B. Cranial bone collapse in microcephalicinfants prenatally exposed to Zika virus infection. **Neurology**, v. 87, p.118-119, 2016.

Lago, V. M., Amaral, C. E. S., Bosa, C. A., & Bandeira, D. R. (2010). Instrumentos que avaliam a relação entre pais e filhos. **Rev Bras. de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 20(2), 330-341.

Laqueur, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

MADASCHI, Vanessa et al. **Escalas Bayley-III de desenvolvimento infantil: adaptação transcultural e propriedades psicométricas**. Paidéia (Ribeirão Preto), v. 26, p. 189-197, 2016.

Maria-Mengel MRS, Linhares MBM. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. **Rev Lat Am Enfermagem** [Internet]. 2007;15:837–42. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000700019&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Mehrjardi, Mohammad Zare; Shobeirian, Farzaneh. O papel da placenta na infecção pelo vírus Zika adquirida no período pré-natal. **Virus Disease**, v. 28, n. 3, pág. 247-249, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Microcefalia** - Boletim Epidemiológico. 2015;3626–33. Recuperado de: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20805-ministerio-da-saude-divulga-boletim-epidemiologico>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Estimulação Precoce**. Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia. Ministério da Saúde. 2016;123.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional.** Ministério da Saúde. 2016;

Miranda-Filho D de B, Martelli CMT, Ximenes RA de A, Araújo TVB, Rocha MAW, Ramos RCF, et al. Initial Description of the Presumed Congenital Zika Syndrome. **Am J Public Health** [Internet]. Abril de 2016;106(4):598–600. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26959258>

Mlakar J, Korva M, Tul N, Popović M, Poljšak-Prijatelj M, Mraz J, et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. **N Engl J Med.** 2016;374(10):951–8.

Moore CA, Staples JE, Dobyns WB, Pessoa A, Ventura C V, Fonseca EB da, et al. Characterizing the Pattern of Anomalies in Congenital Zika Syndrome for Pediatric Clinicians. **JAMA Pediatr** [Internet]. 1 de março de 2017;171(3):288–95. Recuperado de: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapediatrics.2016.3982> Neurological syndrome, congenital malformations, and Zika virus infection. Implications for public health in the Americas. 2015.

Oliveira-Szejnfeld, P. S.; Levine, D.; Melo, A. S. O.; Amorim, M. M. R.; Gean, Batista, A. G. M. B.; Chimelli, L.; Tanuri, A.; Aguiar, R. S.; Malinger, G.; Ximenes, R. Robertson, R.; Szejnfeld, J.; Tovar-Moll, F. Congenital Brain abnormalities and Zika virus: what the radiologist can expect to see prenatally and postnatally. **Radiology**, v.281, n.1—October, p.203-218, 2016.

Papalia, D. (2012). **Desenvolvimento humano.** 12. ed. Porto Alegre: AMGH.

Pasqualini, J. C. (2009). A Perspectiva Histórico-Dialética da Periodização do Desenvolvimento Infantil. **Psicologia em Estudo**, 14(1), 31-40.

Peña ED. Lost in translation: Methodological considerations in cross-cultural research. *Child Dev.* 2007;78(4):1255–64.

Pernambuco S estadual de S de. Protocolo clínico e epidemiológico microcefalia. 2015.

Prisant, N.; Bujan, L.; Benichou, H.; Hayot, P-H.; Pavili, L.; Lurel, S.; Herrmann, C.; Janky, E.; Joguet, G. Zika virus in the female genital tract. **The Lancet**, v.16, n.9, p. 1000-1001, 2016.

Rasmussen SA, Jamieson DJ, Honein MA, Petersen LR. Zika Virus and Birth Defects — Reviewing the Evidence for Causality. **N Engl J Med**. 2016;1–7.

Resegue R, Puccini RF SE. **Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança**. *Pediatria (Santiago)*. 2007;29:117–28.

Ribeiro, J. L. P.; Rodrigues, A. P. **Questões acerca do coping**: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, n. 1, p. 3-15, 2004.

Silva, N. D. S. H. et al. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. *Revista Brasileira*

Souza, E. L. **Avaliação do coping em adultos com transtorno bipolar e a relação com traços da personalidade**. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo - SP, 2011

Suassuna, A.M.V. A influência dos diagnóstico pré-natal na formação de possíveis psicologias do laço pais-bebê. In: ZORNIG, S.M.A.J e ARAGÃO, R.O. (Org.). **Nascimento: antes e depois, cuidados em rede**. Curitiba: Honoris Causa. p. 3017-315, 2010.

Van der Linden V, Pessoa A, Dobyys W, Barkovich AJ, Júnior H van der L, Filho ELR, et al. Description of 13 Infants Born During October 2015–January 2016. With Congenital Zika Virus Infection Without Microcephaly at Birth — Brazil. *MMWR Morb*

Mortal Wkly Rep [Internet]. 2 de dezembro de 2016;65(47):1343– 8. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27906905>

Ventura C V, Maia M, Dias N, Ventura LO, Belfort R. Zika: neurological and ocular findings in infant without microcephaly. **Lancet**. Elsevier Ltd; junho de 2016;0(0):228–3.

