

Saúde emocional materna e tempo de internação de neonatos

*Carolina Daniel Montanhaur
Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues
Nadja Guazzi Arenales*

Resumo: O presente estudo teve como objetivo descrever indicadores de saúde emocional de mães de bebês internados, considerando o tempo de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Participaram 50 mães de bebês que estavam internados na UTIN da Maternidade Santa Isabel, em Bauru, SP. Para a caracterização da amostra utilizou-se de um questionário sociodemográfico com informações sobre as mães e os bebês. Para a avaliação da saúde emocional materna utilizou-se da Escala de Estresse Percebido (PSS - 14), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). As mães responderam aos instrumentos em seus quartos ou nas dependências da UTI. Os resultados apontaram para índices mais altos de estresse (38%), ansiedade traço (54%) e ansiedade estado (64%). Das mães, 56% apresentaram dois ou mais indicadores clínicos de saúde emocional. Quanto maior o tempo de internação maior a depressão e a ansiedade estado. Os resultados sugerem atenção terapêutica às mães de bebês em UTIN.

Palavras-chave: Saúde emocional materna; Tempo de internação; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Maternal emotional health and length of hospital stay

Abstract: The present study aimed to describe the emotional health indicators of mothers of hospitalized infants, considering the length of hospital stay in Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Fifty mothers of babies who were admitted to the NICU of the Maternidade Santa Isabel, in Bauru, SP, participated. To characterize the sample, a sociodemographic questionnaire was used with information about mothers and babies. For the evaluation of maternal emotional health, the Perceived Stress Scale (PSS-14), the Trait-State Anxiety Inventory (IDATE) and the Beck Depression Inventory (BDI-II) were used. Mothers responded to the instruments in their rooms or ICU facilities. The results pointed to higher rates of stress (38%), trait anxiety (54%) and state anxiety (64%). Of the mothers, 56% had two or more clinical indicators of emotional health. The longer the hospitalization time the greater the depression and the anxiety state. The results suggest therapeutic attention to the mothers of infants in NICUs.

Keywords: Maternal emotional health; Length of hospital stay; Neonatal Intensive Care Unit.

Introdução

Os avanços da tecnologia médica, destinados às unidades de cuidados neonatais, têm proporcionado novas chances de sobrevivência aos bebês que necessitam de cuidados intensivos (Saldanha, Bório, Gabatz, Milbrath & Vaz, 2018). Inclui-se, nas novas tecnologias presentes nas Unidades de Terapia Intensiva, o aperfeiçoamento da equipe de saúde para proporcionar um cuidado de qualidade e especializado às demandas individuais do recém-nascido, mas também a assistência à sua família (Antunes et al., 2014).

Este novo ambiente acaba por colocar os pais e familiares em contato com as dificuldades de saúde do bebê que requer internação imediata e cuidados intensos, resultando em diferentes vivências e sentimentos. Entre elas estão a possibilidade de cura e boa evolução do bebê, como a associação com dor, sofrimento, até mesmo a possibilidade da morte (Ued et al., 2019). Esse ambiente de sobrevivência, como também, de insegurança e instabilidade das informações sobre o bebê e seus desdobramentos futuros, acaba por tornar a UTIN uma experiência estressante aos pais, podendo levar à presença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse com prejuízos ao vínculo mãe-neonato.

A depressão pode ser definida pela presença de humor triste, vazio ou irritável, somadas a alterações somáticas e cognitivas que podem acarretar prejuízos significativos ao funcionamento do indivíduo (American Psychiatry Association [APA], 2013). Entre os comportamentos observados estão a diminuição de atividades tidas anteriormente como prazerosas e o aumento do comportamento de fuga e esquiva de situações aversivas (Cardoso, 2011). Para a identificação dos indicadores de depressão e da frequência com que estão presentes na vida do sujeito estão disponíveis vários instrumentos como inventários, testes e escalas, alguns deles já padronizados para o Brasil (Campos, 2007). Estes

instrumentos, utilizados para avaliação da depressão, aplicáveis a diferentes populações, variam de acordo com a idade, sexo, ocupação, entre outras características da amostra. Em um estudo de revisão da literatura sobre os instrumentos mais utilizados na população brasileira para avaliar depressão, Baptista e Borges (2016) observaram a prevalência de uso do Inventário de Depressão de Beck, da Escala Baptista de Depressão e de instrumentos específicos como a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo. Além disso, constataram a maior recorrência de estudos sobre a depressão, envolvendo universitários, seguidos por crianças escolares e mães.

