

## **Ansiedade Materna e Problemas Comportamentais de Crianças com Fissura Labiopalatina**

Francislaine da Silva  
*Universidade Paulista, SP, Brasil.*

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues  
*Universidade de São Paulo, SP, Brasil.*

José Roberto Pereira Lauris  
*Universidade de São Paulo, SP, Brasil.*

**Resumo:** Indicadores emocionais maternos como a ansiedade têm sido considerados como condições de adversidade ao desenvolvimento infantil. São observadas peculiaridades e uma diversidade de achados em relação a problemas de comportamento e a outros distúrbios debilitantes em crianças ao longo do ciclo vital. O presente estudo objetivou identificar e associar indicadores clínicos para a ansiedade materna com os indicadores de problemas de comportamento (internalizantes e externalizantes) de 83 crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos. Os instrumentos utilizados foram: protocolo de entrevista, Idate e CBCL. Os resultados apontaram que as crianças que convivem com mães com indicadores clínicos para ansiedade apresentaram prevalência de comportamentos internalizantes ( $p < 0,001$ ) e externalizantes ( $p < 0,001$ ). Para os meninos (37,5%) seriam identificados mais problemas de comportamento externalizantes enquanto que para as meninas (60,0%), mais problemas de comportamento internalizantes. Das mães identificadas com ansiedade avaliaram suas crianças como clínicas em problemas externalizantes ( $p = 0,020$  e  $< 0,001$ ). Considera-se que tais dados podem contribuir para o planejamento de ações preventivas e interventivas, de modo a favorecer o suporte psicológico para as mães que apresentam indicadores clínicos para ansiedade, assim como propor medidas para os problemas comportamentais das crianças que convivem com mães ansiosas.

**Palavras-chave:** Ansiedade Materna, Comportamento Infantil, Fissura Labiopalatina,

---

## **Maternal Anxiety and Behavioral Problems of Children with Cleft Lip and Palate**

**Abstract:** Maternal emotional indicators such as anxiety have been considered as conditions of adversity to child development, and peculiarities and diversity of findings have been observed in relation to behavioral problems and other debilitating disorders in children across the life cycle. The present study aimed to identify and associate clinical indicators for maternal anxiety along with indicators of behavioral problems (internalizing and externalizing) of 83 children with cleft lip and palate, aged between three and five years old. The instruments used were: Interview Protocol, IDATE and CBCL. The results indicated that children who live with mothers with clinical indicators for anxiety showed prevalence of internalizing ( $p < 0.001$ ) and externalizing ( $p < 0.001$ ) behaviors; in boys (37.5%) were identified more externalizing behavioral problems while in girls (60.0%) were identified more internalizing behavioral problems. Children with mothers identified with anxiety were evaluated as clinical in externalizing problems ( $p = 0.020$  e  $< 0.001$ ). It is considered that such data can contribute to the planning of preventive and interventional actions, in order to promote psychological support for mothers who have clinical indicators for anxiety, and to propose measures for the behavioral problems of children living with anxious mothers.

**Keywords:** Maternal Anxiety, Child Behavior, Cleft Lip and Palate

## Ansiedad Materna y Problemas Conductuales de Niños con Fisura Labiopalatina

**Resumen:** Indicadores emocionales maternos como la ansiedad han sido considerados como condiciones adversas al desarrollo infantil, observándose peculiaridades y resultados con relación a problemas de conducta y a otros disturbios debilitantes en niños a lo largo del ciclo vital. El presente estudio tuvo como objetivo identificar y asociar indicadores clínicos de ansiedad materna con los indicadores de problemas de comportamiento (internalizantes y externalizantes) de 83 niños con fisura labio-palatina, con edades entre tres y cinco años. Los instrumentos utilizados fueron: protocolo de entrevista, Idate y CBCL. Los resultados señalaron que los niños que conviven con madres con indicadores clínicos de ansiedad presentaron prevalencia de conductas internalizantes ( $p < 0,001$ ) y externalizantes ( $p < 0,001$ ), siendo que para los varones (37,5%) serían identificados más problemas de comportamientos externalizantes y para las niñas (60,0%) más problemas de comportamientos internalizantes. Las madres identificadas con ansiedad evaluaron a sus niños como clínicos en problemas externalizantes ( $p = 0,020$  e  $< 0,001$ ). Consideramos que estos datos pueden contribuir para el planeamiento de acciones de prevención e intervención con la finalidad de favorecer el apoyo psicológico a las madres que presentaron indicadores clínicos de ansiedad, así como para proponer medidas para los problemas de conducta de los niños que viven con madres ansiosas.

**Palabras clave:** Ansiedad materna, Conducta infantil, Fisura labiopalatina.

### Introdução

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que acometem as estruturas da face e do crânio durante o período embrionário e o início do período fetal sendo representadas, clinicamente, pela ruptura do lábio, palato ou ambos. Acontecem em graus variados de gravidade de acordo com sua extensão e podem ser uni ou bilaterais, completas ou incompletas. Conforme a classificação proposta por Spina, Psillakis, Lapa e Ferreira (1972) que toma como ponto de referência o forame incisivo, a fissura que envolve o lábio é denominada de pré-forame incisivo, a fissura de palato, pós-forame incisivo e a fissura que envolve ambas as estruturas é denominada de transforame incisivo. Muito pouco se conhece sobre a sua etiologia, mas dois conjuntos de fatores são imputados para tentar explicá-las: os genéticos e os ambientais que podem atuar separadamente ou em conjunto (Garib, Silva Filho, Janson, & Pinto, 2010; Paranaíba et al., 2010; Pedro, Tannure, Antunes, & Costa, 2010).

Vários são os problemas causados pelas fissuras labiopalatinas, pois, além dos estéticos, seus portadores são suscetíveis a dificuldades funcionais e psicossociais. Estudos mostram que as fissuras pós-forame

e transforame apresentam maiores implicações funcionais caracterizadas pelo comprometimento da arcada dentária, dificuldades mastigatórias, infecções otorrinolaringológicas, distúrbios respiratórios, distúrbios de audição e de fala (voz hipernasal). A ausência de dentes é observada em 70% da população com fissura transforame, o que pode afetar a função e a estética. Uma das sequelas mais graves da fissura pós-forame e transforame é a voz hipernasal e ininteligível, que leva invariavelmente a criança a ter medo de falar e de se comunicar, constituindo assim possíveis geradores de dificuldades no convívio social. As fissuras labiais, apesar de afetarem a produção de alguns sons labiais, têm no componente estético seu principal impacto (Amaral, Martins, & Santos, 2010; Lemos, & Feniman, 2010; Pazinato et al., 2011). Para Domingues, Picolini, Lauris e Maximino (2011), essas contingências podem produzir consequências que implicam em autoestima prejudicada, maior dependência dos pais, isolamento e esquiva de contato social e até redução da capacidade verbal.

Estudos têm mostrado que a malformação causa impacto tanto na vida de seu portador, como na de seus familiares (Domingues et al., 2011; Gomes, & Piccinini, 2010; Roecker, Mai, Baggio, Mazzola,

& Marcon, 2012). O nascimento de uma criança com fissura labiopalatina pode gerar reações parentais e dificuldades no processo do vínculo. Para Roecker et al. (2012), durante a gestação, as mães esperam um filho perfeito, porém, o medo do nascimento de uma criança com alguma malformação está presente. Quando um bebê nasce com um defeito facial, os pais vivenciam imediatamente um choque emocional, propiciando a instalação de uma crise, com a qual lidarão de acordo com seus recursos emocionais, suas experiências prévias, seus mecanismos estabelecidos para se defender do estresse, suas crenças e filosofias de vida (Gomes, & Piccinini, 2010).

Sobretudo é na mãe que os efeitos da descoberta de uma malformação congênita têm maior intensidade, uma vez que sobre ela recaem as maiores responsabilidades e cobranças, relacionadas tanto às causas da anomalia, como aos cuidados necessários à saúde e sobrevivência do bebê (Roecker et al., 2012). Destarte, a mãe pode estar mais vulnerável a vivenciar sintomas ansiosos. A literatura mostra que são diversas as reações dos pais, principalmente das mães, pois a experiência de ter um filho com problema suscita a rejeição, que pode ser ostensiva ou velada (Graciano, Tavano, & Bacheга, 2007).