Vosne Martins, Ana Paula. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX [online]. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2004.

Wikan N, Smith DR. Zika virus: history of a newly emerging arbovirus. *Lancet Infect Dis* [Internet]. **Elsevier** Ltd; julho de 2016;16(7):e119–26. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30010-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30010-X)

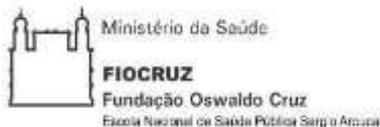
World Health Organization. **Fifth meeting of the emergency committee under the international health regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus. World Heal Organ** [Internet]. 2016;12(2005):<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fifth-ec/en/> Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fifth-ec/en/>

World Health Organization WHO. **Zika virus outbreaks in the Americas. Relev Epidemiol Hebd** [Internet]. 6 de novembro de 2015;90(45):609–10. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26552108>

Wright HT. Congenital anomalies and viral infections in infants. The etiologic role of maternal viral infections. **Calif Med** [Internet]. 1966;105(5):345–51. Recuperado de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1516552&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Zanluca C, Melo VCA de Mosimann ALP, Santos GIV Dos, Santos CND Dos, Luz K. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. **Mem Inst Oswaldo Cruz** [Internet]. Junho de 2015;110(4):569–72. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26061233>

APÊNDICE 1 – Questionário



I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

NÚMERO
PACIENTE

Data da entrevista: _____ / _____ / _____

Entrevistador: _____

II. IDENTIFICAÇÃO

1. Quantos anos você tem? _____ Anos

III. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2. Mora em qual cidade/bairro? _____

3. Você tem telefone (s) para contato?

0. Não 1. Sim - Qual (is)

4. A respeito da sua situação conjugal, você...

1. Vive com
companheiro

2. Tem companheiro, mas não vive com ele

3. Não tem companheiro

5. Qual o seu grau de instrução?

1. Analfabeto 2. E. Fundamental incompleto (1º grau) 3. E. Fundamental completo (1º grau)

4. E. Médio incompleto (2º grau) 5. E. Médio completo (2º grau) 6. Superior incompleto (3º grau)

7. Superior completo (3º grau)

6. Qual a sua raça ou cor?

1. Branco 2. Parda (morena/mulata) 3. Preta 4. Amarela 5. Indígena

7. Você trabalha atualmente

0. Não 1. Sim

IV. HÁBITOS COMPORTAMENTAIS

8. Durante a gravidez você ingeriu bebidas alcoólicas

0. Não 1. Sim

9. Você fumou durante a gravidez?

0. Não 1. Sim

10. Quantos cigarros você fumava por dia durante a gravidez?			
11. Você fuma atualmente?	0. Não	1. Sim	
12. Você usou algum tipo de droga na gravidez?	0. Não	1. Sim	

V. DADOS A SEREM OBSERVADOS NO PRONTUÁRIO DA MÃE

--

VI. INFORMAÇÕES DA CRIANÇA

13. Número do questionário		
14. Data de nascimento da criança		/ /
15. Qual sexo	1. Feminino 2. Masculino	
16. Qual tipo de parto?	1. Parto normal 2. Cesariana 3. Fórceps	
17. Qual a idade gestacional no nascimento		.
18. Qual o peso ao nascer do bebê?		. g
19. Qual o perímetro cefálico ao nascer?		. cm
20. Qual o comprimento ao nascer?		. cm
21. Índice Apgar 1º min		
22. Índice Apgar 5º min		
23. Classificação Alex	1. FIG 2. AIG 3. GIG	
24. Tipo de amamentação	0. Leite materno exclusivo 1. Leite materno+complemento (LHOP) 2. Leite materno+fórmula 3. Fórmula	

VII. EXAMES NASCIMENTO

25. Sorologia Mãe	1. Positivo 2. Negativo	
26. Sorologia Criança	1. Positivo 2. Negativo	

INVENTÁRIO BRIEF COPE

Nome do Responsável: _____ ID: _____

Nome da Criança: _____

Idade: _____ Data: _____

Existem muitas maneiras de lidar com problemas e as questões abaixo perguntam o que você está fazendo para lidar com o estresse em sua vida desde que descobriu que você foi exposta ao Vírus Zika. Obviamente, pessoas diferentes lidam com situações de maneiras diferentes, mas estou interessada em como você tentou lidar com isso. Não responda com base no que parece que está funcionando ou não: apenas se você está ou não fazendo o que é dito. Cada questão diz algo sobre uma maneira particular de lidar com uma determinada situação. Tente avaliar cada questão separadamente sem considerar as outras. Responda da forma mais verdadeira para você. Use as opções de resposta abaixo.