O interesse pelo estudo sobre a depressão materna vem crescendo devido às interferências na qualidade de vida da mãe e, conseqüentemente, no desenvolvimento do bebê (Alvarenga & Palma, 2013). Estudos têm avaliado os indicadores para depressão de mães, em diferentes momentos da maternidade, podendo ser ainda na gestação (Hartmann, Mendoza-Sassi & Cesar, 2017), na necessidade de internação do bebê (Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte & Martinez, 2004), ao longo do seu primeiro ano de vida (Alfaya, 2015; Alvarenga & Palma, 2013; Campos & Rodrigues, 2015), como em casos de presença de malformações (Azambuja, Cardoso, & Silva, 2016). Além da depressão, outros constructos emocionais podem aparecer associados ou isolados, como a ansiedade e o estresse.

A ansiedade pode ser definida pela preocupação excessiva e recorrente, podendo causar inquietação, problemas de concentração, irritabilidade, tensão muscular e outros sintomas (APA, 2013). Zamignani e Banaco (2005) chamaram a atenção também para a redução da eficiência comportamental, como o prejuízo nas habilidades sociais, bem como para as respostas de fuga e esquiva das situações que desencadeiam esses sintomas. Entre os instrumentos disponíveis para avaliar a ansiedade está o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), utilizado para avaliar pacientes cirúrgicos (Frias, Costa, & Sampaio, 2010), estudantes de medicina e enfermagem (Benevides-Pereira & Gonçalves, 2009; Santos & Galdeano, 2009), pré-vestibulandos (Soares & Martins, 2010) e mães de bebês (Alves, 2015; Pinto, Padovani & Linhares, 2009; Padovani et al., 2004).

O estresse pode ser definido como uma resposta do organismo a um evento traumático, desenvolvendo sintomas físicos e psicológicos que podem causar prejuízo ao funcionamento social do sujeito (APA, 2013). Para Lipp e Malagris (2011), o estresse é um estado traumático, desencadeado por eventos que alteram o equilíbrio do organismo, necessitando de ações para readaptação e enfrentamento dos problemas. Entre os instrumentos utilizados para avaliar e identificar esses estressores está a Escala de Estresse Percebido (PSS) utilizada para mensurar a percepção de estresse pelo seu respondente. Dentre as populações avaliadas está a de idosos (Luft, Sanches, Mazo & Andrade, 2007), professores universitários (Reis, Hino & Añez, 2010) e estudantes universitários (Dias, Silva, Maroco & Campos, 2015), reunindo vários segmentos, com uma amostra representativa da população (Faro, 2015). Utilizando outros instrumentos, encontram-se pesquisas com mães no pós-parto (Rodrigues & Schiavo, 2011), mães de bebês internados em UTIN (Padovani et al., 2004; Kegler et al., 2019) e mães de bebês com malformação, internados em Unidade de Cuidados Intensivos (Nardi, Rodrigues, Melchiori, Salgado & Tavano, 2015; Vicente et al., 2016).

Pesquisas verificando a presença de sintomas de estresse, ansiedade e depressão em pais de bebês internados em UTIN e de bebês saudáveis verificaram a presença de níveis clínicos desses sintomas (Padovani et al., 2004; Pinto et al., 2009; Felipe, Souza & Carvalho, 2014). Padovani et al. (2004) encontraram níveis clínicos de ansiedade e depressão em mães dos bebês, durante e após a internação, comparando-as nesses dois momentos. Os resultados apontaram para níveis mais altos durante a internação, observando a redução dos indicadores de ansiedade e depressão após alta hospitalar. A maior incidência durante a internação pode ser atribuída à preocupação com a condição de saúde do bebê. Pinto et al. (2009) relacionaram as experiências da hospitalização às características dos bebês, em grupos de mães com ou sem indicadores clínicos para depressão e ansiedade. Avaliando os relatos das mães de bebês prematuros e hospitalizados, puderam observar que aquelas que apresentaram indicadores clínicos emocionais verbalizaram sentimentos e experiências, com a hospitalização, mais negativos e pessimistas. Esses sentimentos também estavam associados ao menor peso ao nascer, menor idade gestacional e maior tempo de internação, ou seja, condições de risco do bebê, que influenciavam a presença de sentimentos negativos das mães.