Tendo em vista que na maioria das culturas a mãe exerce o papel de cuidadora principal dos filhos, os problemas de ordem emocional, como a ansiedade vivenciada por ela, são fatores de risco na interação diádica, podendo influenciar significativamente na maneira como recebe e cuida da criança (Nardi, Rodrigues, Melchiori, Salgado, & Tavano, 2015; Souza, Prado, & Piccinini, 2011).

Estudos apontam que os transtornos de ansiedade e os sintomas ansiosos são comuns e frequentes na população em geral, com taxas de prevalência de duas mulheres para um homem (Hicks, Cummings, & Epstein, 2010). São frequentemente concomitantes com outros problemas de ordem afetiva, principalmente com a depressão (Beltrami, Souza, & Dias, 2013; Guidolin, & Célia, 2011). Apesar da associação comum aos quadros depressivos, nem todas as pessoas ansiosas são deprimidas (Faisal-Cury, & Menezes, 2006).

A ansiedade corresponde a um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos que faz parte do espectro normal das mudanças e das experiências humanas. Os componentes psicológicos abrangem sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, pensamentos

dominados por ideias de catástrofes ou incompetência pessoal, aumento do estado de vigília e alerta, irritabilidade, incapacidade de concentração, esquecimento e falta de atenção. Os componentes fisiológicos abarcam sensação de constrição respiratória, aumento na frequência cardíaca, insônia, sudorese, boca seca, náusea, vômito, diarreia, irregularidades menstruais, cólicas intestinais, tremor e inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (Braga et al., 2010; Hicks et al., 2010).

A ansiedade normal é uma reação necessária do organismo humano que tem como finalidade proteger ou criar reação a qualquer estímulo (Beltrami, Souza, & Dias, 2013). Porém, pode tornar-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um motivo específico para o seu aparecimento e torna o indivíduo incapacitado orgânica, psicológica, social e profissionalmente, influenciando o cumprimento das atividades cotidianas incluindo aquelas relacionadas ao papel materno.

Além da distinção normal e patológica da ansiedade, Spielberger, Biaggio e Natalício (1979) conceituam dois tipos de ansiedade: estado e traço. A ansiedade-estado (A-Estado) está ligada a um momento, evento ou situação particular, causador de uma condição emocional transitória no indivíduo, que se caracteriza pelo aumento subjetivo da tensão e apreensão conscientemente percebidas e, também, por alterações fisiológicas decorrentes do aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. Já a ansiedade-traço (A-Traço) está relacionada a características da personalidade do indivíduo, representando o modo como este reage diante de situações ansiogênicas ou de conflito ao longo de sua vida.

Os quadros de ansiedade são muito frequentes e deletérios à mulher em idade reprodutiva, sem companheiros (Clavarino et al., 2010), com maior número de situações geradoras de estresse, com maior número de filhos vivos, com o nascimento de uma criança com problemas determinados pela prematuridade, alguma doença ou malformação (Perosa, Canavez, Silveira, Padovani, & Peraçoli, 2009; Silveira, Perosa, & Carvalhaes, 2012), com baixa escolaridade, com menor nível socioeconômico (Guidolin, & Célia, 2011; Pereira, Chiodelli, Rodrigues, Silva, & Mendes, 2014; Ribeiro, Perosa, & Padovani, 2014) e falta de apoio social (Aktan, 2012).

Poucos são os estudos que retratam o fenômeno da ansiedade materna, principalmente em mães de crianças pré-escolares. A maioria das investigações centra-se no estudo da ansiedade materna no período gestacional e puerperal. Há pesquisas que constataram associações elevadas do índice de ansiedade em mães de crianças com problemas determinados pela prematuridade, malformações ou alguma doença (Araújo, Pereira, & Kac, 2007; Crestani et al., 2012; Fraga, Linhares, Carvalho, & Martinez, 2008a,b; Perosa et al., 2009; Pinto, Padovani, & Linhares, 2009; Silveira et al., 2012), mas não focalizaram diretamente a criança com fissura labiopalatina.

Nos últimos anos, houve grande desenvolvimento de pesquisas voltadas para a psicopatologia depressiva materna, principalmente a puerperal, avaliando sua etiologia, evolução, prevalência e impactos no desenvolvimento infantil, mas a ansiedade materna foi largamente ignorada. Assim como na depressão, a ansiedade materna de modo combinado ou isolado pode ocasionar efeitos deletérios de longa duração para o desenvolvimento infantil (Flores, Souza, Moraes, & Beltrami, 2012).

A literatura aponta que altos níveis de ansiedade materna na fase pré e pós-natal podem trazer implicações adversas na saúde e no bem-estar da mãe, bem como prejuízos ao desenvolvimento fetal e problemas emocionais, cognitivos e comportamentais ao longo de todas as etapas do ciclo de vida para os filhos (Beltrami, Moraes, & Souza, 2013; Brand, & Brennan, 2009; Correia, & Linhares, 2007; Glasheen, Richardson, & Fábio, 2010; Flores et al., 2012). Eles foram associados com alterações neurofisiológicas, dificuldades de atenção, memória e linguagem (Van Batenburg-Eddes et al., 2013; Clavarino et al., 2010; Rechia, & Souza, 2010), com transtornos de ansiedade e depressão (Kerns, Siener, & Brumariu, 2011), com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (Van den Bergh, Mulder, Mennes, & Glover, 2005), déficits cognitivos (Loomans et al., 2012), temperamento difícil (McMahon, Barnett, Kowalenko, Tennant, & Don, 2001), baixo desempenho psicomotor (Grant, McMahon, Reilly, & Austin, 2010), problemas de comportamento (Bruijn, Bakel, & Baar, 2009), doenças e baixo peso no primeiro ano de vida da criança (Clavarino et al., 2010) e com o funcionamento cognitivo de crianças (Loomans et al., 2012).

Considerando tal sintomatologia, Clavarino et al. (2010) constataram, em seu estudo, que as crianças de mães que experimentam ansiedade no pré e pós-natal

têm maior risco de sofrer problemas de atenção aos cinco e 14 anos de idade. Também destacam que os prejuízos que a ansiedade materna pré-natal tende a acarretar ao desenvolvimento da criança podem apresentar manifestações diferentes, dependendo do gênero da criança. O gênero masculino evidencia mais problemas externalizantes de comportamento do que o feminino que, por sua vez, apresenta mais problemas internalizantes (Correia, & Linhares, 2007; Loomans et al., 2011). Entretanto, dados divergentes foram encontrados nas pesquisas de Bruijn et al. (2009) e O'Connor, Heron, Golding e Glover (2003), que constataram elevadas taxas de problemas externalizantes em meninas.

O desenvolvimento de ansiedade em crianças na infância intermediária parece estar associado à presença de mães menos sensíveis, mais ansiosas e que experimentaram eventos de vida mais negativos. Kerns et al. (2011) constataram, também, que as meninas foram classificadas com maior comportamento de inibição do que os meninos e as mães eram mais sensíveis às meninas do que com os meninos.

Dados de uma pesquisa longitudinal realizada por Karevold, Røysamb, Ystrom e Mathiesen (2009) mostraram preditores para sintomas de ansiedade e depressão em crianças expostas a fatores de risco contextuais precocemente, principalmente com sintomas emocionais maternos. Encontraram duas principais vias para os problemas de internalização (sintomas de ansiedade e depressão) na criança. A primeira refere-se ao temperamento e a emotividade da criança. A segunda via refere-se aos fatores de riscos contextuais com todos os impactos diretos e indiretos antes dos cinco anos de idade.