1: Nunca faço isto

2: Quase nunca faço isto

3: Faço sempre isto

4: Quase sempre faço isto

- () Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação
- () Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)
- () Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer
- () Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação
- () Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação
- () Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo
- () Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)
- () Procuo o conforto e compreensão de alguém
- () Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual
- () Rezo ou medito
- () Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva
- () Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer
- () Faço críticas a mim próprio
- () Culpo-me pelo que está a acontecer
- () Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer

- () Tento aprender a viver com a situação
- () Fico aborrecido e expesso os meus sentimentos
- () Sinto e expesso os meus sentimentos de aborrecimento
- () Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”
- () Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo
- () Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação
- () Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras
- () Desisto de me esforçar para obter o que quero
- () Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo
- () Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor
- () Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas
- () Enfrento a situação levando-a para a brincadeira
- () Enfrento a situação com sentido de humor

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Recem-nascidos e lactentes

Versão 2

Exposição Vertical ao Zika Vírus e suas conseqüências no neurodesenvolvimento da criança

Pesquisadora: Maria Elisabeth Lopes Moreira

Contato: Avenida Rui Barbosa 716 telefone (21) 25541911

Instituição: Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente

Endereço: Avenida Rui Barbosa 716, Flamengo.

Nome do recém-nascido ou lactente _____

Prontuário: _____

Nome da mãe _____

APPROVADO VALIDADE
INÍCIO: 12/12/2019 FIM: 12/12/2019
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/IOCruz
Telefone: 2554-1730 / Tel./Fax: 2552-8491
Email: cepif@iff.fiocruz.br


Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/IOCruz

Estamos convidando o seu bebê e você a participar da pesquisa intitulada "Exposição Vertical ao Zika vírus e suas consequências no neurodesenvolvimento da criança" pois você ficou grávida em um período onde o vírus está circulando.

Algumas vezes, pessoas que tiveram contato com o vírus da Zika não apresentam sintomas, por isso iremos realizar esta pesquisa com um grupo de recém-nascidos que nasçam neste período em que o vírus da Zika está circulando, e queremos acompanhar o crescimento e o desenvolvimento neurológico do seu filho do nascimento até o final do terceiro ano de vida.

Para isto o seu filho será acompanhado nos ambulatórios de pediatria, doenças infecciosas e neurologia do IFF. Você e seu filho terão seus exames colhidos serão acompanhada até o final do terceiro ano de vida da criança.

Se o bebê já tiver nascido fora do IFF, você deverá trazer todos os exames que você fez no pré-natal, seu cartão de pré-natal e a caderneta da criança, porque vamos anotar os dados relacionados ao seu pré-natal, a presença ou ausência de sintomas de Zika durante a gravidez e outros dados sobre o parto e exames do bebê. Os seguintes exames serão obtidos para fins desta pesquisa:

- 1- Em você : Exame de sangue e urina para saber se teve contato com o vírus da Zika e outros vírus como dengue e chicungunha. Se você não tiver tido sintomas de Zika, vamos colher sangue para armazenar e fazer testes sorológicos futuros quando houver um bom teste disponível. Se você não tiver realizado os exames para toxoplasmose rubéola e herpes vamos fazer agora.

APROVADO VALIDADE
INÍCIO 16/07/2017 FIM 30/12/2017
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8451
Email cepiff@iff.fiocruz.br


Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

- 2- No recém-nascido: Exame de sangue, se houver indicação, para saber se teve contato com o vírus da Zika e outros vírus como citomegalovírus, rubéola, dengue e chicungunha e toxoplasmose e se o sangue do cordão umbilical não tiver sido colhido; e aos 3,6,9 e 12 meses para avaliar se os anticorpos que protegem contra nova infecção estão presentes; ultrassonografia da moleira e/ou tomografia e/ou ressonância nuclear magnética, eletroencefalograma, exames com oftalmologista, exames auditivos e dos olhos, com fotos de fundo de olhos se houver alguma alteração e exames de potencial evocado, exame neurológico e genético. Todos estes exames serão feitos e colhidos logo após o nascimento ou assim que o seu filho vier. Também vamos colher um swab bucal do bebe. Este swab parece um cotonete e será esfregado na bochecha interna da boca do bebe.
- 3- O bebe será acompanhado para verificar se o crescimento e nutrição estão adequados. Para isto, ele será pesado e medido de tempos em tempos e também fará exames para avaliar a composição do corpo, ou seja, quantidade de músculo, gordura e água no corpo. Este exame é feito colocando o bebe dentro de um equipamento que parece uma incubadora, e dentro do aparelho vai haver uma corrente de ar, que é quentinho, passando pelo corpo dele. O exame não dói e não traz nenhum desconforto para a criança;
- 4- Depois, o recém-nascido será acompanhado até completar 3 anos. Exames para acompanhar o desenvolvimento serão realizados e também outros exames auditivos e oftalmológicos se necessários; Testes para avaliar o

APROVADO VALIDADE
INÍCIO 16/7/2017 FIM 20/2/2019
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8492
Email copif@iff.fiocruz.br


Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

- desenvolvimento e a linguagem serão realizados; Ecocardiograma será realizado e também um exame chamado holter que acompanha os batimentos cardíacos dos bebês;
- 5- Se você estiver amamentando e tiver vermelhidão na pele e/ou outros sintomas de Zika no momento em que vier aqui, também iremos colher amostras de sangue suas e de seu bebê e também amostras do seu leite seqüenciais, mais ou menos de 15/15 dias;
 - 6- Se o seu filho apresentar alterações como microcefalia ou outras malformações, será colhido exames genéticos para avaliar se a causa da malformação se deve ao Zika ou se há outras causas;

Como atualmente, existem poucos conhecimentos científicos sobre a Zika, estamos pedindo sua autorização para armazenar amostras de sangue/urina suas e do bebê e o swab bucal em um local onde ele será congelado (biorepositório) para futuros estudos. As amostras serão usadas para estudar viroses e suas consequências na gravidez deste bebê. Se houver alguma alteração nos seus exames ou nos do seu bebê, solicitamos autorização para uso de imagem através de fotografias que não serão identificadas.

Estamos também solicitando autorização para que os dados seus e dos bebês sejam transferidos a Organização Mundial de Saúde para que junto com dados de outras mães e bebês, possa se conhecer melhor as questões relacionadas ao Zika vírus e

APROVADO VALIDADE
INÍCIO 16/07/14 FIM 31/12/15
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFE/FIOCRUZ
Telefones: 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8493
Email: cupit@H.Fiocruz.br


Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

o desenvolvimento das crianças. Estes dados serão fornecidos sem nenhuma identificação e sua identidade e do seu bebe serão preservadas.

Os riscos relacionados a sua participação na pesquisa são os mesmo que ocorrem em uma coleta de sangue, como hematomas e dor, tanto em você como no seu bebe. Os exames oftalmológicos necessitam de colírios para dilatar a pupila o que pode ocasionar ardência passageira. Ultrassonografias não doem e outros exames que envolvam radiação só serão realizados se houver alteração na ultrassonografia ou alguma indicação muito importante. Se estes exames forem alterados, os exames de ressonância magnética serão realizados pois eles são necessários para o acompanhamento do bebe. Exames de ressonância costumam necessitar de anestesia ou sedação, que será feita por profissional capacitado, mas se ela for feita nos primeiros 2 meses de vida pode ser feita sem sedação, por isto preferimos fazer neste período e só repetir se for necessário para o tratamento da criança. Os exames para testar o desenvolvimento adequado não causam dor e apenas precisam de um certo tempo para realização. Os benefícios estão ligados ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento do seu recém-nascido no IFF, com vários exames. Você receberá uma cópia dos resultados de todos os exames.

A sua participação e de seu filho/a nesta pesquisa é voluntária e você pode abandonar ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem que isso cause

APROVADO VALIDADE
INÍCIO 10/12/2007 FIM 20/12/2009
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email: cepff@iff.fiocruz.br


Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

TCLE versão 1

Responsável:

Pesquisador:

Página 5

Em relação a filmagem e uso de imagem você pode:

[] autorizar voluntariamente a fotografia/filmagem do seu filho (a) e a utilização das imagens obtidas exclusivamente em meios de divulgação acadêmicos.

_____ assinatura

Em relação a guarda de material biológico e dados da pesquisa para exames e análises futuras sem necessidade de obtenção de outro termo semelhante a este, você pode autorizar ou não também. Se você autorizar por favor, assinie abaixo.

() Declaro que autorizo o armazenamento de material biológico para futuros estudos [] _____ assinatura

Declaração:

1- Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Responsável

Data:

Pesquisadora Responsável

Data:

APROVADO - VALIDADE
INÍCIO 12/15/2017 FIM 20/12/2017
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email: capitt@iff.fiocruz.br


Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

APÊNDICE 3 – ARTIGO

Estratégia materna de enfrentamento à confirmação de infecção pelo vírus ZIKA na gravidez: reflexo no neurodesenvolvimento dos seus filhos

RESUMO:

Objetivos: A infecção pelo vírus Zika na grávida resulta em alterações do desenvolvimento neuropsicomotor nas crianças afetadas, sendo importante fator de estresse para essas mulheres. O objetivo deste estudo foi avaliar a estratégia de enfrentamento das mães a essa situação e sua associação com o neurodesenvolvimento dos seus filhos.

Métodos: Estudo transversal com 46 mulheres e seus filhos. A estratégia de enfrentamento foi avaliada pelo Inventário Brief Cope, aplicado às mães, e o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças, avaliado aos 24 meses de idade pelas Escalas Bayley III.

Resultados: A estratégia de enfrentamento mais frequentemente usada pelas mães foi a de aproximação (73,9%), com destaque para o componente planejamento. A utilização da estratégia de negação esteve associada aos escores mais baixos na escala de desenvolvimento, sendo nessa escala o componente mais utilizado o de auto culpabilização. A religião foi o componente de apoio auxiliar mais utilizado pelas mães.