Felipe et al. (2014) realizaram um estudo de revisão da literatura sobre o impacto do nascer prematuro e hospitalização do bebê na saúde emocional materna. Os resultados apontaram para estudos que encontraram alta incidência de patologias nessas mães, sendo mais evidentes os sintomas para depressão e ansiedade. O tempo de permanência hospitalizado e as conseqüências relacionadas ao parto prematuro foram observados como sintomas próximos ao estresse pós-traumático. Além dessas características, constataram a influência de variáveis sociodemográficas, para agravamento desses sintomas, como a ausência do pai e a baixa escolaridade materna.

Obeidat, Bond e Callister (2009) realizaram uma revisão sistemática de literatura sobre a experiência parental de ter um recém-nascido na unidade intensiva. Os autores alertaram para os resultados semelhantes dos estudos, comprovando que esses pais vivenciam sintomas de estresse, depressão, ansiedade, sentimento de impotência e desesperança. Ressaltaram que, principalmente, o estresse está relacionado com a percepção sobre a saúde do bebê, a dor que sentem os recém-nascidos e à impossibilidade de toque ao bebê. O mesmo estudo obteve como resultado que a atuação da equipe de saúde, como o apoio social e a inclusão dos pais nos cuidados do bebê, atuaram como fatores de proteção e resultaram como estratégias positivas de enfrentamento para o estresse parental.

Há, também, os efeitos cumulativos dos indicadores emocionais clínicos. Rodrigues e Nogueira (2016) constataram que a presença de múltiplos indicadores clínicos emocionais influenciou negativamente as práticas educativas parentais de mães de bebês no primeiro ano, resultando em frequência maior de negligência, punição inconsistente e disciplina relaxada. O uso sistemático de tais práticas pode incidir no vínculo mãe-bebê, necessitando de intervenção pontual junto às mães.

A presença de alterações na saúde emocional materna, se identificada precocemente e, se a mãe tiver acesso a serviços especializados de terapia e apoio, pode resultar em mães mais responsivas ao bebê internado, melhor organização da vida fora do contexto hospitalar e expectativas mais favoráveis da sua competência para cuidar do bebê por ocasião da alta hospitalar. Os resultados do estudo sobre intervenções em grupo com pais de bebês de UTIN, conduzidos por Melo-de-Aguiar, Aguiar, Seidl-de-Moura e Mendes (2013) apontaram para o aumento de busca de informações e participação nos cuidados pelos pais, bem como pela melhora na interação com a equipe de saúde e com o próprio bebê. Portanto, são importantes os estudos que avaliam sistematicamente os constructos que compõem a saúde emocional (o estresse, a ansiedade e a depressão), com vistas ao oferecimento de serviços de apoio psicológico. O presente estudo pretendeu descrever a saúde emocional de mães de bebês internados, considerando o tempo de internação em UTIN.

Método

Participantes:

Participaram 50 mães de bebês que estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da Maternidade Santa Isabel, instituição pública que atende, prioritariamente, mães usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), de Bauru e outras cidades da região, do estado de São Paulo, que necessitam de internação imediatamente após o nascimento ou decorrentes de intercorrências quando ainda na maternidade.

Instrumentos:

Para a coleta de informações sobre a mãe (idade, número de filhos, escolaridade, estado civil), sua saúde durante a gestação e parto e, também, informações sobre o bebê e sua condição de saúde utilizou-se o Questionário Sociodemográfico elaborado para essa pesquisa.

Objetivando a avaliação da saúde emocional materna, utilizou-se dos seguintes instrumentos: Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale*– PSS - 14) desenvolvida por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), traduzida e adaptada por Luft et al. (2007); o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) elaborado por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) e validado por Biaggio e Natalício (1979) e, o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) elaborado por Beck, Steer e Brown (1996), traduzido e validado no Brasil por Gorenstein, Wang, Argimon e Werlang (2011). A Escala de Estresse Percebido (PSS - 14) é composta por 14 itens negativos e positivos, com pontuação podendo ser classificada em intensidades de estresse variando de zero a quatro. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, possibilitando a avaliação dos dois conceitos, a ansiedade Estado que avalia em um momento específico e, a ansiedade Traço, que avalia como o sujeito vivencia geralmente as situações. O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) é composto por 21 itens onde cada alternativa corresponde a uma pontuação que varia de 0 a 4 e a pontuação pode ser classificada em intensidades como mínima, leve, moderado e grave.

