

Saúde emocional materna e o estado de saúde de bebês internados em UTI neonatal

Emotional maternal health and babies' health condition in the neonatal intensive care

Maithê Cristhine Prampéro (orcid.org/0000-0001-8798-8952)¹

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues (orcid.org/0000-0002-5332-256X)²

Nadja Guazzi Arenales (orcid.org/0000-0001-6514-1726)³

Resumo

Este estudo descreveu a saúde emocional de mães de bebês internados em UTIN, e a influência da pontuação obtida no SNAP-PE II por ocasião da hospitalização do bebê, sobre ela. Participaram 25 mães que responderam ao Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), o Perceived Stress Scale (PSS) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), que foram utilizados para avaliar a saúde emocional materna (depressão, ansiedade e estresse). O Score for Neonatal Acute Physiology Perinatal Extension-II (SNAP-PE-II) foi utilizado para avaliar a saúde dos bebês por ocasião da admissão na UTIN. Os resultados obtidos apontaram que, das mães, 28% apresentaram depressão, 32% ansiedade estado, 20% ansiedade traço e 28% estresse. Delas, 44% apresentaram pelo menos um indicador clínico para saúde emocional. Dos bebês, 48% apresentaram pontuação acima de 10 no SNAP-PE-II, indicando maior gravidade. As mães foram divididas em dois grupos, considerando a pontuação no SNAP-PE-II: a de bebês com até 10 pontos e a de bebês com 11 pontos ou mais. A saúde emocional delas foi comparada. Não houve diferenças significativas de saúde emocional materna considerando a gravidade ou não da saúde do bebê. Os dados indicaram para a necessidade de atenção à saúde emocional de mães de bebês em UTIN.

Palavras-chave: Saúde emocional materna. UTI neonatal. Mãe-bebê.

Abstract

This study described the emotional health of mothers of babies admitted to the NICU, and the influence of the score obtained in the SNAP-PE-II of the baby at the time of hospitalization on it. A total of 25 mothers who responded to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Perceived Stress Scale (PSS), and the Beck Depression Inventory (BDI-II), which were used to assess maternal emotional health (depression, anxiety, and stress), participated. The Score for Neonatal Acute Physiology Perinatal Extension-II (SNAP-PE II) was used to assess the health of babies upon admission to the NICU. The results showed that, of the mothers, 28% had depression, 32% state-anxiety, 20% trait-anxiety, and 28% stress. Of these, 44% had at least one clinical indicator for emotional health. Of the infants, 48% had SNAP-PE II scores above 10, indicating higher severity. The mothers were divided into two groups considering the SNAP-PE-II score: those of babies with up to 10 points and those of babies with 11 points or more. Their emotional health was compared. Maternal emotional health showed no significant differences considering the severity or lack of thereof of the baby's health. The data indicated the need for attention to emotional health of mothers of babies in the NICU.

Keywords: Emotional Maternal Health. NICU. Mother-baby.

O nascimento de um bebê se configura como evento que recebe influências sociais, culturais, históricas e biológicas. É, para a mulher, um momento estressante, em que um

¹ Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Bauru, SP, Brasil. E-mail: maithepampero@gmail.com

² Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Bauru, SP, Brasil. E-mail: olga.rolim@unesp.br

³ Faculdade Método de São Paulo (FAMESP), Bauru, SP, Brasil. E-mail: nadja_arenales@yahoo.com.br

novo papel será vivenciado: o da maternidade. A visão da mulher acerca de sua autoimagem, feminilidade e de outros papéis sociais se altera no período da gravidez e no pós-parto (Moura, Fernandes, & Apolinário, 2011). Há um papel adicional a se cumprir se o bebê necessita de internação imediatamente após o nascimento. Um estudo realizado com pais e mães de bebês hospitalizados demonstrou que a impossibilidade de desempenhar o papel parental conforme esperado gerou sensação de crise e caos aos pais, além do medo de perder o bebê ou de não saber cuidar deste (Hagen, Iversen, & Svindseth, 2016).

