

IMPACTO EMOCIONAL E ENFRENTAMENTO MATERNO DA ANOMALIA CONGÊNITA DE BEBÊS NA UTIN

Schwanny Roberta Vicente^{1,2,✉}, Kely Maria Pereira de Paula^{1,3}, Andreza Mourão Lopes^{1,4}, Sarah Almeida Muniz^{1,5}, Camila Nasser Mancini^{1,6}, & Zeidi Araujo Trindade^{1,7}

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, CEP: 29075-910. ²e-mail: schwanny.vicente@gmail.com; ³e-mail: kelymppaula@gmail.com; ⁴e-mail: de_mlopes@hotmail.com; ⁵e-mail: sarinham@hotmail.com; ⁶e-mail: camilanmancini@gmail.com; ⁷e-mail: zeidi.trindade@gmail.com

RESUMO: O nascimento de um bebê diagnosticado com anomalia congênita (AC) geralmente produz nos pais estresse e sofrimento, decorrentes da idealização do bebê saudável. Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar indicadores emocionais parentais após o diagnóstico de AC e as formas de enfrentamento (*coping*) relacionadas ao contexto da hospitalização. Participaram da pesquisa 10 mães cujos bebês estavam internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de dois hospitais da Grande Vitória, ES. Para caracterização da amostra, foram aplicados questionários de dados econômicos e sociodemográficos para análise das variáveis, o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), Inventários Beck de Ansiedade (BAI) e Depressão (BDI) e Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). Todo o grupo experimentava algum grau de estresse e ansiedade, e a maioria (n=8) também apresentava sintomas de depressão, indicando que o diagnóstico de AC é um estressor em potencial para o sofrimento psicológico materno. Com relação à EMEP, os resultados indicaram maior frequência das estratégias de enfrentamento: Busca de Práticas Religiosas e Focalização no Problema. Evidencia-se a necessidade de intervenções dirigidas às mães durante a hospitalização para redução do impacto emocional negativo do diagnóstico de AC, o que pode comprometer o estabelecimento do apego inicial da díade. Ressalta-se a importância de estudos sobre o enfrentamento para subsidiar esse tipo de intervenção.

Palavras-chave: Enfrentamento; Estresse psicológico; Depressão; Ansiedade; Mães; Anomalia Congênita.

EMOTIONAL IMPACT AND MATERNAL COPING OF CONGENITAL ANOMALY OF BABIES IN THE NICU

ABSTRACT: The birth of a baby diagnosed as having congenital anomalies (CA) usually produces the parents' stress and suffering resulting from the idealization of a healthy baby. The objective of this research was to analyze parental emotional indicators after the CA diagnosis and ways of coping related to context of hospitalization. The participants were 10 mothers whose babies were admitted to the Neonatal Intensive Care Units (NICU) of two hospitals of Vitória, in the state of Espírito Santo. Sociodemographic and economic data

✉ Av. Fernando Ferrari, 514, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Goiabeiras, Vitória – ES, CEP: 29075-910; Tel.: +55 27 4009-2501. e-mail: schwanny.vicente@gmail.com

IMPACTO EMOCIONAL E ENFRENTAMENTO MATERNO

questionnaires were applied to characterize the sample. To analyze the variables, the Lipp's Inventory of Stress Symptoms for Adults (ISSL), the Beck Anxiety Inventory (BAI) and Depression (BDI), and the Brazilian version of the Ways of Coping Checklist were applied. The entire group was experiencing some degree of symptoms of stress and anxiety, and the majority ($n = 8$) also had symptoms of depression, indicating that the diagnosis of CA is a potential stressor for maternal psychological distress. Regarding the coping checklist, the results indicated that the most frequent ways of coping were: Search of Religious Practices and Problem-Focused Coping. We highlight the need for mothers' interventions during hospitalization to reduce the negative emotional impact of the CA's diagnosis, which can compromise the establishment of the initial attachment of the dyad. We emphasize the importance of studies on the coping to support this type of intervention.

Keywords: Coping; Psychological Stress; Depression; Anxiety; Mothers; Congenital Anomaly.

Recebido em 01 de Maio de 2015/ Aceite em 22 de Novembro de 2016

Nas últimas décadas, os avanços nos cuidados médico-hospitalares na área da Neonatologia trouxeram um aumento significativo no índice de sobrevivência de bebês de alto risco, tais como os prematuros, baixo peso ou com malformações diversas (Perosa, Silveira, & Canavez, 2008). Contudo, essa sobrevida trouxe para algumas famílias uma nova realidade: a de ter que cuidar de uma criança que apresenta uma série de agravos de saúde, os quais se traduzem em sério risco de vida e que, por isso, requerem tratamentos especializados (Rodrigues, Jorge, & Morais, 2005).

Desde as primeiras semanas de gestação, o equilíbrio físico e psicológico da mãe é alterado e os pais depositam grande expectativa acerca do filho que irá nascer. Em geral, desde então, eles começam a idealizar "a criança perfeita". Desse modo, a chegada de um bebê com anomalia congênita (AC), que necessita de cuidados diferenciados, pode produzir nos pais o sentimento de frustração dada a perda das expectativas e sonhos construídos em relação ao futuro descendente (Cunha, Pereira Junior, Caldeira & Carneiro, 2016). O impacto deste nascimento poderá influenciar, sobretudo, as relações que serão estabelecidas com a criança, tanto pelos pais, como a qualidade da interação entre a díade mãe-bebê, como pelos demais membros da família e de outros grupos sociais (formação de vínculo de amizade e inserção social, por exemplo) (Bernardo, 2012; Seligman & Darling, 2007).

As AC são caracterizadas como qualquer tipo de alteração sucedida durante o desenvolvimento embrionário. As principais causas da AC estão relacionadas a eventos ocorridos durante a gestação, mesmo que o problema não seja identificado logo após o nascimento, sendo classificadas como hereditárias (quando é genética) ou de natureza ambiental; porém, muitas vezes, as causas são desconhecidas (Alberto, Galdos, Miglino, & Santos, 2010).