Procedimento para coleta de dados:

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Faculdade de Ciências, UNESP, Bauru e da Maternidade Santa Isabel, de Bauru, SP (processo nº 012698/2017). Para a coleta dos dados foram tomadas todas as providências cabíveis, conforme as condições estabelecidas pela resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa [CONEP], 2012). Por ocasião do convite, as participantes foram informadas sobre os objetivos do projeto, as atividades

pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados dessa pesquisa em eventos e publicações na área, assim como da manutenção dos demais serviços por elas usufruídos na maternidade, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e redimidadas todas as dúvidas, as participantes ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e iniciou-se a coleta de dados na maternidade.

A partir de visitas à unidade e identificação dos bebês internados na UTI, as mães foram abordadas em seus quartos ou nas dependências da UTI e convidadas a participar do presente projeto. Em geral, o convite era feito em horário próximo às visitas dos pediatras à UTI, para garantia da maior presença desse público. Nesse momento eram explicitados os objetivos da pesquisa e feita a leitura do TCLE. Após a assinatura do termo as mães responderam o Questionário de dados sociodemográficos e aos instrumentos para avaliar sua saúde emocional: o IDATE, o BDI e o PSS.

Procedimento para análise dos dados:

Os dados sociodemográficos foram organizados em tabelas e divididos em informações sobre a mãe, sua saúde e a condição de nascimento e saúde do bebê, para a realização de análises estatísticas descritivas, utilizados para caracterização da amostra. Os instrumentos foram corrigidos conforme as instruções de cada manual e foram classificados em resultados que apontavam um fator clínico ou não clínico da saúde emocional materna. Para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) utilizou-se o critério de pontuação equivalente ou acima do percentil 75 para sintomas clínicos de ansiedade traço e ansiedade estados. Para a correção da Escala de Estresse Percebido foi adotada a pontuação utilizada por Faro (2015), classificando o intervalo de pontuação alto e muito alto como índices clínicos para ansiedade. Os sintomas foram classificados, a partir do Inventário de Depressão de Beck, em leves, moderados ou graves, sendo os moderados e graves considerados clínicos. Para esses instrumentos, quanto maior a pontuação final obtida maior será a presença de sintomas de ansiedade, estresse e depressão e, conseqüentemente, maior a probabilidade de serem indicadores clínicos.

Foram realizadas correlações de *Spearman* entre a pontuação dos instrumentos utilizados para avaliação da saúde emocional materna (IDATE, BDI, PSS), a fim de verificar possíveis associações entre eles e a pertinência do uso para essa população. Foram também realizadas comparações entre a saúde emocional materna e o tempo de internação dos bebês no momento da entrevista. Para todas as análises considerou-se o nível de significância de 5% (coeficiente de significância estatística $p < 0,05$) e foi utilizado o software de processamento *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - pacote estatístico para as ciências sociais)*, versão 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences [SPSS], 2010).

Resultados

A partir do Questionário Sociodemográfico levantaram-se informações sobre as mães entrevistadas apresentadas na Tabela 1. Quanto à idade, 50% das mães tinham menos de 25 anos (Média= 26; DP= $\pm 7,2$) e 52% tinham dois filhos ou mais (Média= 1,9; DP= $\pm 1,1$). Delas, 58% tinham mais do que o ensino médio completo e 54% tinham união estável. Quanto ao nível socioeconômico prevaleceu a classe econômica C (82%).

Tabela 1
Caracterização das mães dos bebês internados em UTIN.

Característica	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Idade		
≤ 20	10	20%
21-25	15	30%
26-30	09	18%
>31	16	32%
Número de filhos		
1	24	48%
2	14	28%
≥3	12	24%
Escolaridade		
Até 11 anos	21	42%
12 anos ou mais	29	58%
Estado Civil		
Solteira	23	46%
UniãoEstável	27	54%
Classe Social:		
B	06	12%
C	41	82%

D	03	06%
Saúde na gestação:		
Boa	37	74%
Regular	10	20%
Complicada	03	06%
Gravidez planejada:		
Sim	13	26%
Não	37	74%
Tipo de parto:		
Cesária	28	56%
Vaginal	22	44%

Fonte: elaborado pelos autores.