Quando, por algum motivo, as expectativas individuais, familiares e sociais não se cumprem, existe sofrimento. Por este motivo, intervenções que visem diminuir sentimentos de culpa, angústia, ansiedade e estresse podem e devem ser pensadas, no âmbito da saúde física e mental da mulher. Entre os fatores que geram ansiedade, depressão e estresse em mães, está a hospitalização do bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Além de toda a carga emocional que envolve a maternidade, a internação do bebê atrela mais uma preocupação, que afeta sua mãe e seus familiares. Alguns aspectos podem funcionar como barreiras ou facilitadores do papel materno com o bebê em UTIN (Rossman, Greene, & Meier, 2015). Dentre as barreiras, encontra-se o fato de deixar o bebê na UTIN e ir embora, o barulho dos aparelhos hospitalares, a incerteza, a falta de privacidade e de controle da situação. Já dentre os facilitadores, os autores citam o suporte dos pares, a segurança hospitalar e os aprendizados obtidos com a equipe de saúde. Estes fatores podem ser considerados para a criação de iniciativas de apoio às mães de bebês internados e, também, para a idealização de políticas públicas (Rossman et al., 2015).

Apesar de haver destaque para a condição de risco de recém-nascidos prematuros, existem outras condições que pode levar um bebê à UTIN. Estudo realizado por Mohkam et al. (2011) em dois hospitais de referência da cidade de Teerã, no Irã, apresentou diversas condições de risco encontradas na amostra de 404 bebês estudada. Dentre as condições apontadas pelos autores, no diagnóstico inicial, destacaram-se: síndrome do desconforto respiratório (56%), obstrução gastrointestinal (19%), sepse ou septicemia (6%), prematuridade (6%), síndromes neuromusculares (6%) e outras (7%). Ainda, dos participantes da pesquisa, 32% apresentavam malformação congênita, 23% apneia e 12% convulsões. Um estudo conduzido por Leal et al. (2017) mostrou que cerca de um terço dos bebês nascidos no Brasil são prematuros, sendo metade destes de cesáreas induzidas e com mães sem condições clínicas para tal, aumentando a hospitalização, a mortalidade e a possibilidade de problemas respiratórios nos bebês.

No período de hospitalização do bebê em condição de risco, a utilização de instrumentos que avaliam a gravidade do estado de saúde configura-se como medida importante, que permite a comparação entre os bebês, para definir as estratégias de intervenção que serão utilizadas em cada caso. O peso ao nascimento, a idade gestacional e alguns outros fatores fisiológicos devem ser considerados no momento da avaliação (Zardo & Procianoy, 2003). Alguns instrumentos se destacam em relação à sua acuidade na medição

da saúde do bebê internado em UTIN, como o Score for Neonatal Acute Physiology (SNAP), criado por Richardson, Gray, Mccornick, Workman e Goldmann (1993), o Score for Neonatal Acute Physiology Perinatal Extension (SNAP-PE II), criado por Richardson, Corcoran, Escobar e Lee (2001), e o Clinical Risk Index for Babies (CRIB), criado pela International Neonatal Network [INN] (1993).

Garg, Sharma e Farhbakhsh (2018) realizaram uma revisão dos instrumentos existentes para avaliar a gravidade do estado de saúde dos recém-nascidos admitido em UTIN, analisando vantagens e desvantagens de cada um e, entre eles, o SNAP-PE II. Os autores destacaram que os escores são úteis para prever o risco para mortalidade e para o desenvolvimento posterior, mais do que o peso e a idade gestacional.

O SNAP avalia 34 variáveis e aplica-se no pior momento entre as primeiras 24 horas após a internação (Richardson et al., 1993). O SNAP-PE acrescenta ao anterior os dados relativos ao peso ao nascimento, a classificação de Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) e o escore de Apgar (que avalia condições fisiológicas no primeiro e quinto minutos de vida) no quinto minuto de vida (Richardson et al., 2001). Versões reduzidas destes instrumentos também foram elaboradas pelos autores, o SNAP II e SNAP PE II. Os objetivos dos novos instrumentos foram de tornar a aplicação mais rápida e tão eficiente quanto os protocolos anteriores, diminuindo o número de itens (SNAP II) e aumentando as variáveis da extensão perinatal, de modo que tivessem peso semelhante às variáveis fisiológicas no escore final.

Utilizado como preditor de mortalidade, o SNAP-PE II demonstrou acurácia e valores superiores a 24 como indicadores de alta taxa de mortalidade (Honorato, Fonseca, Figueiredo, Veríssimo, & Leal, 2016). A pesquisa, realizada com 494 recém-nascidos, demonstrou que a chance de óbito aumentou progressivamente com o aumento do score do SNAP-PE II. Harsha e Archana (2015) encontraram que 26,6% dos bebês internados apresentaram escores de até dez pontos no instrumento. O estudo de Silveira et al. (2001) apresentou escore de até 11 pontos para 74,1% da amostra, e o estudo de Radfar, Hashemieh, Fallahi e Masihi (2018) apresentou um total de 43,2% das pontuações até nove pontos, de uma amostra de 191 bebês internados.