Em 2014, 22.284¹ bebês foram diagnosticados com AC no Brasil e, deste total, 10.493 bebês nasceram na região sudeste (Ministério da Saúde [MS], 2016). Cerca de 5% dos bebês nascidos no Brasil e no mundo são diagnosticados com AC e estão relacionadas com alterações que podem ser monogênicas (doenças genéticas hereditárias) e ocorrem em 2% dos casos; 0,7% por causas cromossômicas e a maior parte decorrente de causas multifatoriais (Horovitz, Llerena-Junior & Mattos, 2005).

Um estudo detalhado de mapeamento das AC na Colômbia foi realizado por Zarante, Franco, López e Fernández (2010). Cerca de 30.000 crianças atendidas pelo Instituto de Genética Humana da

¹ Deve-se considerar que de acordo com os dados disponibilizados pelo MS (2016) para o ano de 2014, 82.893 bebês não tiveram diagnóstico fechado.

Pontificia Universidad Javeriana passaram por avaliação, sendo identificadas, entre as anomalias mais recorrentes: anormalidades da orelha; talipes (deformidades do pé); polidactilia; síndrome de Down; nevo (malformação observada na pele e mucosas); fissura de lábio e palato; cardiopatias; displasia do desenvolvimento do quadril; defeito do tubo neural; hemangioma (lesão ou tumor vascular); redução dos membros; e defeito da parede abdominal.

O fato de a criança nascer com AC, considerando algumas consequências mais severas e as repercussões do diagnóstico, poderá se configurar em risco ao desenvolvimento infantil, que tenderá a ser menos ou mais adequado de acordo com a estrutura familiar (Browne & Talmi, 2005). Além disso, a insegurança frente ao estado de saúde do filho e o prognóstico de seu quadro podem acarretar ansiedade nos familiares, bem como, uma sobrecarga em relação aos cuidados com a criança (Vasconcelos & Petean, 2009). Ainda, a provável internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é outro fator que tem significativo impacto negativo considerando as novas mudanças na rotina familiar (Martins, Dias, Enumo, & Paula, 2013).

Nesse contexto, a ansiedade é uma temática bem estudada e pode ser entendida como um estado emocional que envolve aspectos psicológicos, fisiológicos e sociofamiliares (Correia & Linhares, 2007). Para alguns autores, existem três condições básicas que provocam ansiedade: a superestimulação, quando a quantidade e/ou diversidade excessiva de estímulos gera excitação exagerada; a incongruência cognitiva, decorrente da impossibilidade de dar sentido às coisas; e a impossibilidade de o indivíduo emitir respostas em uma dada situação (Borcsik, 2006).

O sentimento de ameaça gerado pela ansiedade leva o sujeito a vivenciar sentimentos de medo, insegurança e apreensão antecipada, pensamentos recorrentes de incompetência pessoal ou ideias catastróficas, elevação no estado de vigília, tensão, dor muscular, entre vários outros sintomas somáticos decorrentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (Perosa et al., 2008). Ademais, altos índices de ansiedade no contexto de adaptação frente à notícia de AC do filho também podem repercutir em sintomas de depressão nas mães (Adouard, Glangeaud-Freudenthal & Golse, 2005).

Outro elemento investigado, em geral associado aos estados de estresse e ansiedade materna, é a depressão (Correia & Linhares, 2007), que pode ser caracterizada por diferentes alterações físicas e psicológicas, como: alterações no apetite e no sono, crises de choro, desatenção, falta de concentração e energia, dificuldade de realizar atividades consideradas agradáveis e, ainda, sensação de incapacidade para lidar com novas situações e desafios (Moraes et al., 2006; Perosa et al., 2008). De acordo com Teng, Humes, e Demetrio (2005), o grande problema é que a depressão vem sendo subdiagnosticada, o que implica riscos consideráveis porque o tratamento inadequado poderá acarretar transtornos que acompanharão a pessoa ao longo da vida.

A depressão materna acomete, segundo Moraes e colaboradores (2006), de 10 a 15% das puérperas. Alvo de preocupação dos serviços de saúde pediátrica (Pedrosa et al., 2008), essas mães costumam apresentar um padrão de comportamento intrusivo que afeta sua capacidade de cuidar. Tendem também a afastar-se da criança e não ficam emocionalmente disponíveis a ela (Motta, Lucion, & Mafro, 2005). Quando se trata de um bebê com AC que, inevitavelmente, necessitará de maior atenção e assistência, o cuidado materno adequado é fundamental para seu desenvolvimento sadio (Pereira, Lima, Legay, Santos & Lovisi, 2011). Vale ressaltar que existem fatores que podem agravar ainda mais esse quadro depressivo, como, por exemplo, as condições socioeconômicas precárias e a falta de suporte social (Coutinho, Baptista, & Moraes, 2002; Perosa et al., 2008).

Outra variável importante que tem impacto negativo no bem-estar físico e emocional do indivíduo é o estresse (Linhares, 2016). O constructo tem sido definido como uma resposta do organismo procurando meios de equilibrar-se diante de uma situação entendida pelo indivíduo como ameaçadora (Sardá Jr, Legal, & Jablonski Jr., 2004). Para Aldwin (2007), o estresse possui três componentes que o

IMPACTO EMOCIONAL E ENFRENTAMENTO MATERNO

caracterizam como um processo. O primeiro deles é a tensão, que gera reações psicológicas (ativação simpática, supressão parassimpática, estimulações e supressões neuroendócrinas, entre outros) e emocionais (efeito negativo, por exemplo). O segundo componente é o estressor, sendo considerado o tipo (trauma, evento da vida ou mesmo estressores diários) e sua dimensão temporal (a duração de exposição ao estressor). O terceiro e último componente são as avaliações cognitivas (percepção do evento visto como prejudicial ou perda, ameaça ou desafio, entre outros) e a intensidade (fraca, moderada ou forte).

Como destacado, elevados níveis de estresse, ansiedade e depressão são fatores que repercutem de forma negativa nas relações intrafamiliares, oferecendo risco ao bem-estar materno e desenvolvimento do bebê (Linhares, 2016). Em uma perspectiva transacional, a criança, ao interagir em determinados contextos, afeta seus pares e é afetada pelos mesmos (Sameroff, Seifer, Barocas, Zax, & Greenspan, 1987). Nesse sentido, é preciso que a criança cresça em um ambiente familiar interativo, com condições adequadas de estimulação (Browne & Talmi, 2005).