Além das características sociodemográficas foram coletadas informações sobre a gravidez e o parto. A maioria das mães (74%), informou ter tido uma boa saúde durante a gestação. Das mães, 26% caracterizaram sua saúde como regular ou complicada, relatando problemas variados como alteração de pressão arterial, diabetes gestacional, perda de líquido, pré-eclâmpsia, deslocamento de placenta, entre outros que necessitaram, desde intervenção medicamentosa, até a necessidade de internação e/ou antecipação do parto. Das mães, 74% não haviam planejado a gravidez, sendo prevalente a cesariana (56%).

Foram coletados, dados sobre os bebês hospitalizados, sendo a idade gestacional média de 31,6 semanas ($DV \pm 4,5$), variando de 24 semanas a 40 semanas, com peso médio de 1744,3 gramas, variando entre o mínimo de 625 gramas e 4175 gramas e, tinham, em média, 37,7 centímetros. O tempo médio de internação foi de dez dias, por ocasião da entrevista, sendo o mínimo de um dia e o máximo de 40 dias de internação.

Os resultados de saúde emocional obtidos estão descritos nas Tabelas 2 a 4. A Tabela 2 apresenta os dados de depressão, avaliada com o Inventário de Depressão de Beck II (BDI – II). Das mães, 88% (44 participantes) obtiveram pontuação condizente à intensidade mínima e, 12% (seis participantes) obtiveram pontuação relativa, entre intensidade moderada e grave dos sintomas. A pontuação média do grupo foi de 7,3 pontos (DP= 4,9; MIN= 0; MAX= 18).

Tabela 2

Classificação da depressão, a partir da pontuação total no BDI-II, considerando a intensidade dos sintomas.

Intensidade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Mínimo	44	88%
Moderado	06	12%
Total	50	100%

Fonte: elaborado pela autora.

Para a identificação do estresse da amostra foi aplicada a Escala de Estresse Percebido – PSS-14. Os resultados estão descritos, na Tabela 3, divididos em cinco categorias, de acordo com a pontuação obtida. Das mães avaliadas 38% (19 participantes) apresentaram classificações nas categorias para estresse “alto” e “muito alto”. A pontuação média da amostra foi de 25,3 pontos (DP= 10,3; MIN= 10; MAX= 44).

Tabela 3

Frequência absoluta e relativa das participantes nas categorias previstas por Faro (2015) para o PSS-14.

Pontuação PSS – 14	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Abaixo	15	30%
Normal	07	14%
Moderado	09	18%
Alto	09	18%
Muito alto	10	20%

Fonte: elaborado pela autora.

Em Ansiedade-Estado 64% das mães (32 participantes) entrevistadas apresentaram sintomas clínicos e, em Ansiedade-Traço 54% das mães (23 participantes) apresentaram sintomas clínicos (Tabela 4). Dessas mães, 52% (26 participantes) apresentaram sintomas clínicos nas duas subescalas do IDATE. A pontuação média nas duas subescalas do IDATE (Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço) foram 49,1 pontos (DP=8) para Ansiedade Estado e 44,4 pontos (DP=9,1) para Ansiedade Traço.

Tabela 4

Caracterização da pontuação do IDATE em sintomas clínicos e não clínicos.

Ansiedade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
-----------	---------------------	---------------------

Estado		
< 75	18	36%
≥ 75	32	64%
Traço		
< 75	23	46%
≥ 75	27	54%

Fonte: elaborado pelos autores.

Comparando a pontuação das mães nas duas subescalas de ansiedade obteve-se diferença estatisticamente significativa entre elas ($p= 0,005$ e $U= 772$), sendo a mediana da subescala Estado maior que a mediana da subescala Traço. A ansiedade estado está relacionada aos acontecimentos atuais, enquanto o traço se refere a sintomas mais frequentes na vida da pessoa.

Por meio da classificação da pontuação dos instrumentos (BDI-II, PSS-14 e IDATE) em clínicos e não clínicos, foi possível caracterizar, nas mães avaliadas, o número de indicadores identificados. Das participantes, 34% ($n=17$) não apresentaram nenhum indicador clínico. Das demais, 32% ($n=16$) apresentaram um ou dois e, 34% apresentaram os três indicadores clínicos para estresse, depressão e ansiedade (Tabela 5).