O fato do bebê ser prematuro ou possuir outra condição que exija cuidados maiores, incluindo a necessidade de internação em UTIN, causa impacto maior ainda para os cuidadores. A imagem real do bebê se contrapõe à imagem idealizada feita pelos pais (Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte, & Martinez, 2004). Segundo as autoras, além disso, a separação entre os pais e o bebê é agravada pela incerteza da condição de saúde do recém-internado em UTIN.

Estudos têm mostrado que é possível que as mães sintam culpa pelo nascimento prematuro e, também, a decepção pela impossibilidade de manter a gravidez além das trinta e sete semanas (Baseggio, Dias, Brusque, Donelli, & Mendes, 2017, Turner, Chur-Hansen, & Winefield, 2015). Além da culpa, foi demonstrado que as mães experienciaram ansiedade frente à possibilidade de perder o bebê.

Com foco na saúde emocional materna, estudos têm encontrado que mães de bebês hospitalizados, principalmente de prematuros, têm apresentado sintomas de ansiedade, depressão e estresse em níveis clínicos (Correia, Carvalho, & Linhares, 2008; Felipe, Souza, & Carvalho, 2014; Carter, Mulder, Bartram, & Darlow, 2005), sendo que a gravidade da saúde do bebê e uma prematuridade mais severa podem indicar maior estresse materno (Alkozei, McMahon, & Lahav, 2014; Dantas et al., 2012), e quanto menor o peso e idade gestacional, e maior o tempo de internação, mais reações e sentimentos negativos maternos (Pinto, Padovani, & Linhares, 2009). Também entre as mães de bebês internados em UTIN, foram encontrados altos níveis de sintomas depressivos, mais altos em mães de bebês prematuros do que mães de bebês nascidos a termo (Bicking & Moore, 2012), assim como mais ansiedade traço e estado (Dantas et al., 2015).

Os estudos relatados apontam para a importância de considerar a saúde emocional de mães de bebês internados em UTI neonatal como grupo de risco para o desenvolvimento de depressão, estresse e ansiedade. Analisar este dado, considerando as condições de saúde do bebê internado, pode dar pistas para intervenções mais pontuais e eficazes. Os dados de protocolos de avaliação de saúde do bebê em UTIN e, entre eles, o SNAPP-PE-II, se mostraram mais importantes do que a idade gestacional e o peso ao nascer, segundo Garg et al. (2018), tanto no prognóstico na UTIN como no desenvolvimento posterior do bebê e pode, também, ser associado à saúde emocional materna, identificando quem se beneficiaria de intervenções psicoterapêuticas. Tendo isso em vista, o presente trabalho pretendeu descrever a saúde emocional de mães de bebês internados em UTIN, analisando a influência sobre ela da pontuação obtida no SNAP-PE II por ocasião da hospitalização do bebê.

Método

Este estudo, descritivo e relacional, é parte do projeto “Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil”, aprovado pelo Comitê de Ética (Parecer nº 1.958.940).

Participantes

Participaram da pesquisa 25 mães de bebês internados na UTI Neonatal da Maternidade Santa Isabel, de Bauru, São Paulo. Os bebês estavam internados há no mínimo sete dias, e no máximo 15 dias. O critério para inclusão dos bebês era de que estivessem há pelo menos sete dias internados e não mais do que 20 dias. Também, as mães deveriam compreender as informações constantes nos instrumentos utilizados. Caso não conseguissem ler, a pesquisadora lia para elas, mas não houve nenhum caso.

Dos bebês das mães participantes, 52% eram do sexo feminino. Predominou, entre as condições de risco, a prematuridade e o baixo-peso, perfazendo 68% da amostra (17 participantes). A média foi de 32,36 semanas gestacionais. Em relação ao tempo de

internação, por ocasião da coleta de dados, a média foi de 9,48 dias. Quanto aos dados sociodemográficos das mães, observa-se que 40% possuíam de 18 a 25 anos, 36% tinham mais de 31 anos, 80% tinham ensino médio completo, 36% eram primíparas, e o tipo de parto mais frequente foi cesárea, em 64% dos casos. Em relação à classe social, 52% agruparam-se na classe C.

Local

Os dados dos bebês foram coletados nos prontuários da UTI e a aplicação dos instrumentos com as mães foi feita em sala apropriada, na Maternidade Santa Isabel, de Bauru, SP.