Diante de uma situação de adversidade, os níveis de ansiedade, depressão e estresse podem se elevar, produzindo respostas físicas e/ou psíquicas que indicam que o indivíduo está sob forte impacto emocional negativo. Visando a retomada do equilíbrio frente a um estressor em potencial, o *coping* se estabelece regulando os níveis de estresse e visando a integridade psicológica do indivíduo. O termo *coping* comumente é definido como capacidade de adaptação e enfrentamento em contextos que desafiam, ameaçam ou excedem o equilíbrio psíquico e biológico (Lees, 2007).

Para Lazarus e Folkman (1984), o enfrentamento não é um mecanismo automatizado, ao contrário dos comportamentos adaptativos de caráter involuntário, uma vez que requer esforços ativos do indivíduo para lidar com um determinado estressor. Neste modelo, é enfatizada a importância da avaliação da pessoa quanto ao caráter estressor da situação, uma vez que a avaliação cognitiva sobre o contexto irá influenciar o processo de enfrentamento.

Há diversas maneiras de avaliar o *coping* e, no Brasil, o instrumento mais utilizado é a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP, versão elaborada e validada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), a partir da *The Ways of Coping Checklist* (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker, 1985). A EMEP permite identificar as estratégias de enfrentamento, distribuídas em quatro fatores (busca de suporte social, busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, focalização no problema e focalização na emoção), em diversos contextos estressores, inclusive relacionados à saúde, como, por exemplo, na vivência com o HIV (Faria & Seidl, 2006) e na internação em UTIN (Cunha et al., 2011; Ramos et al., 2011; Vasconcelos & Petean, 2009). O conjunto de estratégias de enfrentamento adotadas pelo indivíduo refletirá, então, na maneira como este lida com o evento estressor (Lazarus & Folkman, 1984).

No estudo realizado por Vasconcelos e Petean (2009), no qual analisaram as estratégias de enfrentamento em mães que tiveram filhos com algum grau de malformação, foi verificado que 54,5% das mães utilizaram principalmente estratégias de busca por práticas religiosas, independente da religião que praticavam e especialmente quando a malformação envolvia grande risco à vida do bebê. Cunha e colaboradores (2011) também investigaram o enfrentamento de mães que estavam com seus bebês internados em UTIN, e os resultados foram semelhantes, indicando que 53,3% faziam uso da prática religiosa como principal estratégia de enfrentamento. No estudo de Faria e Seidl (2006) observou-se que a predominância desta estratégia de enfrentamento é especialmente verificada em contextos em que o indivíduo tem poucas opções disponíveis de manejar o estressor de maneira efetiva. Além disso, o apego à religião frente a situações adversas pode se configurar como fator de proteção, o que significa que poderá influenciar no desenvolvimento de respostas adaptativas (Rodrigues, Silva & Mamede, 2002).

Alguns estudos apontam a importância de outras estratégias de *coping*. Sobre esse ponto, a literatura tem destacado a relevância da rede de apoio social para lidar com o estresse elevado e, por

vezes, duradouro (Barros & Trindade, 2007; Bernardo 2012; Cunha et al., 2011; Vicente et al., 2016). No estudo de Cunha e colaboradores (2011) verificou-se que a estratégia de suporte social foi a segunda mais utilizada, uma vez que as mães haviam estabelecido uma rede de apoio com as outras mães que também estavam passando pela mesma situação, a hospitalização do filho.

Além disso, a organização de novos recursos e potencialidades de ação, bem como a aproximação frente ao estressor, que são estratégias relacionadas à focalização do problema, representam meios de adaptação positivos (Souza & Seidl, 2014). Já em relação à estratégia de focalização na emoção, Leite, Amorim, Castro e Primo (2012) afirmam que menor utilização dessa modalidade de *coping* representa uma boa adaptação, pois este tipo de enfrentamento se associa com uma baixa regulação emocional.

Diante do panorama apresentado, mostra-se necessário analisar os indicadores emocionais maternos após o diagnóstico de AC do filho, bem como as estratégias de enfrentamento utilizadas diante de uma condição comumente estressora, para que seja possível, então, traçar estratégias que diminuam riscos que afetem sua qualidade de vida, e que, conseqüentemente, prejudiquem o desenvolvimento sadio do bebê.

MÉTODO

Participantes

O grupo foi formado por 10 mães, que acompanhavam o filho com diagnóstico de AC em uma das duas UTIN que integravam a pesquisa. Os pais foram consultados, mas alegaram não ter disponibilidade. Em geral, os pais trabalhavam e eram as mães ou avós que permaneciam no hospital por maior tempo. Os hospitais, localizados na região da Grande Vitória, ES, eram especializados no cuidado pediátrico. Todos os critérios para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos foram atendidos, com aprovação do Comitê de Ética da Universidade² e do Comitê responsável pelas pesquisas nos hospitais, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

Material

1. Questionário de Dados Sociodemográficos - contém 29 itens organizado a partir do Protocolo de Dados Gerais, elaborado por Ramos (2012), para identificar aspectos sobre a família e desenvolvimento do bebê (idade dos pais, escolaridade, ocupação, informações sobre gestação e condição de saúde da criança, entre outros);

2. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, [ABEP], 2011) - identifica o perfil econômico da população brasileira (número e tipo de bens, além da escolaridade do principal provedor financeiro da família);

3. Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) (Lipp, 2000) - é composto por 53 itens em se deve assinalar “sim” ou “não” para cada sintoma apresentado, físico ou psicológico, baseando-se no último mês, última semana e nas últimas 24 horas (dores recorrentes, alimentação inadequada, insônia, instabilidade emocional, entre outros);

4. Inventários Beck de Ansiedade (BAI) e Depressão (BDI) (Cunha, 2001) - cada inventário, com escalas do tipo *likert*, possui 21 afirmações que medem sintomas de ansiedade (ex.: dormência, tremor

² Protocolo n. 06834612.9.0000.5542.