Tabela 5

Caracterização da presença de indicadores clínicos nos instrumentos de saúde emocional.

Número de indicadores clínicos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nenhum	17	34%
Um indicador	5	10%
Dois indicadores	11	22%
Três indicadores	17	34%

Fonte: elaborado pela autora.

As mães foram classificadas em grupos, de acordo com o tempo de internação de seus filhos, sendo o Grupo 1 de mães de bebês internados de um a sete dias e, o Grupo 2, de mães de bebês internados a oito dias ou mais, sendo 40 dias o tempo máximo de internação. Os grupos foram comparados quanto à saúde emocional das mães nos diferentes instrumentos. Foi possível observar uma diferença estatisticamente significativa ($p= 0,020$) na pontuação para Ansiedade Estado, sendo a média das mães do Grupo 2 maior que a do Grupo 1, indicando que quanto maior o tempo de internação, maior a Ansiedade Estado (Tabela 6).

Tabela 6

Comparação da saúde emocional materna e tempo de internação.

Tempo de internação.	Grupo 1 N= 26		Grupo 2 N= 24		Estatística do teste
	Média	DP	Média	DP	
BDI	6,2	5,2	8,4	4,1	$U= 221,0$
PSS	25,9	11,2	24,6	8,9	$U= 295,5$
IDATE-Estado	46,8	8,0	51,5	7,0	$U= 193,0^*$
IDATE-Traço	42,6	9,2	46,3	8,4	$U= 237,0$

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: U – Mann Whitney * $p < 0,050$.

Em relação à possível associação entre o tempo de internação e a pontuação obtida nos instrumentos utilizados para avaliação da saúde emocional materna, obteve-se correlação estatisticamente significativa e positiva entre o tempo de internação e a pontuação no instrumento BDI, indicando que, quanto maior o tempo hospitalizado maior a identificação de sintomas depressivos (Tabela 7).

Tabela 7

Correlação da saúde emocional materna e tempo de internação.

Instrumentos	Tempo de internação
	BDI
PSS	$r_s= - 0,0$
IDATE-Estado	$r_s= 0,27$
IDATE-Traço	$r_s= 0,18$

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: $r_s=$ Correlação de Sperman * $p < 0,050$

Discussão

O presente estudo pretendeu avaliar a saúde emocional de mães de bebês internados em UTIN. Os resultados obtidos apontaram para 12% das mães com depressão. Tais resultados diferem dos encontrados por Padovani et al. (2004) e Felipe et al. (2014) que encontraram uma alta incidência de sintomas de depressão nas mães avaliadas em seus estudos por ocasião da internação de seus filhos em UTIN. A baixa incidência desses sintomas pode ser justificada pela percepção do apoio ofertado pela equipe de saúde, que atua como fator de proteção, conforme observado por Obeidat et al. (2009) ou, possivelmente, pelas características sociodemográficas das mães abordadas nesse estudo que diferem das apresentadas por Felipe et al. (2014) e que podem atuar como também como proteção.

Das mães, 38% apresentaram estresse nos níveis “alto” e “muito alto”. Nardi et al. (2015) encontraram níveis mais altos de estresse em mães de bebês internados (80%). Todavia, eram mães de bebês com sequêcia de Pierre Robin, uma malformação relativamente rara que demanda cuidados e, às vezes, várias cirurgias no decorrer da infância, o que pode incidir mais seriamente na saúde emocional materna. Vicente et al. (2016) também encontraram níveis altos de estresse em 100% das mães de bebês internados em UTIN, mas com malformações graves.

Em Ansiedade-Estado 64% das mães apresentaram sintomas clínicos e 54% em Ansiedade-Traço. Essa prevalência da Ansiedade-Estado também pode ser observada no estudo de Padovani et al. (2004) que ainda interpreta esses dados devido à alta preocupação com o estado de saúde do bebê e outras preocupações durante a sua internação.

Considerando o número de indicadores observou-se que 56% das mães apresentaram dois ou três indicadores clínicos para estresse, depressão ou ansiedade. Este dado foi confirmado pelos dados de correlação entre os instrumentos apontados que, quanto mais alta a depressão, mais alto o estresse e, quanto mais alto os dois, mais alta a ansiedade. Essa incidência de mais de um indicador pode ser observada nos estudos de Felipe et al. (2014), Obeidat et al. (2009), Padovani et al. (2004) e Pinto et al. (2009) que também encontraram um constructo como comorbidade a outro, alertando, dessa forma, para a necessidade de atenção e intervenção à saúde mental materna nesse contexto. Além do prejuízo à saúde emocional materna é necessário se atentar, quando há a incidência de dois ou mais indicadores, para o vínculo entre mãe-bebê que também pode ser comprometido, conforme explicitado por Rodrigues e Nogueira (2016).