Dada a relevância do impacto causado pela ansiedade sobre o desenvolvimento infantil (Dipietro, 2012; Flores et al., 2012; Nardi et al., 2015), a identificação deste estado emocional e sua influência sobre a saúde mental de crianças com fissura labiopalatina possibilitam a elaboração de ações preventivas e interventivas, de modo a favorecer o suporte psicológico para as mães, assim como propor medidas para os problemas de desenvolvimento adaptativo da criança com tal anomalia. Considerando o exposto, o presente estudo objetivou identificar os indicadores clínicos para a ansiedade materna e correlacioná-los com os indicadores de problemas de comportamento (interna-

lizantes e externalizantes) de crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos.

## Método

Participaram deste estudo 83 díades, mães e seus filhos com fissura labiopalatina, sendo 48 meninos (57%) e 35 meninas (42%). Da amostra, 38 (45,78%) tinham de três anos a quatro anos e três meses e 45 (54,21%) tinham entre quatro anos e quatro meses e cinco anos e dez meses. Da amostra, 62 (74,70%) crianças frequentavam a escola. Quanto ao tipo de fissura, 37 (44%) tinham a fissura transforame, 30 (36%) tinham a pós-forame incisivo e 16 (19%) tinham a fissura pré-forame. Todos encontravam-se em processo de tratamento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), situado na cidade de Bauru, estado de São Paulo.

De acordo com os dados familiares observou-se predomínio de pais com idade entre 32 anos e 42 anos e 11 meses (45%) e de mães entre 21 anos e 31 anos e 11 meses (49%). Com relação ao grau de instrução dos pais, observou-se que 86,8% das mães cursaram pelo menos o segundo grau completo, seguidos de 62% dos pais. Quanto à ocupação, nota-se um índice de 65% das mães e 91% dos pais que se apresentaram ativos no mercado de trabalho. Segundo o relato das mães, a renda familiar de 42% deles era de até quatro salários mínimo. Há, também, predominância do estado civil casado (51%).

Para caracterizar as condições sociodemográficas foi utilizado um protocolo de entrevista desenvolvido pela pesquisadora, que consistiu de perguntas abertas e fechadas, com informações referentes à identificação da criança e dados dos componentes familiares.

Para avaliar os indicadores de ansiedade materna utilizou-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Idate) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1979). Trata-se de uma escala de autoavaliação para jovens e adultos utilizado para a monitorização de estados ansiosos. Este instrumento é composto de duas subescalas de 20 itens cada, elaboradas para medir duas formas distintas de ansiedade: estado (A-Estado) e traço (A-Traço) (Spielberger et al., 1979). A A-Estado diz respeito a uma condição emocional transitória, que se caracteriza pelo aumento subjetivo da tensão, enquanto que a A-Traço refere-se a uma condição estável do indivíduo, representando o modo como esse reage às situações estressantes ou

de conflito (Faisal-Cury, & Menezes, 2006). O indivíduo deve responder avaliando a si mesmo em uma escala de quatro pontos, baseado na intensidade (absolutamente não, um pouco, bastante, muitíssimo) para a escala de A-Estado e na frequência (quase nunca, às vezes, frequentemente, quase sempre) para a escala de A-Traço. O escore total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade.

Para a identificação dos indicadores de problemas de comportamento das crianças foi utilizado o *Child Behavior Checklist* (CBCL, versão 1½ a 5 anos). A versão de 1½ a 5 anos é recente (Achenbach, & Rescorla, 2000) e foi elaborada para avaliar questões específicas da faixa etária pré-escolar. É um instrumento constituído de 99 itens, destinados à avaliação de problemas comportamentais de crianças. A partir do relato dos pais, os itens relativos a problemas de comportamento são classificados de acordo com uma escala de três pontos: item falso ou comportamento ausente (escore = 0); item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente (escore = 1) e item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente (escore = 2). Registrados e somados em escalas, fornecem o perfil comportamental da criança. O perfil comportamental é avaliado através de sete eixos ou dimensões (Emocionalmente Reativa, Hiperatividade, Ansiedade e Depressão, Queixas Somáticas, Isolamento, Problemas de Sono, Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo), além das escalas de Internalização, Externalização e do Funcionamento Global (Total) (Achenbach, & Rescorla, 2000).

Uma versão eletrônica do CBCL, o ADM, possibilita a conversão dos escores brutos em escores T, baseados na frequência dos itens do CBCL na população americana. Pontos de corte em escores T determinam as categorias não clínica, limítrofe e clínica para as escalas sociais e comportamentais (Achenbach, & Rescorla, 2000).

O presente projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – USP/Bauru e recebeu parecer favorável (processo CEP-CAAE nº 05988512.2.0000.5441). Na pesquisa procurou-se assegurar a integridade física e moral de todas as mães e seus filhos participantes, abrangendo os aspectos éticos considerados essenciais em pesquisas com

seres humanos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Conep) (Brasil, 2012).

Foi realizado, junto à Central de Agendamento do Hospital, um levantamento dos pacientes que apresentavam apenas a fissura labiopalatina e que seriam convocados para consulta de rotina ambulatorial no período de setembro a dezembro de 2012. Por ocasião da consulta, os atendimentos para possível participação no projeto foram agendados. No primeiro atendimento, as mães foram informadas sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos. Dirimidas as dúvidas e explicitados seus direitos e deveres, foram convidadas a participar dela voluntariamente. Em caso de aceite, as mães assinaram um termo de livre consentimento.

Inicialmente foi aplicado, de forma individual, o protocolo de entrevista, contendo um roteiro de coleta de dados sociodemográficos. Logo após, seguiu-se com a aplicação do instrumento Idate para avaliar os sintomas emocionais maternos para a ansiedade. As mães foram informadas que o instrumento era constituído por dois questionários e que tratava-se de algumas afirmações que descreviam sentimentos pessoais. Foi solicitada às mães uma leitura atenciosa das afirmações da Parte I e II do protocolo. As mães eram também motivadas a responder ao teste de maneira mais sincera possível. O tempo de cada aplicação durou em média de cinco a 15 minutos.

Finalmente foi aplicado o CBCL, versão 1½ a 5 anos. As mães foram informadas de que o questionário referia-se a uma lista de itens que descrevia comportamentos de crianças. O tempo de duração de cada aplicação foi de aproximadamente de dez a vinte minutos.

Quanto à codificação dos dados, a entrevista foi quantificada sob a forma de frequência e porcentagem. Os dados do Idate foram codificados seguindo as normas propostas por Spielberger et al. (1979). Utilizou-se o critério de corte de pontuação igual ou acima do percentil 75, como indicativo de sintomas de ansiedade em nível clínico, conforme Pinto et al. (2009).

Para a correção do CBCL, foi utilizado o *Software Assessment Data Manager 7.0* (ADM 7.0). O programa ADM 7.0, ao corrigir as respostas fornecidas aos itens do CBCL, classifica a criança a partir de categorias 'clínica' (escores acima de 70), 'limítrofe' (escores entre 65 a 69) e 'não clínica' (escores inferiores a 64) (Achenbach, & Rescorla, 2000).

Os dados foram codificados e digitados em planilhas do programa Excel®, compondo um banco de dados para serem analisados utilizando o pacote estatístico *Statistica Versão 12.0* (Stat Soft Inc., Tulsa, USA). Inicialmente foram realizadas análises descritivas das características sociodemográficas. Para verificar as possíveis relações entre os indicadores emocionais maternos para ansiedade e indicadores comportamentais das crianças com fissura labiopalatina utilizou-se o Teste  $\rho$  de Spearman. Considerou-se que se o *Rho* oscila entre 0,05 e 0,55, indica correlações muito fracas ( $0,05 \leq /R/ < 0,19$ ), fracas ( $0,21 \leq /R/ < 0,38$ ), moderadas ( $0,42 \leq /R/ < 0,55$ ) e de 0,56 a 1, fortes. Para as associações entre duas variáveis foram utilizados o Teste do Qui-Quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher conforme distribuição das variáveis. Utilizou-se a Tabela de Contingência (2 x 2), considerando o grau de liberdade  $(c - 1) \times (l - 1)$  igual a 1. Consultada a Tabela do  $\chi^2$ , considerou-se o valor crítico para  $\alpha$  de 5% igual a 3,841. O Teste Exato de Fisher foi considerado quando uma ou mais células tinham a frequência esperada igual ou inferior a cinco. Adotou-se em todas as análises como critério de significância de  $p < 0,05$ .