IMPACTO EMOCIONAL E ENFRENTAMENTO MATERNO

nas pernas e medo de morrer) e depressão (ex.: humor, pessimismo e sentimento de fracasso), que varia de 0 a 3 (ausência do sintoma a grave).

5. Escala Modos de Enfrentamento de Problema - EMEP (Seidl et al., 2001) - é composta por 45 itens, distribuídos em quatro fatores que identificam as estratégias de enfrentamento diante de determinado estressor: *Focalização no problema* (Ex.: Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo); *Focalização na emoção* (Ex.: Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema); *Busca de práticas religiosas* (Ex.: Pratico mais a religião desde que tenho esse problema); e *Busca por suporte social* (Ex.: Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite).

Procedimento

Após a formalização do consentimento para participação em pesquisa e explicação do procedimento, os instrumentos foram aplicados, observando-se a condição de bem-estar da respondente. Parecer individual foi elaborado após a atividade e as mães que apresentaram níveis elevados de estresse, ansiedade ou depressão foram encaminhadas a serviços públicos de Psicologia.

Os dados foram processados conforme critérios de padronização e normatização ou sistema de categorias dos instrumentos. O CCEB (ABEP, 2011) classifica a amostra em classes variando da RMF R\$ R\$415,00 (classe E) a R\$ R\$11.480,00 (classe A1). A ISSL (Lipp, 2000b) foi analisada identificando as fases de alerta (5 pontos), resistência/quase exaustão (14 pontos) e exaustão (20 pontos).

Em relação ao BAI (Cunha, 2001), há a seguinte distribuição na pontuação: mínimo (0-10); leve (11-19); moderado (20-30); e grave (31-63). Já no BDI (Cunha, 2001) essa classificação sofre pequenas alterações: mínimo (0-11); leve (12-19); moderado (20-35); e grave (36-63). Para comparação dos dados desses últimos três instrumentos foi realizada uma classificação em quatro níveis: ausência, fase inicial, fase intermediária e fase avançada para sintomas de estresse, ansiedade e depressão.

A EMEP foi analisada utilizando o protocolo específico (Seidl et al., 2001). Obteve-se a média dos escores e o desvio padrão de cada participante e do grupo em cada um dos quatro fatores. Escores mais elevados indicam o maior uso de determinado conjunto de estratégias de enfrentamento. Os dados deste estudo foram calculados e comparados aos valores da EMEP para enfrentamento relacionado ao “Estressor Saúde”.

RESULTADOS

As mães tinham entre 19 e 34 anos ($M=26,4$), residiam no estado do Espírito Santo, sendo sete mães da Grande Vitória e três do interior do estado. Em relação ao número de filhos, nove eram múltiparas, sendo que seis já possuíam um filho e três já tinham dois filhos, e a idade média dos filhos foi de 6,3 anos ($A=12$). A maioria vivia em união estável ($n=9$) e estava inserida no mercado de trabalho ($n=6$). Em relação aos pais, estes tinham entre 19 a 36 anos ($M=27$ anos), a maioria trabalhava ($n=9$)³ e, segundo o relato das mães, auxiliava de forma positiva a lidar com a condição de hospitalização do bebê ($n=8$). Quanto à escolaridade, as mães tinham maior tempo de estudo: cinco tinham ensino médio completo, duas completaram o ensino fundamental, duas tinham ensino médio incompleto e uma tinha ensino fundamental incompleto. Quatro dos pais tinham ensino fundamental incompleto, dois haviam concluído o ensino fundamental, dois tinham ensino médio incompleto e um havia completado o ensino médio.

³ Uma das participantes preferiu não oferecer informações sobre o pai do bebê.

A partir do CCEB as famílias se distribuíam nas classes B2 (n=4), C1 (n=3) e C2 (n=3). Na classificação proposta, uma família situada na classe B2 tem RMF de R\$ 2.656,00, na classe C1 RMF de R\$ 1.459,00 e na classe C2 RMF de R\$ 962,00 (ABEP, 2011).

A Figura 1 apresenta os dados comparativos dos três instrumentos (ISSL, BAI e BDI). Ao avaliar e comparar os níveis de estresse, ansiedade e depressão manifestados pelas mães, após a confirmação do diagnóstico de malformação do filho, metade delas encontrava-se na fase intermediária.

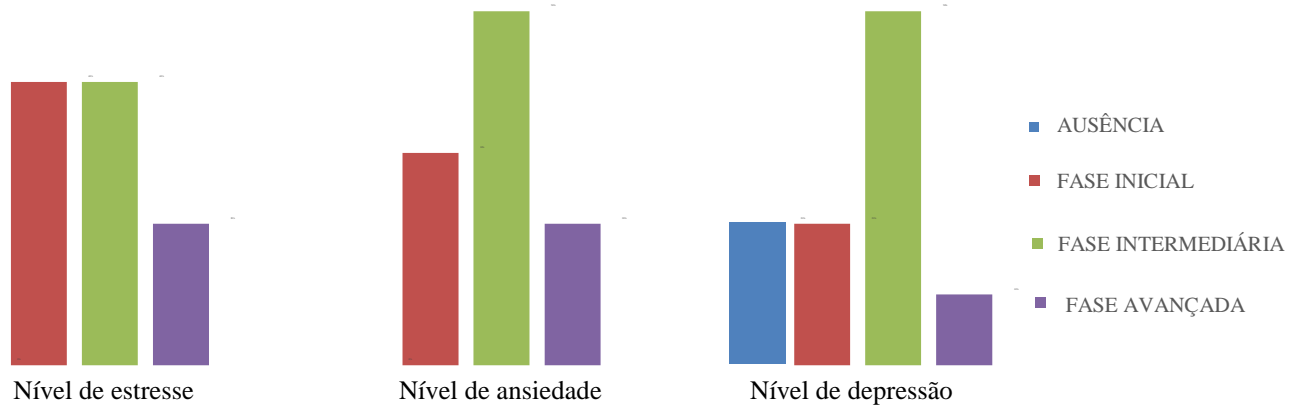


Figura 1. Comparação entre os níveis de estresse, ansiedade e depressão do grupo de mães
Nota. A fase “ausência” é considerada somente para os dados de depressão (BDI)

Conforme apresentado, em relação à análise da avaliação do estresse das participantes, obtida através do ISSL, constatou-se que a maioria das mães se encontrava nas fases de resistência (n=4) e quase exaustão (n=4); duas estavam na última fase, a de exaustão. Desse modo, todo o grupo apresentava algum nível de estresse, a maioria experimentando sintomas físicos e psicológicos, considerando as duas últimas fases identificadas.