Conclusão: A utilização da negação como estratégia de enfrentamento pelas mães mostrou associação com piores resultados na avaliação do desenvolvimento infantil e reforça a necessidade do apoio a estas mulheres, para que possam lidar mais diretamente com os sentimentos decorrentes das situações vivenciadas.

Palavras-chave: Vírus Zika; Brief Cope; Transtorno do neurodesenvolvimento; Psicometria

INTRODUÇÃO

A epidemia pelo vírus Zika trouxe uma série de desafios para a saúde pública, principalmente para as grávidas que tiveram diagnóstico da doença na gestação e que se depararam com a possibilidade de seus filhos serem gravemente afetados por condições diretamente ligadas ao seu desenvolvimento. Ser o responsável pelos cuidados de uma criança com alguma condição que afeta seu desenvolvimento dentro dos padrões considerados normais traz efeitos socioemocionais significativos para os pais, repercutindo na dinâmica da família. Esta passa a ser influenciada por seu sistema de crenças e pelos significados construídos por seus membros, repercutindo na maneira dos pais lidarem com a malformação (WERNET, 2007).

Estar grávida e infectada pelo vírus Zika torna-se um grande fator de estresse para essas mulheres, pelo conhecimento do risco de poderem ter um bebê com graves alterações do neurodesenvolvimento. As teorias mais recentes acerca do estresse e do enfrentamento defendem que o processo entre o indivíduo e as situações envolve constantes interações e ajustamentos, sendo o indivíduo um agente ativo capaz de influenciar o impacto de um estressor através do uso de estratégias de enfrentamento. Assim, quanto melhores as estratégias do indivíduo, menor será a sua vulnerabilidade ao estresse (DIAS et al., 2020).

Como a estimulação materna tem forte impacto sobre o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, e o estado emocional materno influencia sua capacidade estimuladora, foi levantada a hipótese de que a forma como essas mulheres enfrentaram o diagnóstico de Zika na gestação teria relação com o neurodesenvolvimento de seus filhos. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a forma de enfrentamento utilizada pelas mães e verificar o quanto à forma adotada influenciou o perfil de desenvolvimento das crianças.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de corte transversal em um grupo de crianças, cujas mães foram infectadas pelo vírus ZIKA durante a gestação, e que nasceram assintomáticas e estavam em acompanhamento no Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – FIOCRUZ (IFF) no

projeto “Exposição vertical ao Zika vírus e suas consequências no neurodesenvolvimento”. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição com o número CAAE 52675616.0.0000.5269. E foi realizado no período de 2018 a 2019 no ambulatório de pediatria do IFF. As mães e crianças foram incluídas no estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critério de inclusão: crianças expostas ao vírus Zika na gestação, assintomáticas ao nascimento, e que foram acompanhadas do nascimento até os 2 anos de vida, entre maio de 2016 e janeiro de 2018, no ambulatório do IFF. Foram excluídas crianças com microcefalia, Síndrome de Zika Congênita, malformações congênitas, infecções pelo grupo de patologias TORCHS.

Neste estudo foram avaliados o tipo de enfrentamento utilizado pelas mães à situação de estresse causado pelo fato de estar grávida durante uma pandemia com potencial de lesão ao feto, e o neurodesenvolvimento das crianças. As avaliações foram realizadas quando as crianças completaram 2 anos.

Avaliação do tipo de enfrentamento:

Para a avaliação do tipo de enfrentamento foi utilizado o instrumento Brief COPE, aplicado às mães das crianças no momento da consulta. Este instrumento é um inventário de estratégias multidimensionais composto por 28 itens, para avaliar como as pessoas respondem a situações estressantes (CARVER, 1997). Estes 28 itens estão contidos em 14 escalas (RIBEIRO & RODRIGUES, 2004), com informações sobre os seguintes componentes das estratégias: planejamento, utilização de suporte instrumental ou de suporte social emocional, busca de apoio na religião, reinterpretação positiva, auto culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação da situação, auto distração, desinvestimento comportamental, o uso de substâncias (e.g., medicamentos/ álcool) e uso do humor.

O instrumento Brief COPE foi validado para a língua portuguesa (RIBEIRO & RODRIGUES, (2004) e para uso na população brasileira BRASILEIRO (2012). Os itens são somados em cada escala, sendo que a nota obtida determina os escores que definem a estratégia para o enfrentamento.

Os questionários foram aplicados individualmente, por um único examinador, seguindo as instruções padronizadas, conforme a versão original do instrumento. Os componentes auto distração, negação, uso de drogas, comportamento de descompromisso, desabafo, auto culpabilização foram usados para definir a

estratégia de negação e a utilização de suporte emocional, utilização de suporte de rede de apoio, reenquadramento positivo, planejamento e aceitação para definir a estratégia de aproximação. Avaliação do neurodesenvolvimento:

Para a avaliação do neurodesenvolvimento foram utilizadas as Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil 3ª Edição (BAYLEY, 2006) aplicadas na consulta de 24 meses. Essa escala avalia crianças nas idades de 1 a 42 meses, abrangendo os domínios cognitivo, linguagem (subdividida na comunicação receptiva e expressiva), e motora (subdividida em motor fino e motor grosso).