Instrumentos

Para a coleta de dados sociodemográficos e de informações sobre a gestação e o parto, para a caracterização da amostra, foi utilizado um protocolo contendo questões abertas e fechadas. Para a coleta de dados de saúde emocional, foram utilizados os instrumentos: PSS, IDATE e BDI e, para avaliar a saúde do bebê na UTI, foi utilizado o SNAP-PE II.

A Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale – PSS) foi elaborada por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), e validada no Brasil por Luft, Sanches, Zarpellon e Andrade (2007). É composta de 14 itens com respostas que variam de zero a quatro (0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = quase sempre 4 = sempre). As questões com conotação positiva têm sua pontuação somada invertida. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero a 56. De acordo com Faro (2015), é possível categorizar as pontuações obtidas pelo PSS em cinco níveis, sendo eles: baixo (menor/igual 18), normal (19 a 24), moderado (25 a 29), alto (30 a 35) e muito alto (maior que 35). Considera-se pontuação clínica a partir de 30 pontos.

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) avalia as variáveis traço e estado de ansiedade. Foi elaborado por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) e validado por Biaggio e Natalício (1979). O instrumento é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, que possibilitam a avaliação dos dois conceitos (traço e estado). Os escores podem variar de 20 a 80 pontos, sendo que baixa pontuação indica baixo nível de ansiedade, e a alta, o oposto.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) é um instrumento que permite a avaliação da intensidade da depressão em adolescentes e adultos, criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) e validado no Brasil por Cunha (2001). O inventário consiste em 21 itens de múltipla escolha, onde cada alternativa corresponde a uma pontuação que varia de 0 a 4, sendo que quanto maior a pontuação, mais severo é o sintoma. O maior escore possível é de 63 pontos.

O Score for Neonatal Acute Physiology Perinatal Extension-II, o SNAP-PE II, é um instrumento que avalia a gravidade do estado de saúde de recém-nascidos internados em UTIN (Richardson et al., 2001), com base em seis variáveis fisiológicas, entre elas: Pressão Arterial Média, temperatura, P02 (mmHg) / FIO2 (%), pH sérico, diurese e múltiplas convulsões. Além desses seis parâmetros, também são avaliados: índice de Apgar, peso ao nascer, e tamanho em relação à idade gestacional. Cada parâmetro recebe uma pontuação de acordo com os valores em que se encontram. A análise de todos os parâmetros deve ser feita nas primeiras 24 horas da internação e deve ser anotado o valor mais crítico desse período. A soma da pontuação atinge o escore máximo de 162, indicando alto grau de gravidade do bebê.

Procedimento de coleta de dados

As visitas à UTI Neonatal são permitidas nas 24 horas diárias, assim, a pesquisadora coletou dados em dias e horários diversificados. As mães que preenchem os pré-requisitos para participar da pesquisa eram convidadas e, em caso de aceite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era apresentado, caracterizando uma amostra por conveniência. Não foram computados os dados referentes à quantidade de convites feitos e aceitos. Em seguida, os instrumentos eram aplicados. Logo após a entrevista com as mães, o prontuário do bebê era consultado para obtenção dos dados referentes a ele. Os dados sobre o bebê eram obtidos, então, em seu prontuário, disponível no ambiente da UTIN, com o auxílio da enfermeira responsável. Não se obteve a informação se os pais eram informados sobre a pontuação do SNAP-PE II do seu bebê. Os dados foram coletados durante o ano de 2019.

Procedimento de análise de dados

A correção dos instrumentos de saúde emocional (BDI, IDATE e PSS) foi realizada conforme os manuais de cada um deles. A pontuação do BDI-II divide-se em categorias, que variam de grau mínimo a grave, o que representa uma linha crescente de severidade da condição de saúde no que tange à depressão. Foram considerados com indicadores clínicos aquelas que tiveram resultados Leve ou mais. Para o IDATE, a pontuação média considerada clínica foi de 48 pontos. Para o PSS, acima de 30 pontos é considerado nível clínico (Faro, 2015). Todos os dados foram tabulados em planilha, para constituir um banco de dados do projeto. As análises estatísticas entre saúde emocional materna e condição de saúde do bebê foram realizadas pelo programa SPSS, sendo que as comparações foram feitas utilizando o teste de Mann-Whitney e as correlações, o teste de Spearman.

Resultados e discussão

A saúde emocional materna foi avaliada com os instrumentos Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale - PSS), e a condição de saúde do bebê foi avaliada a partir do SNAP-PE II.