A análise de avaliação do impacto da internação sobre a saúde emocional mostrou que quanto maior o número de dias de internação, maiores índices de ansiedade estado as mães apresentaram, o que é esperado devido ao contato prolongado com situações ansiolíticas. Essa associação de fatores do bebê e prejuízo à saúde emocional materna também foi encontrado por Felipe et al. (2014) e Pinto et al. (2009) que acrescentaram que esse maior tempo de internação do bebê produz na mãe percepções mais pessimistas e negativas dessa experiência.

Considerações Finais

A avaliação e identificação dos indicadores de saúde emocional do estudo em questão, ainda que em menor frequência do que os resultados encontrados por outros pesquisadores da área, reforçam a necessidade de atenção e apoio social às mães e famílias de bebês que necessitam da UTIN e, principalmente, quando este tempo é prolongado. A maior incidência de mães com indicadores de Ansiedade-Estado pode demonstrar como o contexto da hospitalização pode ser desencadeador de alterações emocionais nelas. Além disso, a presença de dois ou mais indicadores nas mães deve ser um alerta para o acompanhamento por psicólogos, pois apresenta-se como um fator de risco à mãe, mas também ao vínculo da díade. Os resultados deste estudo avançam na medida em que, além de avaliar mais de um constructo de saúde emocional, também os relaciona com o tempo de internação do bebê.

A investigação e maior compreensão da saúde emocional materna realizada nesse estudo reitera os resultados encontrados na área e contribui como alerta para a saúde mental materna, especialmente em um contexto estressor, como o de UTI. Os instrumentos e dados coletados sinalizaram ser bons veículos para a identificação dos indicadores de saúde emocional materna e, por isso, base para planejamento de ações junto às mães.

Entre as limitações do estudo estão a diversidade de causas de internação do bebê, que incide sobre a gravidade do caso, assim como a grande variação do tempo de internação por ocasião da coleta dos dados. Portanto, os resultados obtidos indicaram a necessidade de novas pesquisas com populações maiores, para que se possa comparar a complexidade da saúde do bebê, em hospital público ou privado, com maior tempo de permanência na unidade de internação para referendar os dados obtidos neste estudo.

Referências

- Alfaya, C. (2015) Depressão materna no sexto mês de vida do bebê: resultados iniciais. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 6(1), 43-54.
- Alvarenga, P., & Palma, E. M. S. (2013) Indicadores de depressão materna e a interação mãe-criança aos 18 meses de vida. *PSICO*, 44(3), 402-410.
- Alves, G. M. A. N. (2015) *Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco ao desenvolvimento*. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru, SP.
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – DSM-5* (5th ed.). Artmed: Porto Alegre.
- Antunes, B. S., Paula, C. C., Padoin, S. M. M., Trojahn, T. C., Rodrigues, A. P. & Tronco, C. S. (2014) Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para a mãe. *Revista Rene*, 15(5), 796-803.
- Azambuja, C. V., Cardoso, A. S., & Silva, R. W. S. (2016) Depressão pós-parto materna e bebês com malformações: revisão sistemática. *Aletheia*, 49(2), 30-37.
- Baptista, M. N., & Borges, L. (2016) Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, 15(SE), 19-32.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996) *BDI-II: Beck Depression Inventory Manual*. New York: Psychological Corporation.
- Benevides-Pereira, A. M., & Gonçalves, M. B. (2009) Transtornos emocionais e a formação em medicina: um estudo longitudinal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 10-23.
- Biaggio, A. M. B., & Natalicio, L. (1979). *Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)*. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA.
- Campos, A. P. A. (2007) *Análise Comportamental em Depressivos*. 126 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Campos, B. C., & Rodrigues, O. M. P. R. (2015) Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *PSICO*, Porto Alegre, 46(4), 483-492.
- Cardoso, L.R.D. (2011). Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Psicologia e Argumento*, 29(67), 479-489.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (2012) *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. CONEP.
- Dias, J. C. R., Silva, W. R., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2015) Escala de estresse percebido aplicada a estudantes universitárias: estudo de validação. *Psychology, Community & Health*, 4(1), 1-13.
- Faro, A. (2015) Estresse e estressores na pós-graduação: Estudo com mestrandos e doutorandos no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29, 51-60.
- Felipe, A. O. B., Souza, J. J., & Carvalho, A. M. P. (2014) Impactos do nascer prematuro na saúde mental das mães. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 21(3), 16-27.
- Frias, T. F. P., Costa, C. M. A., & Sampaio, C. E. P. (2010) O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. *Reme – Revista Mineira de Enfermagem*, 14(3), 345-352.
- Gorenstein, C., Wang, Y. P., Argimon, I. L., & Werlang, B. S. G. (2011) *Manual do Inventário de Depressão de Beck - BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017) Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9), e00094016.
- Kegler, J. J., Neves, E. T., Silva, A. M., Jantsch, L. B., Bertoldo, C. S., & Silva, J. H. (2019). Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Escola Anna Nery*, 23(1), 1-6.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L.N. (2011) Estresse: Aspectos históricos, teóricos e clínicos. Em: Rangé, B. (Org.), *Psicoterapias cognitivo comportamentais: Um diálogo com a Psiquiatria* (pp. 617-621). Porto Alegre: Artmed.
- Luft, C. D. B., Sanches, S. O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007) Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista Saúde Pública*, 41(4), 606-615.
- Melo-de-Aguiar, A., Aguiar, T. M. N., Seidl-de-Moura, M. L., & Mendes, D. M. L. F. (2013) Atendimento psicoeducativo em grupo para mulheres no pós-parto: relato de experiência. *Aletheia*, 41(1), 174-184.