Foram considerados como atrasos moderados os escores compostos para os domínios de linguagem, motor e cognitivo menores que 85 (1 desvio padrão) e severos aqueles menores que 70 (2 desvios padrão). As escalas fornecem também avaliações dos componentes social-emocional e adaptativo, que não foram avaliados neste estudo.

Foram considerados os fatores de confundimento escolaridade e idade maternas, e a amamentação durante os primeiros dois anos de vida.

Foram coletadas nos prontuários ou em entrevista com as mães informações sobre cor/raça materna, trabalho na gestação, hipertensão e diabetes na gestação, renda, tipo de parto, variáveis antropométricas ao nascer (peso, perímetro cefálico e comprimento), idade gestacional e APGAR de 1º e 5º minutos.

ANÁLISE

Os dados foram armazenados no software Microsoft Access e analisados no software SPSS Statistics versão 23. Foi realizada análise descritiva das variáveis de interesse, por meio de tabelas de frequência, médias e medianas. O resultado do Inventário Brief COPE foram categorizados de acordo com a predominância da estratégia utilizada pelas mulheres, considerando aquela de maior pontuação entre as estratégias de negação ou de aproximação; uma mãe apresentou pontuação idêntica para ambas as estratégias, sendo excluída das análises de associação dos fatores e dos escores do Bayley com as estratégias. Foram calculadas as frequências das estratégias predominantes utilizadas pelas 46 mulheres restantes do estudo. Foram calculadas as médias dos escores dos domínios de linguagem, cognitivo e motor, assim como dos seus subescores – linguagem receptiva e

expressiva, e motor fino e grosso. A presença de amamentação durante os primeiros dois anos de vida foi categorizada em dois grupos: a criança nunca foi amamentada ou recebeu algum leite materno (exclusivo ou complementado com fórmula), durante o primeiro ano de vida.

Foram realizadas análises multivariadas para avaliar fatores que estariam contribuindo para a estratégia de enfrentamento utilizada pelas mães nesta população. Foram considerados os seguintes fatores como variáveis independentes: apoio na religião, presença de comorbidades na gestação (hipertensão arterial materna e diabetes), uso do humor como componente auxiliar de enfrentamento, utilização de suporte emocional para o enfrentamento da situação, utilização de rede de apoio como suporte para o enfrentamento, a renda familiar em salário-mínimo (variável contínua) e a idade materna (variável contínua). As variáveis dependentes foram as duas categorias de enfrentamento predominante, negação e aproximação.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 47 mães, com idade média de $31,1 \pm 5,6$ anos, sendo 30 (63,8%) delas não brancas (pretas/pardas/amarelas), e 17 (36,2%) brancas. A renda média dessas mulheres foi de $3 \pm 4,9$ salários-mínimos. A maioria (66%) tinha ensino médio completo e 21,3% ensino superior; poucas haviam concluído apenas o ensino fundamental. Em relação ao trabalho durante a gestação, 25 (53,2%) das mulheres declararam ter trabalhado e 22 (46,8%) não trabalharam. O parto por cesariana foi frequente (74,5%). Houve predominância do sexo feminino (55,3%) e na data da entrevista as crianças tinham em média $26,9 \pm 15$ meses. As crianças nasceram a termo, com peso adequado e boa vitalidade. A maioria das crianças (84,4%) foi amamentada. Uma mulher apresentou a mesma pontuação para o uso de ambas as estratégias, sendo excluída das análises, por não poder ser classificada dentro de uma categoria de estratégia predominante. Após esta exclusão, a estratégia predominante utilizada foi a de aproximação (Tabela 1).

Os componentes das estratégias de enfrentamento predominante utilizadas estão descritos na tabela 2. Pode-se observar que o componente da estratégia de negação com maior pontuação média, de 4,9, foi a “Auto culpabilização”, enquanto o componente de destaque da estratégia de aproximação foi o “Planejamento”, com pontuação média de 5,9. A “Religião”, embora não seja considerada componente de

nenhuma das duas estratégias, também foi um aspecto relevante no enfrentamento da situação avaliada nesse estudo, com média 4,9.

Foi observado na tabela 3 que a estratégia de negação foi significativamente associada com a cor não branca (p -valor = 0,043) e a estratégia de aproximação com o fato de a criança ser amamentada (p -valor = 0,053). Como raça é um marcador social importante, foi avaliado se essa diferença não se devia a outro fator, como escolaridade ou renda. A análise do termo de interação entre cor branca/não branca e escolaridade de nível superior/nível inferior em relação ao tipo de estratégia utilizada para o enfrentamento, mostrou que mulheres de cor branca, com maior escolaridade (ensino superior) e maior renda média mensal, adotaram a estratégia de aproximação.