## Resultados

A Ansiedade é avaliada em termos de Traço e Estado. Das 83 mães avaliadas, 25,3% apresentaram Ansiedade Traço Clínica e 15,7% Ansiedade Estado Clínica.

Outro conjunto de dados obtidos refere-se à descrição da presença/ausência de problemas de comportamento das crianças com fissura labiopalatina de acordo com o relato das mães ao responder ao CBCL. Quanto aos problemas de comportamento internalizantes, observou-se que 56,6% das mães relataram que seus filhos os apresentam em nível clínico. Com relação aos externalizantes 31,3% relataram a presença deles, também em nível clínico, no repertório comportamental de seus filhos. Considerando o total de problemas de comportamento, 47% revelaram sua presença em nível clínico.

Quanto às dimensões avaliadas pelo CBCL, os dados mostram que 49,4% das crianças apresentaram indicadores clínicos para problemas de déficit de atenção e hiperatividade, 48,2%, para problemas de ansiedade, 39,8%, apresentam indicadores clínicos para problemas do desenvolvimento, 36,1%, para problemas afetivos e 28,9%, para comportamentopositor-desafiante.

Foi realizado o teste estatístico  $\rho$  de Spearman para verificar as possíveis correlações entre os indicadores emocionais maternos para ansiedade-estado e ansiedade-traço e os indicadores comportamentais avaliados pelo CBCL. Conforme descritos na Tabela 1 considerando a ansiedade-estado e a ansiedade-traço, observou-se correlações lineares positivas com todos os comportamentos analisados. Todavia, correlações moderadas foram observadas entre as variáveis A-Estado e problemas de comportamento internalizantes, total de problemas de comportamento, problemas de desenvolvimento e problema de conduta. Com Ansiedade Traço correlações moderadas foram observadas com problemas de comportamento internalizantes, total de problemas de comportamento e problemas de desenvolvimento.

Outra análise conduzida foi o Teste Estatístico do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e o Teste Exato de Fisher para verificar as possíveis associações entre os indicadores emocionais das mães e os problemas de comportamento dos filhos, conforme os dados abaixo (Tabela 2). Das 13 mães avaliadas com A-Estado, oito (61,5%) delas avaliaram seus filhos com indicadores clínicos para problemas de comportamento externalizante, 11 (84,6%) para total de problema e 11 (84,6%) com déficit de atenção e hiperatividade e das 70 mães com A-Estado controlada, 18 (25,7%) avaliaram seus filhos com problema externalizante, 28 (40%) com total de problema e 30 (42,9%) com déficit de atenção

e hiperatividade. Todavia, nota-se associação entre os indicadores para A-Estado materno e problemas externalizante ( $p = 0,020$ ), total de problema ( $p = 0,003$ ) e déficit de atenção e hiperatividade ( $p = 0,006$ ), ou seja, a proporção de crianças que apresentam problemas comportamentais externalizantes, total de problema e déficit de atenção e hiperatividade que convivem com mães que apresentam indicadores clínicos de A-Estado é predominante quando comparado as proporções de crianças que apresentam os mesmos problemas e que convivem com mães sem o quadro clínico para A-Estado.

Considerando as possíveis associações entre os indicadores de A-Traço e os problemas de comportamento dos filhos, observou-se que, das 21 mães avaliadas com ansiedade clínica, 13 (61,9%) delas avaliaram seus filhos com indicadores clínicos para problema externalizante, 17 (81%) para total de problema, 15 (71,4%) para problemas do desenvolvimento, 17 (81%) com déficit de atenção e hiperatividade e 10 (47,6%) com problema de conduta, conforme mostra a Tabela 3. Das 62 mães com A-Traço controlada, 13 (21%) avaliaram seus filhos com problema externalizante, 22 (35,5%) com total de problema, 18 (29,0%) com problema do desenvolvimento, 24 (38,7%) com déficit de atenção e hiperatividade e 14 (22,6%) com problema de conduta. Entretanto, nota-se associação entre os indicadores para A-Traço das mães e problemas externalizante

*Tabela 1*  
Correlação entre os resultados obtidos com o Idate e o CBCL.

| Correlação dos indicadores           | Rho  | p       | Correlação dos indicadores          | Rho  | p       |
|--------------------------------------|------|---------|-------------------------------------|------|---------|
| Ansiedade-Estado x Internalizante    | 0,49 | < 0,001 | Ansiedade-Traço x Internalizante    | 0,43 | < 0,001 |
| Ansiedade-Estado x Externalizante    | 0,38 | < 0,001 | Ansiedade-Traço x Externalizante    | 0,38 | < 0,001 |
| Ansiedade-Estado x Total de Probl.   | 0,55 | < 0,001 | Ansiedade-Traço x Total de Probl.   | 0,49 | < 0,001 |
| Ansiedade-Estado x Probl. Afetivo    | 0,38 | < 0,001 | Ansiedade-Traço x Probl. Afetivo    | 0,36 | 0,001   |
| Ansiedade-Estado x Probl. Ansiedade  | 0,3  | 0,006   | Ansiedade-Traço x Probl. Ansiedade  | 0,29 | 0,007   |
| Ansiedade-Estado x Probl. Desenvolv. | 0,46 | < 0,001 | Ansiedade-Traço x Probl. Desenvolv. | 0,42 | < 0,001 |
| Ansiedade-Estado x Déf.Atenc.Hiper.  | 0,3  | 0,006   | Ansiedade-Traço x Déf.Atenc.Hiper.  | 0,29 | 0,007   |
| Ansiedade-Estado x Probl. Conduta    | 0,26 | 0,02    | Ansiedade-Traço x Probl. de Conduta | 0,23 | 0,032   |

Correlação estatística significativa ( $p < 0,05$ )

( $p < 0,001$ ), total de problema ( $p < 0,001$ ), problemas de desenvolvimento ( $p = 0,001$ ), déficit de atenção e hiperatividade ( $p = 0,001$ ) e problema de conduta ( $p = 0,029$ ), ou seja, a proporção de crianças que apresentam os problemas comportamentais des-

critos anteriormente que convivem com mães que apresentam indicadores clínicos de A-Traço é maior que à proporção de crianças que apresentam os mesmos problemas comportamentais, mas que convivem com mães sem A-Traço.

*Tabela 2*

Associações entre os indicadores emocionais para a Ansiedade-Estado das Mães e problemas de comportamento dos filhos, conforme o Teste Estatístico do Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher.

| Dimensões do CBCL                          | Ansiedade-Estado |      |          |      | $\chi^2$ | p       |
|--------------------------------------------|------------------|------|----------|------|----------|---------|
|                                            | Controlada       |      | Clínica  |      |          |         |
|                                            | (n = 70)         |      | (n = 13) |      |          |         |
|                                            | n                | %    | n        | %    |          |         |
| <b>Internalizante</b>                      |                  |      |          |      |          |         |
| Não clínico                                | 32               | 45,7 | 4        | 30,8 | 1        | 0,318*  |
| Clínico                                    | 38               | 54,3 | 9        | 69,2 |          |         |
| <b>Externalizante</b>                      |                  |      |          |      |          |         |
| Não clínico                                | 52               | 74,3 | 5        | 38,5 | 6,54     | 0,020** |
| Clínico                                    | 18               | 25,7 | 8        | 61,5 |          |         |
| <b>Total de problema</b>                   |                  |      |          |      |          |         |
| Não clínico                                | 42               | 60   | 2        | 15,4 | 8,76     | 0,003*  |
| Clínico                                    | 28               | 40   | 11       | 84,6 |          |         |
| <b>Problema afetivo</b>                    |                  |      |          |      |          |         |
| Não clínico                                | 46               | 65,7 | 7        | 53,8 | 0,67     | 0,532** |
| Clínico                                    | 24               | 34,3 | 6        | 46,2 |          |         |
| <b>Ansiedade</b>                           |                  |      |          |      |          |         |
| Não clínico                                | 37               | 52,9 | 6        | 46,2 | 0,2      | 0,657*  |
| Clínico                                    | 33               | 47,1 | 7        | 53,8 |          |         |
| <b>Problemas de desenvolvimento</b>        |                  |      |          |      |          |         |
| Não clínico                                | 45               | 64,3 | 5        | 38,5 | 3,05     | 0,081*  |
| Clínico                                    | 25               | 35,7 | 8        | 61,5 |          |         |
| <b>Déficit de atenção e hiperatividade</b> |                  |      |          |      |          |         |
| Não clínico                                | 40               | 57,1 | 2        | 15,4 | 7,65     | 0,006*  |
| Clínico                                    | 30               | 42,9 | 11       | 84,6 |          |         |
| <b>Problema de conduta</b>                 |                  |      |          |      |          |         |
| Não clínico                                | 52               | 74,3 | 7        | 53,8 | 2,23     | 0,183** |
| Clínico                                    | 18               | 25,7 | 6        | 46,2 |          |         |