No BDI-II, a pontuação média da amostra foi de 7,92 pontos, e 28% das participantes apresentaram depressão em nível clínico (classificação leve ou mais) (Tabela 1). Ainda que altos, os dados encontrados foram mais próximos dos encontrados por Carter et al. (2005), em torno de 22%, mas foram menores do que os de Dantas et al. (2012). Os autores identificaram, entre mães de bebês internados, 56,4% delas com índices clínicos.

Tabela 1. Distribuição das pontuações do BDI-II em Frequências (Absoluta e Relativa) conforme o grau.

Classificação de acordo com pontuação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Mínimo (0-11)	18	72
Leve (12-19)	6	24
Moderado (20-35)	1	4
Grave (36-63)	0	-

Fonte: Elaborado pelos autores

Em relação ao IDATE, das participantes, 32% apresentaram pontuação considerada clínica para a categoria Ansiedade-Estado, com 46 pontos, em média. Em Ansiedade-Traço, a pontuação média da amostra total foi de 41,44 pontos, 20% apresentaram indicadores clínicos, e 12% apresentaram indicador clínico para os dois fatores (Tabela 2). Os dados apontaram para maior frequência de ansiedade-estado (32%) do que traço (20%), o que corrobora com estudo de Padovani et al. (2004), que também encontrou índice maior de ansiedade-estado (35%). Os dados obtidos por Dantas et al. (2015) encontraram, entre as mães de prematuros em UTIN, 50 pontos de média em Ansiedade Estado e 46 em Ansiedade Traço, maiores do que as encontradas no presente estudo. Ainda que avaliados com outros instrumentos, o estudo de Carter et al. (2005) encontrou níveis de ansiedade um pouco mais baixos (18%) do que os encontrados neste estudo. É importante ressaltar que a presença de indicadores para Ansiedade-Traço representa a necessidade de se olhar para este grupo como um público que requer atenção e cuidado, pois a ansiedade do tipo estado, a mais presente nessa população, expressa uma característica passageira da personalidade do indivíduo, agravada diante de uma situação fora do controle ou uma crise, que pode se

apresentar como uma tendência a se comportar de maneira ansiosa frente a situações percebidas como tensas (Padovani et al., 2004).

Tabela 2. Distribuição das pontuações do IDATE em Frequências (Absoluta e Relativa) conforme as divisões “Ansiedade Estado” e “Ansiedade Traço”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Ansiedade Estado	8	32
Ansiedade Traço	5	20
Ansiedade Traço-Estado	3	12

Fonte: Elaborado pelos autores

Em relação à Escala de Estresse Percebido (PSS), duas das participantes (8%) apresentaram índice clínico. A pontuação média foi de 19,64 pontos. Nardi et al. (2015) encontraram altos níveis de estresse em quatro das 10 mães participantes do seu estudo, cujos bebês com Sequência de Pierre Robin estavam internados. Froés et al. (2019), avaliando o estresse de 74 mães de prematuros internados, encontraram resultado geral classificando a experiência como muito estressante. Todavia, há uma dificuldade em comparar os resultados, uma vez que, em cada um dos estudos, os instrumentos utilizados para avaliar o estresse foram diferentes.

Os dados obtidos a partir do Score for Neonatal Acute Physiology Perinatal Extension-II (SNAP-PE II) estão apresentados na Tabela 3. O menor valor encontrado foi zero, e o maior foi 37, referente a um bebê que nasceu com muito baixo peso (650 gramas) e com idade gestacional de 27 semanas. Dos 25 bebês, 52% (treze participantes) apresentaram valor de SNAP-PE II de zero a dez pontos.

Tabela 3. Distribuição dos valores da amostra para o SNAP-PE II de acordo com a Frequência (Absoluta e Relativa).

SNAP-PE II	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
0 a 10	13	52
11 a 20	5	20
Mais de 21 pontos	7	28

Fonte: Elaborado pelos autores

Honorato et al. (2016) ressaltaram o valor de SNAP-PE II acima de 24 pontos como preditor de maior taxa de mortalidade. No presente estudo, 28% dos bebês apresentaram pontuação acima de 21 pontos, mas somente um dos bebês com essa pontuação foi a óbito.

Pouco mais que a metade dos bebês da amostra (52%) apresentou baixa pontuação no SNAP-PE II por ocasião da entrada na UTIN. Isso significa um bom prognóstico para eles. Da amostra, 20% apresentaram um risco médio, com pontuação que variou de 11 a 20 pontos. Todavia, a população flutuante em uma UTIN pode variar os escores do SNAP-PE II. Considerando pontuações até 11 pontos no SNAP-PE II, um estudo encontrou 74,14% até 11 pontos (Silveira et al., 2001), outro 43,2% até 9 pontos (Radfar et al., 2018), e um terceiro encontrou 26,6% até 10 pontos entre os bebês internados em UTIN (Harsha & Archana, 2015).