Os resultados dos escores obtidos nas Escalas Bayley 3ª Edição estão representados na tabela 4. Na população geral, observamos uma média para os escores de linguagem abaixo do esperado (85 a 115). Nas subescalas, encontramos melhores pontuações na linguagem expressiva e na motora fina. As crianças cujas mães usaram predominantemente a estratégia de negação apresentaram menores médias em todos os domínios abordados pelas Escalas Bayley, quando comparadas com as mães que utilizaram a estratégia de aproximação, de forma significativa (Tabela 4). No modelo multivariado, o apoio da religião (B: 2,24, p -valor <0,0001) e a utilização de rede de apoio como suporte para o enfrentamento (B: 1,95, p -valor 0,015), foi associado positivamente com a estratégia predominante de aproximação, ajustados para idade materna, renda familiar, comorbidades, uso do humor e utilização de suporte emocional. Para a estratégia predominante de negação, os fatores significativos foram o uso do humor (B: 3,55, p -valor 0,008) e a utilização de suporte emocional (B: 2,01, p -valor 0,013) com associação positiva, e o apoio da religião (B: -2,49, p -valor <0,0001) com associação negativa, ajustados para idade materna, renda familiar, comorbidades, utilização de suporte de rede de apoio.

DISCUSSÃO

A estratégia predominante de enfrentamento utilizada pelas mães deste estudo foi a estratégia de aproximação. Ao enfrentar as adversidades, as pessoas buscam uma maneira de se adaptar aos acontecimentos. Esses mecanismos

adaptativos podem trazer diversas consequências, que podem ser positivas ou negativas, dependendo da forma como o indivíduo vai lidar com a situação. Esse processo pode ser focado na aproximação ou focado na negação. Na aproximação há uma definição do problema que se vivencia e buscam-se soluções alternativas. Na negação, há esforços cognitivos e comportamentais para evitar pensar sobre a situação estressante em que se encontram, há uma tendência de afastamento da atenção dos episódios negativos e indutores de estresse (PEREIRA, 2016; RODGERS *et al.*, 2012).

Essas ações de estratégias dependem do contexto, recursos e da construção pessoal de cada pessoa. Braunstein-Bercovitz, (2014), diz que é importante ter-se em conta os recursos físicos, mentais, financeiros, materiais e sociais que as pessoas têm disponíveis para lidar com as diversas situações e determinar as estratégias de enfrentamento que irão usar para fazer frente a essas mesmas situações

Dentro da estratégia de aproximação os componentes mais utilizados pelas mães foram o planejamento, reenquadramento positivo e enfrentamento positivo. O planejamento é utilizado como forma de confrontar o estressor, planejando as ações adotadas; já o reenquadramento positivo seria uma maneira de lidar com a situação tentando ver o problema de forma mais otimista. No caso do enfrentamento positivo, a pessoa busca informações sobre o problema a ser enfrentado, de forma a modificar a representação cognitiva da situação e agir de acordo.

Pires e Santos (2011), mencionam que a utilização das estratégias são ações próprias para lidar com o estresse numa situação particular. Estas ações são uma tentativa de manter o controle sobre a situação. São centradas em três aspectos diferentes: resolução do problema (quando se tem a percepção de que há uma solução para o problema), controle das emoções (quando se pensa que a solução é “*aguentar*”) e obtenção de apoio social (quando se procura compreensão, apoio emocional e afetivo). A busca de apoio social e ajuda de outras pessoas, e o enfrentamento emocional, são comuns e considerados mecanismos importantes (KUO, 2013).

Na estratégia de negação, os componentes mais utilizados foram a auto culpabilização e o desabafo. O desabafo se entende como uma estratégia de descarregar os sentimentos, enquanto no auto culpabilização a pessoa seria

responsável pelo que está acontecendo. No desabafo as mães estariam expondo as suas angústias em relação ao risco da deficiência no seu filho, e no auto culpabilização elas estariam se questionando se este teria sido o melhor momento para engravidar.

De acordo com Liga e colaboradores (2020), quando as mães com mais vulnerabilidade sofrem forte pressão, elas podem perceber que suas habilidades são limitadas para lidar com a situação, e inconscientemente adotam estratégias de negação. Algumas mães procuraram desenvolver atividades alternativas, de auto distração, como ler, conversar, ver televisão, para, assim, desligar-se do foco estressor e evitar pensar sobre o problema.

Neste grupo de mulheres houve uma procura bastante frequente de apoio na religião, mesmo que este componente não seja considerado como parte da estratégia de enfrentamento a situações de risco. ZANI et al. (2015) afirmam que os pais encontram na religiosidade e na espiritualidade uma significação e resposta a todas as dúvidas existentes diante da doença e ameaça de vida de seus filhos (ZANI et al. 2015).