\*Pearson Chi-Square; \*\* Fisher's Exact Test

**Tabela 3**

Associações entre os indicadores emocionais para a Ansiedade-Traço das Mães e problemas de comportamento dos filhos, conforme o Teste Estatístico do Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher.

| Dimensões do CBCL                          | Ansiedade-Traço |      |          |      | $\chi^2$ | p        |
|--------------------------------------------|-----------------|------|----------|------|----------|----------|
|                                            | Controlada      |      | Clínica  |      |          |          |
|                                            | (n = 62)        |      | (n = 21) |      |          |          |
|                                            | n               | %    | n        | %    |          |          |
| <b>Internalizante</b>                      |                 |      |          |      |          |          |
| Não clínico                                | 30              | 48,4 | 6        | 28,6 | 2,51     | 0,113*   |
| Clínico                                    | 32              | 51,6 | 15       | 71,4 |          |          |
| <b>Externalizante</b>                      |                 |      |          |      |          |          |
| Não clínico                                | 49              | 79   | 8        | 38,1 | 12,22    | < 0,001* |
| Clínico                                    | 13              | 21   | 13       | 61,9 |          |          |
| <b>Total de problema</b>                   |                 |      |          |      |          |          |
| Não clínico                                | 40              | 64,5 | 4        | 19   | 13,02    | < 0,001* |
| Clínico                                    | 22              | 35,5 | 17       | 81   |          |          |
| <b>Problema afetivo</b>                    |                 |      |          |      |          |          |
| Não clínico                                | 43              | 69,4 | 10       | 47,6 | 3,21     | 0,073*   |
| Clínico                                    | 19              | 30,6 | 11       | 52,4 |          |          |
| <b>Ansiedade</b>                           |                 |      |          |      |          |          |
| Não clínico                                | 35              | 56,5 | 8        | 38,1 | 2,12     | 0,146*   |
| Clínico                                    | 27              | 43,5 | 13       | 61,9 |          |          |
| <b>Problemas de desenvolvimento</b>        |                 |      |          |      |          |          |
| Não clínico                                | 44              | 71   | 6        | 28,6 | 11,77    | 0,001*   |
| Clínico                                    | 18              | 29   | 15       | 71,4 |          |          |
| <b>Déficit de atenção e hiperatividade</b> |                 |      |          |      |          |          |
| Não clínico                                | 38              | 61,3 | 4        | 19   | 11,2     | 0,001*   |
| Clínico                                    | 24              | 38,7 | 17       | 81   |          |          |
| <b>Problema de conduta</b>                 |                 |      |          |      |          |          |
| Não clínico                                | 48              | 77,4 | 11       | 52,4 | 4,78     | 0,029*   |
| Clínico                                    | 14              | 22,6 | 10       | 47,6 |          |          |

\*Pearson Chi-Square

### Discussão

Da amostra estudada observou-se maior prevalência de indicadores clínicos em A-Traço do que em A-Estado. Mais presente em mulheres, os dados confirmam os encontrados pro Faisal-Cury e Menezes (2006) que identificaram também maior prevalência de A-Traço em mulheres atendidas em consulta ginecológica de rotina. A A-Traço diz respeito a uma con-

dição emocional estável da personalidade do indivíduo, ou seja, uma tendência a reagir de forma ansiosa diante de situações percebidas como ameaçadoras e conflituosas (Spielberger et al., 1979).

Os índices de ansiedade das mães da amostra podem ter sido influenciados pelas características da criança e pelas perspectivas sobre sua condição de vida futura. Podemos também inferir que estas

mães sejam mais preocupadas com a aparência estética de seus filhos, com as futuras dificuldades físicas, no que se refere à comunicação, medo dos preconceitos e das atitudes do ambiente com relação a inserção social de suas crianças. A base deste pensamento encontra-se em Amaral et al. (2010), Domingues et al. (2011), Graciano et al. (2007), Guimarães (2010), Lemos e Feniman (2010) e Pazinato et al. (2011), que apontam a malformação como geradora de respostas sociais não favoráveis, consequências de estigmas. Para Tavano (1994), os pais se sentem tão vítimas de preconceitos no tocante do ambiente escolar e social quanto seus filhos com fissura labiopalatina, o que pode gerar dificuldades para lidar com tal situação. Na direção de tais achados, Miguel, Locks e Prado (2009) identificaram que o impacto do nascimento de uma criança com fissura labiopalatina permanece por muito tempo e leva os pais ao isolamento do ambiente social que os cerca.

Considerando que 74,70% das crianças da amostra frequentam a pré-escola, sugere-se que a ansiedade materna pode também estar ligada ao medo e à preocupação do início escolar, uma vez que a criança até então é cercada de proteções no ambiente familiar. Essa sugestão está apoiada no estudo de Miguel et al. (2009), que observaram no relato das mães preocupação com relação à fala dos filhos, independentemente da classificação da fissura. Constataram, ainda, que o não ser entendido, não se fazer entender, despertou no relato das mães grande preocupação com a interação no convívio social.

Outro preditor contextual que pode funcionar como um modelador dos sintomas de ansiedade nas mães refere-se ao processo de reabilitação cirúrgica que suas crianças deverão realizar dependendo da extensão e localização da fissura. Considerando que geralmente as cirurgias primárias da fissura de lábio ocorrem por volta dos três meses e a de palato, por volta dos 12 meses de idade, deve-se aguardar, assim, um maior desenvolvimento da criança para a indicação de outras possíveis cirurgias, tais como, retoque de lábio, columela, faringoplastia, correções nasais e cirurgias odontológicas que se façam necessárias (Figueiredo, Pinto, Fabricio, Boaz, & Faustino-Silva, 2010; Trettene et al., 2014). Não obstante, podemos ainda inferir que a ansiedade materna pode estar ligada ao sentimento de piedade, pelo fato da criança ser diferente das demais ou pelo fato das mães sabe-

rem que seu filho deverá ser submetido a inúmeros procedimentos hospitalares.

Considerando o objetivo de identificar por meio do relato das mães, os problemas de comportamento internalizantes e externalizantes em crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos, pode-se constatar a prevalência de comportamentos internalizantes na amostra. Esse achado é apoiado pelo estudo de Murray et al. (2010) que encontrou risco aumentado para as dificuldades socioemocionais em crianças com fissura labiopalatina, com indicativos para comportamentos ansiosos, introspectivos e deprimidos, além de constatarem dificuldades nas interações sociais, típicos de comportamentos internalizantes. Outro estudo que vai ao encontro dos resultados é o de Pope e Snyder (2005), que constataram pontuação clínica para problemas de isolamento em crianças com anomalias congênitas craniofaciais na faixa etária de dois a três anos de idade e problemas internalizantes, tais como os de introversão, atenção e pensamento na faixa etária de quatro anos de idade.