Em relação à ansiedade, verificada pelo BAI, foi constatado que a maioria das mães (n= 5) apresentava nível moderado de ansiedade; três se situavam no nível leve, mas duas alcançaram o nível grave. Na avaliação da depressão, cinco mães encontravam-se com nível moderado, duas apresentavam nível mínimo, duas mostravam nível leve e um nível grave.

A Figura 2 apresenta os valores das médias obtidas pelo grupo em cada fator da EMEP, comparando-as com a média padrão para o estressor saúde.

IMPACTO EMOCIONAL E ENFRENTAMENTO MATERNO

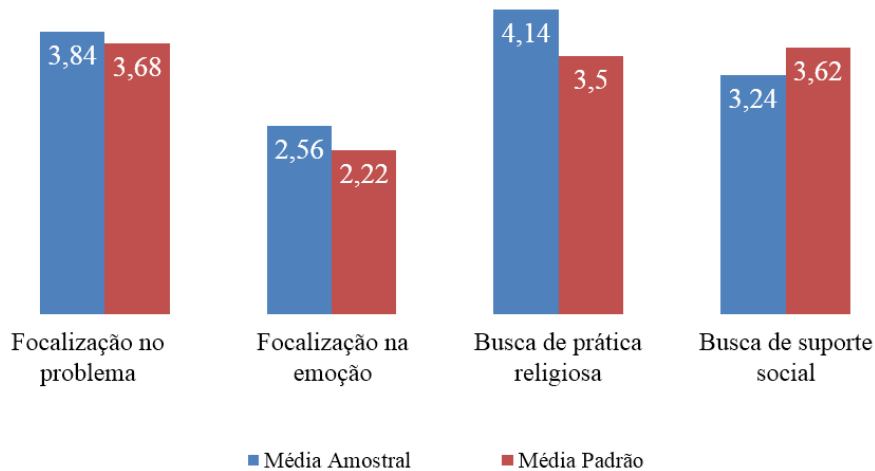


Figura 2. Comparação entre as médias do grupo de mães em cada Fator e as médias dos valores padrão da EMEP.

O estilo de enfrentamento mais utilizado pelas mães foi o de busca por práticas religiosas, sendo que a média dos escores foi de 4,14, com 0,64 acima da média Padrão, indicando uma alta frequência de recorrência à religiosidade no enfrentamento de eventos estressores relacionados à saúde. O desvio padrão (DP=0,53) foi inferior ao desvio dos valores padrão (DP=0,86), o que também indica que os escores das mães não foram muito díspares. No subgrupo de mães com maior uso do fator busca de prática religiosa o nível de escolaridade variou de ensino médio completo a ensino fundamental incompleto, com idade média de 28,4 anos e estavam inseridas na classe B2 (n=4), seguido pelas classes C1 (n=3) e C2 (n=3). Enquanto esta estratégia foi a mais utilizada pelas mães da amostra, o enfrentamento pela busca religiosa foi a terceira mais utilizada pela amostra padrão.

A segunda estratégia mais utilizada pelas mães foi a focalização no problema, com a média dos escores de 3,84, sendo um pouco maior do que a indicada pelo Padrão no Estressor Saúde (M=3,68). Os valores para desvio padrão (DP=0,42) e amplitude (A=1,33) indicaram que houve pouca variabilidade nas respostas.

Os comportamentos relacionados à busca de suporte social indicaram que esta foi a segunda estratégia menos utilizada pelas mães, obtendo média de escore de 3,24, menor do que o valor médio Padrão (M=3,62). Os escores variaram expressivamente, uma vez que o desvio padrão foi de 1,02 e a amplitude média dos escores foi de 3,2 (AV= 1,8-5,0), mostrando maior variabilidade de respostas no que se refere à utilização dessa estratégia.

O enfrentamento focalizado na emoção foi a estratégia menos utilizada pelas mães, sendo que a média dos escores das mães foi de 2,56, superior ao valor padrão (2,22), com desvio padrão de 0,72 e amplitude de 2,47, indicando que esta amostra utilizou mais estratégias focalizadas na emoção do que a amostra padrão e que houve variação expressiva entre os escores das mães (AV=1,86-4,33).

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram níveis mais expressivos para a presença de sintomas clínicos de ansiedade, estresse e depressão neste grupo e, de acordo com Seligman e Darling (2007), o confronto com a notícia de AC do filho é para a mãe e sua família um período particularmente desafiador e exigente, com possíveis implicações em nível emocional. Esses sintomas clínicos podem estar associados à expectativa de enfrentamento de problemas futuros, como cuidados especiais e retornos constantes aos

serviços de saúde (Perosa et al., 2008). Além disso, esse quadro também pode se agravar dado o consequente período de internação do bebê na UTIN, frequentemente longo, em que a ocorrência constante de procedimentos invasivos, a necessidade de cuidados especiais e a mudança na rotina, repercute na dinâmica familiar, podendo influenciar tanto aspectos afetivos quanto sociais dos envolvidos, como apontam diversas pesquisas (Bernardo, 2012; Cunha et al., 2016; Martins, Dias, Enumo, & Paula, 2013; Vicente et al., 2016).

A maior parte das mães apresentou ansiedade em níveis moderado a grave, o que representa a vivência de sentimentos desagradáveis de excitação e de ameaça frequente durante a internação do filho. No ambiente de UTIN, o contato das mães com os filhos é limitado, o que potencializa a percepção de ineficiência em oferecer cuidados adequados aos mesmos (Perosa et al., 2008), gerando maior ansiedade pela impossibilidade de emitir as respostas maternas que consideram adequadas e necessárias a uma dada situação.