Alves e colaboradores (2010) apontam a religião como tendo um forte fator de impacto na saúde, fortalecendo a pessoa, aumentando as suas iniciativas positivas, e promovendo uma melhor aprendizagem de estratégias para lidar com as diversas situações. Dessen, Domingues e Queiroz (2015) concluíram, que recorrer à espiritualidade através da fé traz conforto e favorece a construção de um sentido para sua experiência, e ressaltam que as estratégias de enfrentamento focalizadas na fé facilitam o confronto com as mudanças e cooperam para a reordenação das prioridades. A espiritualidade, aciona no indivíduo processos subjetivos capazes de ressignificar as situações de adversidade, criando formas de atuações resilientes junto à realidade.

Com relação à associação entre a estratégia utilizada e os resultados do desenvolvimento das crianças, foi observado que as mães que recorreram à estratégia de negação são aquelas cujos filhos apresentaram menores pontuações nas escalas de desenvolvimento abordadas, quando comparadas às mães que utilizaram aproximação. A ansiedade gestacional traz consequências negativas para o crescimento e desenvolvimento infantil (BROUWERS; VAN BAAR, 2001;

O'CONNOR, 2003; BUSS et al., 2010; BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013), e podemos supor que essa ansiedade tenha persistido nesse grupo de mulheres.

Nesse estudo as mulheres com maior escolaridade e maior renda média mensal utilizaram estratégias de aproximação mais frequentemente à situação de estresse pela possibilidade de comprometimento do neurodesenvolvimento de seus filhos pelo vírus Zika, Estes resultados são semelhantes aos achados de Fernandes e colaboradores (2009) e de Serra e colaboradores (2005), que afirmaram que mulheres com elevado nível de escolaridade e maior nível socioeconómico tendem a adotar estratégias de enfrentamento mais positivas e utilizam menos frequentemente estratégias de enfrentamento negativas. (Fernandes, 2009; Serra, 2005).

Indicadores sociais, como a idade materna, o nível de escolaridade, e o estresse influenciam na relação mãe/filho e no futuro da criança (NOGUEIRA; ALTAFIM; RODRIGUES, 2011). Com relação ao desenvolvimento das crianças, desde o nascimento, se vivencia um processo contínuo e sequencial de aquisição de capacidades que ocorre com o avanço da idade, provocadas pela interação entre as exigências da tarefa, a biologia do indivíduo e as condições ambientais (MEDINA ALVA et al., 2015). Segundo, Lago (2010), nesse período os laços afetivos entre as crianças e seus pais são fundamentais. Sameroff (2010) afirma que caso a mãe se encontre com a saúde mental afetada, as chances de prejuízo no desenvolvimento aumentam significativamente e tem repercussões no médio e longo prazo. A presença de alterações emocionais, como ansiedade e depressão, nas mães compromete a relação mãe-bebê tornando a criança insegura e desprotegida (FLORES, 2013). É através do vínculo mãe-bebê que a criança irá desenvolver a sua linguagem (FLORES, 2013), e foi exatamente a área de linguagem que foi mais comprometida neste estudo.

Foi encontrada associação significativa entre a cor e o tipo de estratégia utilizada pelas mães. A estratégia aproximação foi majoritariamente empregada por mães brancas e de maior escolaridade. Na verdade, estaria sendo evidenciado um fator de confundimento, indicando que o uso da estratégia mais positiva, de aproximação, estaria provavelmente associado à maior escolaridade e renda destas mães.

A associação significativa entre a estratégia de aproximação e a amamentação pode indicar que as mães com uma estratégia positiva de

enfrentamento a uma situação de risco potencial apresentam maior disponibilidade ou tranquilidade emocional para amamentar. Podemos supor que a estrutura emocional destas mulheres propicie atitudes mais positivas em diversas situações, tanto no enfrentamento de riscos potenciais, quanto no investimento emocional ou o reconhecimento da importância da amamentação para seus filhos.

Entre as limitações presentes no estudo está o fato de que muitas famílias enfrentaram dificuldades em manter consultas dentro da janela programada, e, portanto, nem todas as crianças foram avaliadas com a mesma idade. Além disso, há a ausência de grupo não exposto, o que impede uma comparação relacionada ao neurodesenvolvimento entre os dois grupos.

Como pontos positivos do estudo destaca-se o fato de ser realizado com crianças que já estavam em acompanhamento, e cujas mães foram orientadas em relação a medidas de estimulação. Dessa forma, os resultados das avaliações psicométricas, apesar de influenciados parcialmente pelas orientações recebidas, poderiam refletir a situação emocional dessas mães.

Em conclusão, esse estudo mostrou que a estratégia predominante de enfrentamento usada pelas mães foi a de aproximação, uma estratégia positiva de enfrentamento. A religião foi um apoio importante para essas mulheres.

Os resultados encontrados indicam a importância do apoio a estas mães. O desenvolvimento da criança é um processo contínuo que pode ser prejudicado quando a mãe falha na proteção ou estimula inadequadamente o seu bebê. O reconhecimento das estratégias utilizadas por mães em situações de risco semelhantes, pode dar subsídios para um trabalho de orientação e acompanhamento mais direcionado, além de contribuir para o melhor desenvolvimento dos filhos.