Com relação as dimensões avaliadas pelo instrumento, identificou-se na amostra que 49,4% apresentaram indicadores clínicos para problemas de déficit de atenção e hiperatividade, seguido de indicativos clínicos para problemas de ansiedade (48,2%). Não foram encontrados estudos na literatura sobre problemas de déficit de atenção e hiperatividade em crianças com malformação (fissura labiopalatina) e nem em crianças sem a anomalia na faixa etária do presente estudo. Portanto, para futuros estudos, sugere-se a investigação do problema de déficit de atenção e hiperatividade nesta população. Não obstante, há pesquisas que constatarem riscos elevados para problemas de déficit de atenção e hiperatividade em crianças com fissura labiopalatina na idade escolar (Brand, & Brennan, 2009; Wehby et al., 2012). No que se refere aos problemas de ansiedade, os dados corroboram os achados de Murray et al. (2010) que identificaram indicadores clínicos para ansiedade em crianças com fissura labiopalatina na idade pré-escolar, ainda que a correlação significativa encontrada seja considerada fraca. Observou-se correlação linear positiva entre a maioria dos indicadores emocionais maternos e problemas de comportamento infantil, ou seja, à medida que um indicador emocional materno aumentava de valor, os problemas com-

portamentais das crianças também aumentavam de valor na mesma direção. Entretanto, as correlações foram moderadas para problemas de comportamento internalizante, total de problemas de comportamento, de problemas de desenvolvimento tanto com A-estado como com A-Traço. Tais dados são corroborados com os de Bruijn et al. (2009), Glasheen et al. (2010), Karevold et al. (2009) e Kerns et al. (2011), que também encontraram correlações positivas entre ansiedade e problemas de comportamento internalizantes e externalizantes e desatenção (Clavarino et al., 2010; Loomans et al., 2011), déficit de atenção e hiperatividade, ansiedade, conduta (Loomans et al., 2011; O'Connor et al., 2003), problemas totais (O'Connor et al., 2003) em crianças na faixa etária dos três aos cinco anos de idade. Esses estudos mostraram o impacto persistente dos indicadores de ansiedade materna sobre o desenvolvimento comportamental infantil.

Com relação às associações realizadas entre os indicadores emocionais maternos para ansiedade e problemas comportamentais das crianças com fissura, constatou-se alguns dados significativos para a amostra estudada. Tanto as mães identificadas com A-Estado como aquelas com A-Traço, avaliaram suas crianças com problemas externalizantes em nível clínico e, também, total de problemas de comportamento e problemas de desenvolvimento. Mães com A-Traço ainda avaliaram seus filhos com déficit de atenção e hiperatividade e problemas de conduta. Estes resultados indicam que a ansiedade materna pode trazer problemas comportamentais especificamente do tipo externalizante para as crianças com fissura labiopalatina, uma vez que os dados mostraram associações significativas para déficit de atenção e hiperatividade, problemas de conduta e problemas de desenvolvimento. Considerando que a ansiedade envolve componentes psicológicos do indivíduo, ou seja, estão relacionados a fatores internos, que se refere a como o indivíduo interpreta o mundo ao seu redor e reage a ele, podemos inferir que as mães da amostra apresentam distorções em seus relatos, com tendências a avaliarem seus filhos com comportamentos mais difíceis. Esta inferência está apoiada nas informações de Amaral (1997), que identificou nas mães de crianças com fissura maior queixa de ansiedade e dificuldade em lidar com seus filhos fissurados do que com os seus filhos normais. Essa discussão

remete também ao estudo de Loomans et al. (2011), que identificaram mais problemas relacionados a hiperatividade, desatenção e conduta na avaliação das mães com indicadores de ansiedade quando comparada ao relato dos professores.

Podemos, ainda, inferir outra hipótese relacionada à ansiedade materna e problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina. A influência da ansiedade na percepção materna sobre os problemas comportamentais de seus filhos, especialmente os externalizantes, que tiveram um resultado significativo nesta amostra, podem estar associados à superproteção. O fato das mães não terem seus filhos perfeitos como imaginavam, podem ainda alimentar sentimentos de culpa e pena e, com o intuito de repararem este sentimento, são mais permissivas e superprotetoras, o que implica o não estabelecimento de regras e limites, o que pode favorecer problemas externalizantes nas suas crianças. Esta hipótese está apoiada nos manuscritos de Gomes e Piccinini (2010) e Roecker et al. (2012), que apontam como reações inerentes à situação do nascimento de uma criança com malformação, o sentimento de ter falhado, o sentimento de pena e culpa e a superproteção. A superproteção, segundo Amaral (1997), é uma característica muito comum de pais de crianças com fissura labiopalatina que tentam poupar seus filhos de problemas nos relacionamentos sociais com outras pessoas e com o ambiente que o cerca, favorecendo a instalação de um repertório não assertivo na criança, com prejuízo na adaptação em longo prazo a diferentes contextos, como na escola, conforme percebido por Gray, Indurkha e McCormick (2004) e Turrini, Enumo, Ferrão e Monteiro (2010).

Portanto, podemos destacar que os indicativos clínicos para a ansiedade é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas comportamentais externalizantes nas crianças com fissura labiopalatina, sendo a A-Estado para os problemas totais e déficit de atenção e hiperatividade, enquanto que a A-Traço para os problemas totais, problemas de desenvolvimento, déficit de atenção e hiperatividade e problemas de conduta.

### **Considerações finais**

A partir dos estudos é possível considerar a ansiedade materna como um fator de risco para a primeira infância que pode explicar uma quantidade substancial de problemas comportamentais em crianças com

fissura labiopalatina na idade pré-escolar, realçando a importância de intervenções precoces para evitar problemas de comportamento tardiamente.

Conclui-se, dentro dos limites do delineamento adotado, que as crianças com fissura labiopalatina que convivem com mães com indicadores emocionais para ansiedade apresentaram prevalência de comportamentos internalizantes e externalizantes, sendo que os meninos seriam identificados com mais problemas de comportamento externalizantes e as meninas, mais problemas de comportamento internalizantes. Entretanto, é importante que se tenha cautela na interpretação desses resultados e há vários pontos considerados na discussão acima que precisam ser avaliados. De qualquer forma, ainda existe escassez de estudos na literatura, principalmente no que se refere à saúde mental materna, com destaque para a ansiedade e suas implicações para o comportamento infantil, nessa fase do ciclo vital, o que aponta para a necessidade de novos estudos, que corroborem ou não os achados do presente estudo.

Os resultados da presente pesquisa apontam para a necessidade de se elaborar e implementar ações preventivas e interventivas, visando à diminuição de problemas comportamentais (internalizantes e externalizantes) no contexto pré-escolar e, especificamente, para a população de crianças com fissuras labiopalatinas. Entre tais estratégias poderiam ser sugeridos programas de intervenção nas escolas voltados para a inclusão de crianças com deficiência e, entre elas, aquelas com fissuras. Mesmo passando por inúmeras cirurgias reparadoras, estas acontecem até o início da vida adulta e nem sempre a pessoa está isenta de sequelas. A face diferente e, muitas vezes, também a fala podem ser motivos de chacotas de outras crianças. Tais situações poderiam ser evitadas com o ensino de um bom repertório de habilidades sociais tanto da criança com fissura quanto de seus pares sem fissura. Programas voltados para os pais também são indicados, para que atuem na promoção de habilidades sociais de seus filhos, proporcionando a elas uma forma mais satisfatória de lidar com as demandas do seu meio. Ainda, considerando que a população avaliada é atendida por equipe multiprofissional no Hospital HRAC, tais aspectos também poderiam ser alvo de programas de intervenção da instituição,

tanto no formato de orientação para professores, pais, como em ações dirigidas à própria criança.

Todavia, faz-se necessário, ao analisar os achados do presente estudo, destacar algumas limitações inerentes aos aspectos metodológicos utilizados. A primeira delas refere-se ao fato dos indicadores emocionais maternos terem sido obtidos a partir de instrumentos de autoavaliação, favorecendo limitações quanto à confiabilidade das informações fornecidas pelas mães. Outro ponto a ser comentado também é que as informações sobre o comportamento infantil foram avaliadas pelo relato de uma única fonte, as mães, não sendo incluídas outras fontes de relato tais como professores, pais e cuidadores, o que pode ser questionado, tendo em vista que a literatura relata que mães com indicadores clínicos para depressão, ansiedade e estresse tendem a relatar mais problemas de comportamento com relação aos seus filhos do que mães sem estes indicadores (Fossum, Mørch, Handegard, & Drugli, 2007; Gartstein, Bridgett, Dishion, & Kaufman, 2009).