- Nardi, C. G. A., Rodrigues, O. M. P. R., Melchiori, L. E., Salgado, M. H. & Tavano, L. D. (2015) Bebês com sequência de Pierre Robin: saúde mental materna e interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 32(1), 129-140.
- Obeidat, H. M, Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009) The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23–29.
- Padovani, F.H. P., Linhares, M. B., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2004) Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 251-254.
- 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.
- Reis, R. S., Hino, A. A. F., & Añez, C.R.R. (2010) Perceived Stress Scale: Reliability and validity study in Brazil. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 107-114.
- Rodrigues, O. M. P. R., & Nogueira, S. C. (2016) Práticas educativas e indicadores de e ansiedade, depressão e estresse maternos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 35-44.
- Rodrigues, O. M. P. R., & Schiavo, R. A. (2011) Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252-257.
- Saldanha, M. D., Bório, T. C., Gabatz, R. I. B., Milbrath, V. M., & Vaz, J. C. (2018) Information about the hospital in the neonatal intensive therapy unit: perspective of the parents. *Revista de Enfermagem da UFPL*, 7(4), 22-28.
- Santos, M. D. L., & Galdeano, L. E. (2009) Traço e estado de ansiedade de estudantes de enfermagem na realização de uma prova prática. *Reme-Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 76-83.
- Soares, A. B., & Martins, J. S. R. (2010) Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular. *Paideia*, 20(45), 57-62.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970) *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Statistical Package for the Social Sciences (2010) *Versão 23.0*. Somers, NY: IBM Corporation, CD-ROM. SPSS.
- Ued, F. V., Silva, M. P. C., Cunha I. L. R. da, Ruiz, M. T., Amaral, J. B., & Contim, D. (2019) Percepção das mães ao visitar seu filho na unidade neonatal pela primeira vez. *Escola Anna Nery*, 23(2), e20180249.
- Vicente, S. R., Paula, K M. P., Lopes, A. M., Muniz, S. A., Mancini, C. N., & Trindade, Z. A. (2016) Impacto emocional e enfrentamento materno da anomalia congênita de bebês na UTIN. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 17(3), 454-467.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 77-92.

Recebido em: março de 2019

Aceito em: agosto de 2020

Carolina Daniel Montanhaur: Psicóloga, Mestre e Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Bauru – SP

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues: Psicóloga, Professora Livre-docente do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Bauru – SP.

Nadja Guazzi Arenales: Médica e Mestre pela Faculdade Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, SP Maternidade Santa Isabel, Bauru – SP Hospital UNIMED, Bauru – SP.

E-mail para contato: carol.montanhaur@gmail.com