Análises comparativas foram conduzidas considerando a pontuação da SNAP-PE II, separando os grupos em até 10 pontos e 11 pontos ou mais, indicando estado de saúde de bebês mais ou menos graves. Não foram encontradas diferenças entre os grupos (Tabela 4). Observa-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 4. Comparação entre os resultados nos instrumentos (IDATE Traço e Estado, PSS e BDI) considerando a pontuação do SNAP-PE II.

Instrumentos	Até 10 pontos		11 pontos ou mais		P
	Média	DP	Média	DP	
IDATE Estado	47,23	9,92	44,64	5,80	0,444
IDATE Traço	41,92	8,63	40,91	8,70	0,774
PSS	21,30	8,74	17,83	7,61	0,302
BDI	8,38	5,99	7,41	6,61	0,705

Fonte: Elaborado pelos autores

Análises de correlações entre os resultados dos instrumentos e os resultados do SNAP-PE II foram conduzidas. Os resultados apontaram para a não correlação entre os dados (Tabela 5).

Tabela 5. Correlação entre os resultados nos instrumentos (IDATE Traço e Estado, PSS e BDI) e a pontuação do SNAP-PE II.

Instrumentos	SNAP-PE II
IDATE Estado	R= 0,095 P=0,652
IDATE Traço	R= -0,054

	P=0,797
PSS	R= -0,031 P=0,883
BDI	R=-0,028 P=0,893

Fonte: Elaborado pelos autores

Os dados do SNAP-PE II servem para direcionar ações dos profissionais da saúde quando o bebê está internado na UTIN. Provavelmente não é um dado veiculado aos pais. Todavia, eles têm informações diárias sobre a saúde de seu bebê, dadas pelo pediatra responsável. Todavia, a estadia na UTIN pode ser permeada de períodos de instabilidade da saúde do bebê, seguido de períodos de melhora e estabilidade (Rossetto, Pinto, & Silva, 2011), o que pode dificultar o acompanhamento, pelos pais, da real condição do bebê ao longo dos dias e a sempre expectativa pela melhora e pela alta. Esta hipótese corrobora o apresentado na pesquisa de Hagen et al. (2016), realizada em relação à alienação dos cuidadores perante a internação do bebê e um distanciamento, uma visão de exterioridade dos pais frente ao bebê hospitalizado.

O distanciamento também pode se dar como forma de evitar o sofrimento, assim, as mães vivem um “luto antecipatório” frente à possibilidade de óbito do bebê, já se afastando, de modo a deixar de observar e se vincular ao bebê (Pinto et al., 2009). Os autores encontraram que, no geral, as mães tinham expectativas positivas em relação ao bebê internado, o que pode justificar a hipótese de que pensar positivamente pode explicar a pouca diferença nos indicadores emocionais considerando a saúde do bebê. Segundo estudo feito pelas autoras, 68% das mães com indicadores clínicos apresentavam expectativas positivas, relacionadas ao desejo de alta hospitalar e de que no futuro houvesse desenvolvimento do bebê. Além disso, também foram relatadas expectativas neutras ou ausentes e expectativas ambivalentes (conflituosas). No estudo de Henrich, Schaefer e Donelli (2017), realizado com três mães durante e após a internação de seus bebês, demonstrou-se que, apesar das diferenças em termos de experiências da internação, todas relataram facilidade para se aproximar e cuidar do bebê, relatando sentimentos de intimidade, ou seja, sentimentos positivos frente à maternidade e ao bebê, ainda que ele estivesse hospitalizado. Entretanto, independente da relação com a saúde do bebê, os dados obtidos reforçam a necessidade de cuidados terapêuticos às mães de bebês em UTIN. Rosa e Gil (2017) encontraram resultados positivos em uma intervenção terapêutica realizada com pais de bebês internados em UTIN, a maioria prematuros. Os autores destacaram a importância da escuta empática neste ambiente.

Conclusões

O presente trabalho pretendeu descrever a saúde emocional de mães de bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e a influência da pontuação obtida no SNAP-PE II por ocasião da hospitalização do bebê sobre ela. Os resultados apontaram para expressiva quantidade de mães com saúde emocional em nível clínico, corroborando os resultados de outros estudos descritos na literatura da área, o que sugere necessidade de atenção terapêutica às mães de bebês nessa condição, ainda que não tenham sido observadas relações entre a presença de indicadores e a gravidade do caso, avaliada pelo SNAP-PE.