Tem-se, também, a diversidade metodológica adotada nos estudos, com instrumentos de medidas diferentes, limitando algumas comparações. Há ainda a escassez de estudos nacionais e internacionais referentes à ansiedade materna e a população estudada. A maioria dos estudos sobre indicativos emocionais maternos centra-se no período gestacional e puerperal, limitando assim as comparações. Desta maneira, tornam-se fortes os indicativos de que mais pesquisas sejam realizadas a esse respeito, principalmente com a temática da ansiedade e do estresse materno.

Estudos prospectivos poderão verificar a persistência dos indicativos emocionais maternos, assim como a atenuação ou intensificação dos problemas comportamentais nas crianças com fissura labiopalatina ao longo do seu desenvolvimento. A pesquisa pode ser estendida a outras faixas etárias de crianças, visando verificar a generalidade das associações encontradas.

Na presente pesquisa não foram utilizados grupos de comparação, com diferentes informantes e controle das variáveis sociodemográficas dos pais, o que representa uma limitação metodológica. Estudos futuros poderiam incluir grupos de comparação e diferentes informantes, tais como professores e pais, possibilitando ampliar o leque de comparação dos resultados.

## Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Aktan, N. M. (2012). Social support and anxiety in pregnant and postpartum women: a secondary analysis. *Clinical Nursing Research, 21*(2), 183-94. <https://doi.org/10.1177/1054773811426350>
- Amaral, M. I. R., Martins, J. E., & Santos, M. F. C. (2010). Estudo da audição em crianças com fissura labiopalatina não-sindrômica. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 76*(2), 164-171. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000200004>
- Amaral, V. L. A. R. (1997). Aspectos psicossociais. In E. C. B. Altmann (Org.), *Fissuras labiopalatais* (4a ed.). Carapicuíba: Pró-Fono.
- Araújo, D. M. R., Pereira, N. L., & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública, 23*(4), 747-756. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400002>
- Beltrami, L., Moraes, A. B., & Souza, A. P. R. (2013). Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação, 25*(2), 229-239. Recuperado de <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/16476>
- Beltrami, L., Souza, A. P. R., & Dias, L. O. (2013). Ansiedade e depressão em mães de crianças com distúrbios de linguagem: a importância do trabalho interdisciplinar. *Fractal: Revista de Psicologia, 25*(3), 515-530. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400002>
- Braga, J. E. F., Pordeus, L. C., Silva, A. T. M. C., Pimenta, F. C. F., Diniz, M. F. F., & Almeida, R. N. (2010). Ansiedade patológica: bases neurais e avanços na abordagem psicofarmacológica. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 14*(2), 93-100. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2010.14.02.13>
- Brand, S. R., & Brennan, P. A. (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clinical Obstetrics and Gynecology, 52*(3), 441-455. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181b52930>
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. [Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos]. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Bruijn, A. T., Bakel, H. J., & Baar, A. L. (2009). Sex differences in the relation between prenatal maternal emotional complaints and child outcome. *Early Human Development, 85*(5), 319-24. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2008.12.009>
- Clavarino, A. M., Mamun, A. A., O'Callaghan, M., Aird, R., Bor, W., O'Callaghan, F. et al. (2010). Maternal anxiety and attention problems in children at 5 and 14 years. *Journal of Attention Disorders, 13*(6), 658-667. <https://doi.org/10.1177/1087054709347203>
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15*(4), 677-683. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400024>
- Crestani, A. H., Rosa, F. F. M., Souza, A. P. R., Pretto, J. P., Moro, M. P., & Dias, L. (2012). A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. *Revista CEFAC, 14*(2), 350-360. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462010005000105>
- Dipietro, J. A. (2012). Maternal stress in pregnancy: considerations for fetal development. *Journal of Adolescent Health, 51*(2 Suppl), S3-8. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.008>
- Domingues, A. B. C., Picolini, M. M.; Lauris, J. R. P., & Maximino, L. P. (2011). Desempenho escolar de alunos com fissura labiopalatina no julgamento de seus professores. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 16*(3), 310-316. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342011000300012>
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia., 28*(3), 171-178. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000300006>
- Figueiredo, M. C., Pinto, N. F., Fabricio, F. K., Boaz, C. M. S., & Faustino-Silva, D. D. (2010). Pacientes com fissura labiopalatina: acompanhamento de casos clínicos. *Conscientiae Saúde, 9*(2), 300-308. <http://dx.doi.org/10.5585/conssaude.v9i2.2256>

- Flores, M. R., Souza, A. P. R., Moraes, A. B., & Beltrami, L. (2012). Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista CEFAC*, 15(2), 348-360. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000046>
- Fossum, S., Mørch, W. T., Handegård, B. H., & Drugli, M. B. (2007). Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: Are girls different from boys? *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(5), 375-382. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00617.x>
- Fraga, D. A., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E. (2008a). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 33-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000100005>
- Fraga, D. A., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E. (2008b). Desenvolvimento de bebês prematuros relacionados a variáveis neonatais e maternas. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 335-344. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000200016>
- Garib, D. G., Silva Filho, O. G., Janson, G., & Pinto, J. H. N. (2010). Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III): fissuras labiopalatinas. *Revista Clínica de Ortodontia Dental Press*, 9(4), 30-36.
- Gartstein, M. A., Bridgett, D. J., Dishion, T. J., & Kaufman, N. K. (2009). Depressed mood and maternal report of child behavior problems: another look at the depression-distortion hypothesis. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(2), 149-160. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.12.001>
- Glasheen, C., Richardson, G. A., & Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 61-74. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0109-y>
- Gomes, A. G. & Piccinini, C. A. (2010). Malformação no bebê e maternidade: aspectos teóricos e clínicos. *Psicologia Clínica*, 22(1), 15-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652010000100002>
- Graciano, M. I. G., Tavano, L. D. A., & Bachega, M. I. (2007). Aspectos psicossociais na reabilitação. In I. E. K. Trindade, & O. G. Silva Filho, *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo, SP: Santos.
- Grant, K. A., McMahon, C., Reilly, N., & Austin, M. P. (2010). Maternal sensitivity moderates the impact of prenatal anxiety disorder on infant mental development. *Early Human Development*, 86(9), 551-556. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.07.004>
- Gray, R. F., Indurkha, A., & McCormick, M. C. (2004). Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problem in low birth weight children at 3, 5, and 8 years of age. *Pediatrics*, 114(3), 736-743. <https://doi.org/10.1542/peds.2003-1150-L>
- Guidolin, B. L., & Célia, S. A. H. (2011). Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 80-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082011005000012>
- Guimarães, A. C. P. C. (2010). *Jovens com fissura labiopalatina: avaliação de saúde mental (tese de doutorado)*. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru.
- Hicks, D., Cummings, T. Jr, & Epstein, S. A. (2010). An approach to the patient with anxiety. *Medical Clinics of North America*, 94(6), 1127-1139. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2010.08.008>
- Karevold, E., Røysamb, E., Ystrom, E., & Mathiesen, K. S. (2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Developmental Psychology*, 45(4), 1051-1060. <https://doi.org/10.1037/a0016123>
- Kerns, K. A., Siener, S., & Brumariu, L. E. (2011). Mother-child relationships, family context, and child characteristics as predictors of anxiety symptoms in middle childhood. *Development and Psychopathology*, 23(2), 593-604. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000228>
- Lemos, I. C. C., & Feniman, M. R. (2010). Teste de habilidade de atenção auditiva sustentada (THAAS) em crianças de sete anos com fissura labiopalatina. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 76(2), 199-205. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000200009>
- Loomans, E. M., Stelt, O., Eijdsden, M., Gemke, R. J., Vrijkkotte, T. G., & Bergh, B. R. (2011). Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Human Development*, 87(8), 565-570. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.04.014>