Já em relação à depressão, metade das mães apresentou nível moderado, condição esta que é comumente associada aos estados de estresse e ansiedade no período gestacional ou após o nascimento do bebê (Linhares & Correia, 2007), os quais podem se apresentar ainda mais exacerbados no contexto em que as mães têm que lidar com a hospitalização do filho. A associação de diversos sintomas depressivos pode se tornar incapacitante e levar a um sentimento de desamparo frente à malformação do bebê (Vasconcelos & Petean, 2009). Com altos índices de ansiedade e depressão, o sentimento de autoeficácia para enfrentar novas situações é fortemente prejudicado, e o enfrentamento requer um indivíduo ativo, que tenha condições de disponibilizar recursos pessoais para lidar com novas demandas (Lazarus & Folkman, 1984). Sendo assim, os níveis clínicos de ansiedade e depressão acabam por comprometer a habilidade cognitiva e emocional para o enfrentamento desse estressor.

O fato de parte do grupo pertencer a classes econômicas, medidas pelo protocolo CCEB, de menor poder aquisitivo, é uma variável que deve ser destacada. De acordo com Perosa e colaboradores (2008), a condição socioeconômica das mães é um fator que pode potencializar o aparecimento de quadros depressivos, porque essas mães têm que lidar com outros eventos, também vitais, logo após o parto (Vicente et al., 2016). Em estudos com amostras brasileiras de população de baixa renda, foram encontradas taxas de prevalência de depressão puerperal acima de 30,0% (Coutinho et al., 2002; Cruz et al., 2005). Associado a isso, é comum também que a depressão seja subdiagnosticada e, conseqüentemente, subtratada e como já referido, a ausência ou o tratamento inadequado podem ter conseqüências danosas para a mãe (Teng et al., 2005). Este quadro de desequilíbrio pode ser especialmente prejudicial nos contextos em que a malformação do filho acarreta uma condição crônica de saúde, o que exigirá a utilização de diferentes estratégias de enfrentamento para lidar com as inúmeras demandas do dia a dia (Vasconcelos & Petean, 2009).

A percepção das mães de ineficiência para oferecer cuidados adequados ao filho no contexto da UTIN, também associada fortemente às conseqüências do pareamento de sintomas depressivos e de ansiedade, pode ter contribuído para a utilização mais frequente do enfrentamento focalizado na busca por práticas religiosas. No caso da mãe que está com o filho em estado grave na UTIN, inicialmente impossibilitada de manter contato físico com o bebê e de participar efetivamente das práticas de cuidado requeridas para o seu tratamento, o forte apego à religião pode se constituir em alternativa de cuidado para sua recuperação (Ramos et al., 2011). Outros achados da literatura também indicam que há predomínio dessa estratégia de enfrentamento, especialmente em situações em que o indivíduo tem poucas opções disponíveis de alterar o estressor de maneira efetiva (Cunha et al., 2011; Faria & Seidl, 2006).

É importante ressaltar que o apego à religião em momentos de grande impacto emocional pode estar associado com tentativas de proteção e racionalização, uma vez que a crença adotada rege o

IMPACTO EMOCIONAL E ENFRENTAMENTO MATERNO

comportamento psíquico, contribuindo para a prática de condutas de autorregulação emocional e resiliência (Vasconcelos & Petean, 2009). Estratégias baseadas em práticas religiosas podem ser consideradas como fator de proteção psíquica para as mães, em alguns casos, mas também podem se instalar como fator de risco. Em outras palavras, a prática religiosa pode se constituir em fator de proteção quando exercem influência no desenvolvimento de respostas adaptativas frente a situações difíceis (Rodrigues, Silva & Mamede, 2002); ou se configurar em fator de risco quando contribuem para a instauração de um estado de alienação frente às possibilidades reais de cura da criança, levando a mãe a tomar decisões e a criar expectativas incoerentes com a gravidade do diagnóstico (Vasconcelos & Petean, 2009).

Considerando que todo o grupo apresentou estresse, possivelmente a hospitalização de um filho representa uma situação de desequilíbrio emocional. Mais ainda quando essa hospitalização é ocasionada pela chegada de um filho diferente do que foi idealizado, transformando uma situação idealizada de alegria em uma situação ameaçadora, ativando novos recursos de enfrentamento.

Embora estudos como o de Vasconcelos e Petean (2009) revelem que as mães tendem a manter o apego em relação ao bebê mesmo diante do diagnóstico de AC, a presença de sinais clínicos de estresse, ansiedade e depressão pode interferir diretamente na vinculação afetiva da mãe com o bebê, o que pode dificultar o cuidado, agravando uma situação que já é crítica (Pereira et al., 2011). Dessa forma, o vínculo afetivo estabelecido entre a mãe e as experiências e expectativas que a mãe possui acerca do desenvolvimento do bebê são fatores que influenciam o seu desenvolvimento (Cunha et al., 2016). Nesse ponto, constitui-se como fator de risco ao desenvolvimento infantil, tanto a mãe que faz uso de pensamento fantasioso em relação ao estado de saúde do filho quanto aquela que, tomada por sentimento de desamparo, não investe afetivamente na criança e tampouco estimula seu desenvolvimento. Esse investimento e estimulação são relevantes para reduzir ou minimizar as consequências da hospitalização, assim como de uma deficiência, se uma condição crônica de saúde decorrente da AC seja instaurada, necessitando assim, de acompanhamento médico ao longo da vida da criança.

A segunda estratégia de enfrentamento mais utilizada pelas mães neste estudo foi a focalizada no problema, em que se busca meios efetivos para lidar com a situação estressora. O maior uso dessa modalidade de enfrentamento implica modificação entre pessoa e ambiente, seja por meio de controle ou de alteração do fator que está ocasionando o estresse, partindo do pressuposto que é possível ser ativo no manejo do evento estressor, promovendo sua aproximação do problema (Lazarus & Folkman, 1984). Esta aproximação representa um meio de adaptação positivo, pois os esforços vão em direção à promoção do ajustamento perante a uma nova realidade, organizando novos recursos e potencialidades de ação (Souza & Seidl, 2014). Dessa forma, apesar dos níveis clínicos de estresse, ansiedade e depressão apontados pelo estudo, a utilização de estratégias focalizadas no problema indica que as mães estavam, de alguma forma, planejando ativamente meios para interferir no contexto de hospitalização do filho. Contudo, devido ao número mais expressivo de estratégias de enfrentamento baseadas em práticas religiosas, seria relevante investigar se estas representavam um fator de risco ou de proteção ao desenvolvimento infantil, como já discutido anteriormente.