Entre as limitações do presente estudo estão o número reduzido da amostra e a impossibilidade de avaliar a saúde emocional de todas as mães. Ainda que não tenham sido contabilizados o total de convites feitos às mães, aconteceram muitas recusas em participar do projeto. É possível que elas tenham vindo de mães emocionalmente mais fragilizadas, que não quiseram ser avaliadas. Se a avaliação da saúde emocional fizesse parte do protocolo do serviço, é possível que mais mães apresentariam indicadores clínicos e seriam mais rapidamente encaminhadas para serviços terapêuticos.

Uma outra limitação do estudo foram as análises estatísticas realizadas, que poderiam ter sido feitas com grupos divididos a partir da pontuação 20 e não 10, como foi feito neste estudo. Todavia, o pequeno número de participantes inviabilizou esta análise.

Uma sugestão para outros estudos é a elaboração de um instrumento ou algumas questões para a coleta de dados com a mãe sobre sua percepção sobre a saúde do bebê por ocasião da entrevista e não somente usar a pontuação do SNAP-PE. Outra sugestão seria coletar dados depois de pelo menos 10 dias de internação. Destaca-se que o momento inicial envolve fragilidade e é crítico (Alkozei et al., 2014). Assim, os níveis de estresse, depressão e ansiedade podem ser alterados (aumento ou diminuição) com o passar dos dias de internação. As análises poderiam ser feitas considerando o período de internação do bebê, avaliando a influência do tempo de internação na compreensão das mães sobre a condição de saúde do bebê e sobre a saúde emocional materna.

Referências

- Alkozei, A., McMahon, E., & Lahav, A. (2014). Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 27(17), 1738-43. doi: 10.3109/14767058.2014.942626
- Baseggio, D. B., Dias, M. P. S., Brusque, S. R., Donelli, T. S., & Mendes, P. (2017). Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. *Temas em Psicologia*, 25(1), 153-167. Doi: 10.9788/TP2017.1-10
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. Doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

- Biaggio, A. M. B., & Natalício, L. (1979). *Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)*. Centro Editor de Psicologia Aplicada - CEPA.
- Bicking, C., & Moore, G. A. (2012). Maternal Perinatal Depression in the Neonatal Intensive Care Unit: The Role of the Neonatal Nurse. *Neonatal Network*, 31(5), 295-304. Doi: 10.1891/0730-0832.31.5.295
- Carter, J., Mulder, R., Bartram, A., & Darlow, B. (2005). Infants in neonatal intensive care unit: Parental Response. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 90(2), 109-113. Doi: 109-13. 10.1136/adc.2003.031641.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Correia, L. L., Carvalho, A. M. V., & Linhares, M. B. M. (2008). Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 16(1), 64-70. Doi: 10.1590/S0104-11692008000100011.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. Casa do Psicólogo.
- Dantas, M. M. C., Araújo, P. C. B., Paulino, S. Daniele, & M. C. Maia. (2012). Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. *Psicologia em Revista*, 18(1), 90-106. Doi: 10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p90
- Dantas, M. M. C., Araújo, P. C. B., Revorêdo, L. S., Pereira, H. G., & Maia, M. C. (2015) Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(2), 129-138.
- Faro, A. (2015). Análise Fatorial Confirmatória das Três Versões da Perceived Stress Scale (PSS): Um estudo populacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(1), 21-30. Doi: 10.1590/1678-7153.201528103.
- 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.
- Fróes, G. F., Mendes, E. N. W., Pedroza, G. A., & Cunha, M. L. C. (2019). Estresse experimentado por mães de recém-nascidos pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41(spe), e20190145. Doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190145
- Garg, B., Sharma, D, & Farahbakhsh, N. (2018) Assessment of sickness severity of illness in neonates: review of various neonatal illness scoring systems. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31, 1373-1380. Doi: 10.1080/14767058.2017.1315665
- Hagen, I. H., Iversen, V. C., & Svindseth, M. F. (2016). Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatrics*, 16(1), 92. Doi: 10.1186/s12887-016-0631-9