- Loomans, E. M., Stelt, O., Eijsden, M., Gemke, R. J., Vrijkotte, T. G., & Bergh, B. R. (2012). High levels of antenatal maternal anxiety are associated with altered cognitive control in five-year-old children. *Developmental Psychology, 54*(4), 441-450. <https://doi.org/10.1002/dev.20606>
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C., & Don, N. (2001). Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*(5), 581-588. <https://doi.org/10.1080/0004867010060505>
- Miguel, L. C. M., Locks, A., & Prado, M. L. (2009). O relato das mães quando do início escolar de seus filhos portadores da má-formação labiopalatal. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia, 6*(2), 155-161.
- Murray, L., Arteche, A., Bingley, C., Hentges, F., Bishop, D. V., Dalton, L. et al. (2010). The effect of cleft lip on socio-emotional functioning in school-aged children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 51*(1), 94-103. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02186.x>
- Nardi, C. G. A., Rodrigues, O. M. P. R., Melchiori, L. E., Salgado, M. H., & Tavano, L. D' A. (2015). Bebês com sequência de Pierre Robin: saúde mental materna e interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia, 32*(1), 129-140. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000100012>
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 44*(7), 1025-1036. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00187>
- Paranaíba, L. M. R., Miranda, R. T., Martelli, D. R. B., Bonan, P. R. F., Almeida, H., Orsi Júnior, J. M., & Martelli Júnior, H. (2010). Cleft lip and palate: series of unusual clinical cases. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 76*(5), 649-653. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000500019>
- Pazinato, L. V., Bonow, M. P., Moraes, R. F. P., Liebl, S., Suetugo, R., Pereira, P. P. A. et al. (2011). Qualidade de vida de crianças e adolescentes portadoras de fissura labiopalatal na visão dos cuidadores. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniofacial, 14*(4), 194-7. Recuperado de <http://www.abccmf.org.br/cm/Revi/2011/out-dez/05-Qualidade%20de%20vida%20de%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes%20portadoras.pdf>
- Pedro, R. L., Tannure, P. N., Antunes, L. A. A., & Costa, M. C. (2010). Alterações do desenvolvimento dentário em pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato: revisão de literatura. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, 22*(1), 65-69. Recuperado de [http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista\\_odontologia/pdf/janeiro\\_abril\\_2010/unicid\\_22\\_1\\_2010\\_65\\_9.pdf](http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/janeiro_abril_2010/unicid_22_1_2010_65_9.pdf)
- Perosa, G. B., Canavez, I. C., Silveira, F. C. P., Padovani, F. H. P., & Peraçoli, J. C. (2009). Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. *Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia, 31*(9), 433-439. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000900003>
- Pereira, V. A., Chiodelli, T., Rodrigues, O. M. P. R., Silva, C. S. O., & Mendes, V. F. (2014). Desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida: variáveis maternas e sociodemográficas. *Pensando Famílias, 18*(1), 64-77. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2014000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100007)
- Pinto, I. D., Padovani, F. H. P., & Linhares, M. B. M. (2009). Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(1), 75-83. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000100009>
- Pope, A. W., & Snyder, H. T. (2005). Psychosocial adjustment in children and adolescents with a craniofacial anomaly: age and sex patterns. *Cleft Palate-Craniofacial Journal, 42*(4), 349-354. <https://doi.org/10.1597/04-043R.1>
- Rechia, I. C., & Souza, A. P. (2010). Dialogia e função materna em casos de limitações práticas verbais. *Psicologia em Estudo, 15*(2), 315-323. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000200010>
- Ribeiro, D. G., Perosa, G. B., & Padovani, F. H. P. (2014). Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Ciência & Saúde Coletiva, 19*(1), 215-226. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1904>
- Roecker, S., Mai, L. D., Baggio, S. C., Mazzola, J. C., & Marcon, S. S. (2012). A vivência de mães de bebês com malformação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 16*(1), 17-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100003>
- Silveira, F. C. P., Perosa, G. B., & Carvalhaes, M. A. B. (2012). Fatores psicossociais de risco e proteção à desnutrição infantil em mães de crianças desnutridas e eutróficas: o papel da saúde mental materna. *Revista Brasileira*

- de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 22(2), 217-225. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822012000200014&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822012000200014&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Souza, D. D., Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2011). Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 335-343. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000200015>
- Spielberger, C., Biaggio, A. M. B., & Natalício, R. E. (1979). *Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE): manual de psicologia aplicada*. Rio de Janeiro, RJ: CEPA.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1979). *Inventário de ansiedade traço-estado*. Rio de Janeiro, RJ: CEPA.
- Spina, V., Psillakis, J. M., Lapa, F. S., & Ferreira, M. C. (1972). Classificação das fissuras lábio-palatais: sugestão de modificação. *Revista do Hospital das Clínicas*, 27(1), 5-6.
- Tavano, L. D' A. (1994). *Análise da integração escolar de uma criança portadora de lesão lábio-palatal* (dissertação de mestrado). Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Turrini, F. A., Enumo, S. R. F., Ferrão, E. S., & Monteiro, R. N. (2010). Comportamentos afetivo-motivacionais durante prova assistida diferenciam pré-escolares nascidos prematuros e com baixo peso dos nascidos a termo. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(2), 158-172. Recuperado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2906/2551>
- Trettene, A. S., Razera, A. P. R., Maximiano, T. O., Luiz, A. G., Dalben, G. S., & Gomide, M. R. (2014). Dúvidas de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 993-998. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700005>
- Van Batenburg-Eddes, T. V., Brion, M. J., Henrichs, J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C. et al. (2013). Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(5), 591-600. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12023>
- Van den Bergh, B. R. H., Mulder, E. J., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms: a review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(2), 237-258. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.10.007>
- Wehby, G. L., Tyler, M. C., Lindgren, S., Romitti, P., Robbins, J., & Damiano, P. (2012). Oral clefts and behavioral health of young children. *Oral Diseases*, 18(1), 74-84. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2011.01847.x>

---

*Francislaine da Silva*

Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pela Universidade Paulista "Júlio de Mesquita Filho - UNESP/Bauru-SP. Especialista em Psicologia Clínica e Hospitalar pelo Hospital de Reabilitação em Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - USP/Bauru.

E-mail: franlorca24@yahoo.com.br

*Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues*

Doutora em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo e livre-docente em Psicologia do Desenvolvimento, pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP/Bauru-SP. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Paulista "Júlio de Mesquita Filho - UNESP/Bauru-SP.

E-mail: olgarolim@fc.unesp.br

*José Roberto Pereira Lauris*

Doutor em Distúrbio da Comunicação Humana pela Universidade de São Paulo - USP/Bauru. Docente Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

E-mail: jrlauris@fob.usp.br

Endereço para envio de correspondência:

Departamento de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem.

Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 1401, Vargem Limpa. CEP: 17033-360. Bauru - SP, Brasil.

*Recebido* 17/02/2016

*Reformulação* 10/05/2016

*Aprovado* 13/02/2017

*Received* 02/17/2016

*Reformulated* 05/10/2016

*Approved* 02/12/2017

*Recebido* 17/02/2016

*Reformulado* 10/05/2016

*Aceptado* 13/02/2017

*Como citar:* Silva, E, Rodrigues, O.M.P.R., Lauris, J.R.P. (2017). Ansiedade materna e problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 318-334. <https://doi.org/10.1590/1982-370300682016>

*How to cite:* Silva, E, Rodrigues, O.M.P.R., Lauris, J.R.P. (2017). Maternal anxiety and behavioral problems of children with cleft lip and palate. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 318-334. <https://doi.org/10.1590/1982-370300682016>

*Cómo citar:* Silva, E, Rodrigues, O.M.P.R., Lauris, J.R.P. (2017). Ansiedad materna y problemas conductuales de niños con fisura labiopalatina. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 318-334. <https://doi.org/10.1590/1982-370300682016>