Esse resultado também corrobora os achados de estudos envolvendo o estressor saúde (Leite et al., 2012; Vasconcelos & Petean, 2009). Pode-se sugerir que a maior frequência na adoção de ambas às estratégias de enfrentamento, práticas religiosas e focalização no problema pode estar associada ao fato das mães lidarem com um estressor percebido como ameaça ao bem-estar físico e emocional, gerando a necessidade de respostas de adaptação mais diretas, que requerem um mecanismo de ação mais focal e vigoroso (Ramos et al., 2011). Portanto, a prontidão em viabilizar meios para lidar com um estressor com grande potencial de gerar desequilíbrio, pode indicar que as mães se sentiam motivadas em produzir esforços que as auxiliavam a amenizar as consequências negativas decorrentes da hospitalização de seus bebês.

Outro ponto importante, e que merece particular atenção, diz respeito ao apoio instrumental e emocional que os companheiros ofereciam às mães durante esse período, de acordo com o relato das participantes. Como a maioria (90%) vivia em união estável, é possível que a organização familiar tenha facilitado a participação paterna, traduzida em visitas ao bebê na UTIN. A presença do pai nesse contexto, compartilhando momentos difíceis, pode ter efeito protetor e contribuir para que o estresse seja mantido em níveis menos danosos. O estudo de Cruz e colaboradores (2005), por exemplo, indica que a presença de suporte por parte do cônjuge apresenta efeito protetor para depressão puerperal. Em conformidade com essa análise, Perosa e colaboradores (2008) constataram que o fato das mães contarem potencialmente com um companheiro estava associado à diminuição dos níveis de ansiedade e depressão com o passar do tempo.

É possível que a participação dos pais tenha contribuído também para a adoção de estratégias baseadas na busca de suporte social, sendo esta a terceira estratégia mais utilizada pelas mães ($M=3,24$). Pesquisas sobre o enfrentamento materno ressaltam a relevância das redes de apoio para lidar com o estresse elevado e, por vezes, duradouro, sendo citados principalmente o companheiro e a família (Barros & Trindade, 2007; Bernardo 2012). Desta maneira, a presença de suporte social pode constituir-se como fator de proteção, auxiliar no enfrentamento e facilitar a adaptação do indivíduo à desafiadora situação.

Diante da importância assumida pelo suporte social no enfrentamento de uma situação estressora, os profissionais de saúde poderiam lançar mão de atividades de intervenção em grupo, a exemplo de grupos de apoio de mães de bebês internados em UTIN. Este espaço poderia se configurar em uma rede de suporte social, ampliando as possibilidades de acolhimento no hospital. Através do grupo, as mães poderiam apoiar-se mutuamente, trocar experiências e palavras de conforto e compartilhar experiências bem-sucedidas na resolução de problemas decorrentes da hospitalização, uma vez que estão expostas à mesma situação.

Os dados desta pesquisa indicaram que a hospitalização do bebê ocasionada por uma AC se configura em forte impacto emocional, o que pode limitar mecanismos de ação das mães frente a este estressor, considerando os indicadores apresentados para sintomas de estresse, ansiedade e depressão. O reconhecimento deste impacto negativo coloca em pauta a necessidade dos profissionais de saúde planejarem intervenções que também tenham como foco o bem-estar e as necessidades individuais de seus cuidadores. Nesse ponto, seria relevante que o grupo fosse mediado por profissionais da saúde, com destaque para a figura do psicólogo, que além de fornecer apoio psicológico, ficaria responsável por transmitir informações que aumentassem o conhecimento das mães sobre o estado de saúde de seus filhos e sobre o desenvolvimento infantil. Dessa forma, talvez seja possível reduzir o uso de estratégias de enfrentamento fantasiosas não condizentes com o real estado clínico de saúde dos filhos, assim como se aumentaria seus conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, ajudando na articulação de meios mais eficazes para interferir na potencialidade desse estressor. Vale ressaltar que nos hospitais onde a coleta foi realizada foi percebido um quantitativo reduzido de profissionais de psicologia na equipe interdisciplinar. Além de ser responsável pelos atendimentos na UTIN, esse profissional precisa atender a diversas demandas de outros setores do hospital, ficando bem sobrecarregado. Sendo assim, é necessário ampliar o número de psicólogos no ambiente hospitalar, para que seja possível a realização de atividades voltadas especificamente para a população da UTIN, como, por exemplo, programas de intervenção permanentes com as famílias dos bebês internados.

É importante também destacar que, mesmo com o número reduzido de intervenções psicológicas dirigidas ao enfrentamento materno no contexto da UTIN deste estudo, as estratégias de enfrentamento menos utilizadas foram as focalizadas na emoção, o que se configura como um fator positivo (Leite et al., 2012) no uso da EMEP. Desse modo, o maior uso de estratégias focalizadas no problema em detrimento das focalizadas na emoção remete à adaptação adequada, demonstrando que as mães estavam se

IMPACTO EMOCIONAL E ENFRENTAMENTO MATERNO

ajustando a essa nova realidade, organizando e disponibilizando recursos para interferir na potencialidade do estressor, representado pelo diagnóstico de AC e pela hospitalização do filho na UTIN.

Pesquisas que visam identificar, analisar e intervir no *coping* em situação de risco também devem ser expandidas. Neste estudo, a investigação sobre a forma como as mães lidam com o estressor hospitalização e AC do filho permitiu identificar as diferentes formas de enfrentamento adotadas, o que pode auxiliar na predição de repertório desadaptativo e em suas consequências para o estabelecimento do apego. Ressalta-se, assim, a importância de estudos sobre o tema para subsidiar intervenções dirigidas a grupos que estão sob forte impacto emocional e, por conseguinte, em condição de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas emocionais.