- Harsha, S. S., & Archana, B. R. (2015). SNAPPE II (Score for Neonatal Acute Physiology with Perinatal Extension - II) in Predicting Mortality and Morbidity in NICU. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(10). Doi: 10.7860/JCDR/2015/14848.6677
- Henrich, S. M., Schaefer, M. P., & Donelli, T. M. (2017). Vivências da maternidade e da relação mãe-bebê no primeiro ano de vida do bebê prematuro. *Revista Barbarói*, 49(1), 71-93. Doi: 10.17058/barbaroi.v0i49.7376
- Honorato, J. P., Fonseca, H. T. A. da., Figueiredo, E., Veríssimo, A. O. L., & Leal, A. C. B. (2016). *Utilização do escore SNAP-PE como ferramenta de avaliação aos recém-nascidos prematuros na UTI Neonatal*. [Apresentação de trabalho]. 5º Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA). Belém, Pará, Brasil. <http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2016/expandidos/pesquisa/outra/PES069.pdf>
- International Neonatal Network. (1993). The CRIB (Clinical Risk Index for babies) score: a tool for assessing initial risk and comparing performance of neonatal intensive care units. *Lancet*, 342(8871), 193-198.
- Leal, M. C., Esteves-Pereira, A. P., Nakamura-Pereira, M., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Moreira, M. E., Theme-Filha, M., & Gama, S. G. N. (2017). Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil. *BMJ Open*, 7(12), e017789. Doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789
- Luft, C. B., Sanches, S. O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 606-615. Doi: 10.1590/S0034-89102007000400015.
- Mohkam, M., Afjeil, A., Payandeh, P., Zadkarami, M., Kazemian, M., & Fakhraei, H. (2011). A comparison of CRIB, CRIB II, SNAP, SNAP II and SNAP-PE scores for prediction of mortality in critically ill neonates. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*, 24(4), 193-199.
- Moura, E. C. C., Fernandes, M. A., & Apolinário, F. I. R. (2011). Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 445-50. Doi: 10.1590/S0034-71672011000300006
- Nardi, C. G. A., Rodrigues, O. M. P. R., Melchiori, L. E., Salgado, M. H., & Tavano, L. A. (2015). Bebês com Sequência de Pierre Robin: saúde mental materna e interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 32(1), 129-140. Doi: 10.1590/0103-166X2015000100012
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. M. 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. Doi: 10.1590/S1516-44462004000400009
- Pinto, L. 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. Doi: 10.1590/S0102-37722009000100009

- Radfar, M., Hashemieh, M., Fallahi, M., & Masihi, R. (2018). Utilization of SNAP II and SNAPPE II Scores for Predicting the Mortality Rate Among a Cohort of Iranian Newborns. *Archives of Iranian Medicine*, 21(4), 153-57.
- Richardson, D. K., Corcoran, J. D., Escobar, G. J., & Lee, S. K. (2001). Simplified newborn illness severity and mortality risk scores. *Journal of Pediatrics*, 138(1), 92-100. Doi: 10.1067/mpd.2001.109608
- Richardson, D. K., Gray, J. E., McCormick, M. C., Workman, K., & Goldmann, D. A. (1993). Score for Neonatal Acute Physiology: a physiologic severity index for neonatal intensive care. *Pediatrics*, 91(3), 617-623.
- Rosa, R. R., & Gil, M. E. (2017). Suporte psicológico aos pais na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: encontros possíveis e necessários. *Revista da SBPH*, 20(2), 123-135.
- Rossetto, M., Pinto, E. C., Silva, L. A. A. (2011) Cuidados ao recém-nascido em terapia intensiva: tendências das publicações na enfermagem, *Vittalle*, 23(1), 45-56.
- Rossmann, B., Greene, M. M., & Meier, P. P. (2015). The role of Peer Support in the Development of Maternal Identity of "NICU Moms". *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 44(1), 3-16. Doi: 10.1111/1552-6909.12527
- Silveira, R. C., Schlabendorff, M., & Procianny, R. S. (2001). Valor preditivo dos escores de SNAP e SNAP-PE na mortalidade neonatal. *Journal of Pediatrics*, 77(6), 455-460. Doi: 10.1590/S0021-75572001000600007
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press.
- Turner, M., Chur-Hansen, A., & Winefield, H. (2015). Mothers' experiences of the NICU and a NICU support group programme. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(2), 165-79. Doi: 10.1080/02646838.2014.998184
- Zardo, M. S., & Procianny, R. S. (2003). Comparação entre diferentes escores de risco de mortalidade em unidade de tratamento intensivo neonatal. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 591-596. Doi: 10.1590/S0034-89102003000500007

Recebido em: 2/07/2020

Aprovado em: 19/04/2021