Espera-se que este estudo possa oferecer suporte aos profissionais de saúde no tocante à importância de intervenções dirigidas a famílias de bebês internados na UTIN. Tais intervenções visam à redução do impacto emocional negativo frente ao diagnóstico de AC e internação do filho e uma melhor adaptação da família à condição da criança, favorecendo a qualidade do vínculo inicial entre a díade. Nesse sentido, valoriza-se no hospital a qualidade dos recursos familiares voltados para o desenvolvimento da criança.

REFERÊNCIAS

- Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N. M. & Golse, B. (2005). Women mental health validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives Women Mental Health*, 8(2), 89-95.
- Alberto, M. V., Galdos, A. R., Miglino, A. & Santos, J. (2010). Anencefalia: Causas de uma malformação congênita. *Revista de Neurociências*, 18(2), 244-248.
- Aldwin, C. (2007). *Stress, coping and development: an integrative perspective* (2 ed.). New York: The Guilford Press.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2011). Acesso em 15 de agosto de 2011, disponível em ABEP: <http://www.abep.org>
- Barros, S. M. M. & Trindade, Z. A. (2007). Maternidade “prematura”: uma investigação psicossociológica na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 253-269.
- Bernardo, M. A. R. (2012). Vinculação e estratégias de *coping* em mães de crianças prematuras. *Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal*.
- Borcsik, S. P. L. (2006). Avaliação da ansiedade e do enfrentamento em de executivos em situação de desemprego. *Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo, SP*.
- Browne, J. V. & Talmi, A. (2005). Family-Based Intervention to Enhance Infant-Parent Relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 667-677.
- Correia, L. L. & Linhares, M. B. M. (2007). Ansiedade materno nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 175-182.
- Coutinho, D. S., Baptista, M. N. & Moraes, P. R. (2002). Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. *Infanto – Revista Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 10(2), 63-71.

- Cunha, A. C., Medeiros, A. P. A. S., Monteiro, L. F., Rodrigues, A. M., Pereira, C. S., Pinto, L., Telles, A. G. & Novaes, N. (2011). Estratégias de enfrentamento maternas acerca da hospitalização de seus bebês internados em UTIN Neonatal: análise de uma proposta de avaliação e intervenção em Psicologia Pediátrica. *Anais eletrônicos da XXXIII Jornada Giullio Massarani de Iniciação Científica, Artística e Cultural UFRJ*.
- Cunha, A. C. B., Pereira Junior, J. P., Caldeira, C. L. V., & Carneiro, V. M. S. P. (2016). Diagnóstico de malformações congêntas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(4), 601-611.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155-164.
- Horovitz, D. D., Llerena-Junior, J. C. & Mattos, R. A. (2005). Atenção aos defeitos congêntos no Brasil: panorama atual. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1055-1064.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lees, D. C. (2007). An empirical investigation of the motivational theory of coping in middle to late childhood. *Tese de doutorado submetido ao Programa de Filosofia e Psicologia Clínica da Griffith University*.
- Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., de Castro, D. S. & Primo, C. C. (2012). Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2):211-7.
- Linhares, M. B. M. (2016). Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(4), 587-599.
- Lipp, M. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Martins, S. W., Dias, F. S., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. (2013). Pain assessment and control by nurses of a neonatal intensive care unit. *Revista Dor*, 14(1), 21-26.
- Ministério da Saúde. (2016). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Acesso em 23 de novembro de 2016, em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>
- Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R. & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 65-70.
- Motta, M. G., Lucion, A. B., & Mafro, G. G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(2), 165-176.
- Pereira, P. K., Lima, L. A., Legay, L. F., Santos, J. F. C. & Lovisi, G. M. (2011). Malformação congênita do bebê e risco de transtornos mentais maternos durante o período gravídico-puerperal :uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 19(1): 2-10.
- Perosa, G. B., Silveira, F. P. & Canavez, I. (2008). Ansiedade e Depressão em Mães de Recém-nascidos com Malformações Visíveis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(1), 29-36.
- Ramos, F. P. (2012). Uma proposta de análise do coping no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES*.
- Ramos, F. P., Vicente, S. R. C. R. M., Macedo, M. L. G., Martins, S. W., Enumo, S. R. F., Cunha, A. C. B., Monteiro, L. F., Medeiros, A. P. A. S., Rocha, C. T., Rodrigues, A. M. & Pereira, C. S. (2011). Avaliação do coping de mães frente à hospitalização de bebês prematuros em unidade de

IMPACTO EMOCIONAL E ENFRENTAMENTO MATERNO

- terapia intensiva neonatal. In: VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica e XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, 2011, Lisboa. *VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica e XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, p. 195.
- Rodrigues, A. S., Jorge, M. S. B. & Morais, A. P. P. (2005). Eu e meu filho hospitalizado: concepção das mães. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 6(3), 87-94.
- Rodrigues D. P., Silva, R. M., & Mamede, M. V. (2002). Analisando o processo adaptativo no autoconceito da mulher mastectomizada. *Revista Enfermagem UERJ*, 11 (1), 64-69.
- Sameroff, A.J., Seifer, R., Baracos, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987). Intelligence quotient scores of 4-year old children: Social-environmental risk factors. *Pediatrics*, 79(3), 343-350.
- Sardá Jr, J. J., Legal, E. J. & Jablonski Jr, S. J. (2004). *Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades* (1 ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Seidl, E. M., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Seligman, M. & Darling, R. B. (2007). Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability. New York: *The Guilford Press*.
- Souza, J. R., & Seidl, E. M. F. (2014). Distress e enfrentamento: da teoria à prática em psico-oncologia. *Brasília Med*, 50(3), 242-252.
- Teng, C. T., Humes, E. C. & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Vasconcelos, L. & Petean, E. L. (2009). O Impacto da Malformação Fetal: Indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento em gestantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 69-82.
- Vicente, S. R. C. R. M., Paula, K. M. P., Silva., F. F., Mancini, C. N., & Muniz, S. A. (2016). Estresse, ansiedade, depressão e coping materno na anomalia congênita. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(2), 104-116.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D., & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Zarante, I., Franco, L., López, C. & Fernández, N. (2010). Frecuencia de malformaciones congénitas: evaluación y pronóstico de 52.744 en tres ciudades colombianas. *Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud*, 30(1), 65-71.