



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI

MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO

ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MÃES NA
UNIDADE NEONATAL

MANAUS
2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO

**ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MÃES NA
UNIDADE NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas como requisito para a obtenção do título de Mestre, na linha de Processos Psicológicos e de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

MANAUS
2021

Todos os direitos dessa Dissertação são reservados à Universidade Federal do Amazonas, à Faculdade de Psicologia – FAPSI/UFAM, ao Laboratório de Investigação em Ciências Cognitivas - LABICC e aos seus autores. Parte desta dissertação só poderá ser reproduzida para fins acadêmicos ou científicos.

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C331e Carvalho, Maura Nunes Pimentel de
Estresse, ansiedade e depressão pós-parto em mães na unidade neonatal / Maura Nunes Pimentel de Carvalho . 2020
133 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Mães. 2. Estresse. 3. Ansiedade. 4. Depressão pós-parto. 5. Unidade de terapia intensiva neonatal. I. Hayasida, Nazaré Maria de Albuquerque. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em: ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

Instituição: UFAM

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Orientadora/Presidente

Prof.^a Dr.^a Gisele Cristina Resende

Instituição: UFAM

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Banca Examinadora – Membro Interno

Prof.^a Dr.^a Fernanda Martins Pereira Hildebrandt

Instituição: UERJ

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Banca Examinadora – Membro Externo

Prof. Dr. José Humberto da Silva-Filho

Instituição: UFAM

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Banca Examinadora – Membro Suplente Interno

Prof. Dr. Paulo Renato V. Calheiros

Instituição: UNIR

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Banca Examinadora – Membro Suplente Externo

Você não pode evitar que os pássaros da tristeza voem sobre sua cabeça, mas pode evitar que eles construam ninhos em seus cabelos.

(provérbio chinês)

Dedico este trabalho à minha mãe Medianeira, meu pai Mário (*in memoriam*), meu padrasto Raimundo, minhas avós Lora e Luisa (*in memoriam*) e meu avô Urbano (*in memoriam*), minhas raízes, minha força para seguir.

Aos meus queridos irmãos Fábio, Marcio e Sabrina.

Ao meu bem mais precioso, Franklin Filho.

Ao meu companheiro de vida, Franklin Carvalho.

AGRADECIMENTOS

À minha família por todo apoio, carinho e compreensão neste período. Agradeço com muito carinho o meu esposo Franklin Carvalho que sempre me impulsionou a alcançar meus objetivos e sempre fomos parceiros nos estudos e na jornada da vida. Agradeço imensamente meu pequeno Franklin Filho, uma criança adorável, inteligente e que só me enche de orgulho. À minha mãe querida, uma pessoa simples da roça, e que tem o coração do tamanho do mundo. Agradeço à minha tia Rita e meu tio Francisco por terem me apoiado em minha trajetória acadêmica desde a formação em Enfermagem (minha primeira formação) até agora no mestrado, pessoas sábias a qual nutro grande admiração. Agradeço também aos meus primos Júnior e Gláucia que me deram forças na trajetória inicial.

À minha querida orientadora Nazaré Hayasida por ter me ajudado a desbravar os caminhos do mestrado, um sonho para mim. Gratidão por sua dedicação e trabalho impecável em todas as aulas lecionadas e orientações. A tenho como grande inspiração de vida.

A todos os membros do LABICC principalmente a Luana, Edvânia, Andrea, Camila, Rodrigo, Ronaldo e Ana Paula pelos compartilhamentos de experiência e saberes e todos da minha turma de 2018, em especial a Rosy, Duda, Alê, Alciele e Tathy amigos do peito.

À estatística Luísa por contribuir com seus ensinamentos. Às Profs. Dra. Fernanda Hildebrandt e Dra. Gisele Resende, obrigada pelas contribuições. Aos professores e alunos desta faculdade com quem dividi experiências e aprendi muito.

Agradeço de forma especial às duplas mães-bebês que me ajudaram de forma gentil a contribuir com a pesquisa científica. À direção da Maternidade Ana Braga em nome da Dra. Gláuria Tapajós por ter me apoiado nos projetos realizados com as mães e com esta a pesquisa. À minha parceira de trabalho Grace, por estarmos juntas no dia a dia dividindo as angústias e conquistas da psicologia hospitalar. Também as minhas amigas Gracilene, Vivian, Jerly e ao amigo Alison, pelos sorrisos e fortalecimento do cuidado às mães. A toda equipe multiprofissional das Unidades Neonatais pela parceria e troca de saberes diário.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia- PPGPSI e à Faculdade de Psicologia-FAPSI pela oferta do Mestrado em Psicologia e a oportunidade de desenvolver a pesquisa. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Universidade Federal do Amazonas-UFAM por organizarem a estrutura de pós-graduação.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização desse sonho, meu muito obrigada!

RESUMO

Uma das expectativas que envolve o nascimento de um filho está relacionada, para uma mãe, à ideia de levar um bebê saudável para casa, contudo, este fato pode ser interrompido pela internação em Unidade Neonatal (UN). A hospitalização do recém-nascido (RN) pode ter várias implicações para o bebê e para a família. O objetivo desta pesquisa é investigar os níveis de estresse, ansiedade e depressão pós-parto em mães com filhos internados na UN em uma Maternidade de Referência em Manaus/AM. Trata-se de pesquisa com delineamento transversal quantitativo descritivo e levantamento de dados, com amostra de conveniência. Participaram do estudo 54 mães, avaliadas através de Questionário sociodemográfico e dos instrumentos: *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU), Escala de Ansiedade de Hamilton (Ham-A) e Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). A idade média das mães foi de 24 anos (63%), prematuridade moderada (44,4%) e parto cesáreo (55,6%). Em relação ao nível de estresse, observou-se índices elevados associados à subescala “alteração no papel de pai e mãe” (M=4,3 e DP=0,9). Apresentaram com intensidade moderada 11,4% das mães (n=24), enquanto 7,4% (n= 4) ansiedade grave. Houve valores significativamente superiores dos sintomas depressivos nas mães 63% (n=34). Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam colaborar para implementação de políticas públicas na área materno-infantil, como também incentivar pesquisas e intervenções desenvolvidas no ambiente neonatal com olhar para o binômio mãe-bebê, além de promover a estabilidade da família e apoio social as mães, e conseqüentemente benefícios para o desenvolvimento do bebê.

Palavras-chave: Mães. Estresse. Ansiedade. Depressão pós-parto. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

One of the expectations that involves the birth of a child is related, for a mother, is the idea of taking a healthy baby home, however, this fact can be interrupted by admission to the Neonatal Unit (UN). Hospitalization of the newborn (NB) can have several implications for the baby and the family. The objective of this research is to investigate the levels of stress, anxiety and postpartum depression in mothers with children admitted to the UN in a Reference Maternity in Manaus / AM. This is a research with a descriptive quantitative cross-sectional design and data collection, with a convenience sample. 54 mothers participated in the study, assessed through a sociodemographic questionnaire and the instruments: Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU), Hamilton Anxiety Scale (Ham-A) and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). The mothers' average age was 24 years old (63%), moderate prematurity (44.4%) and cesarean delivery (55.6%). Regarding the level of stress, high rates were observed associated with the subscale "change in the role of father and mother" ($M = 4.3$ and $SD = 0.9$). They presented with moderate intensity 11.4% of the mothers ($n = 24$), while 7.4% ($n = 4$) severe anxiety. There were significantly higher values of depressive symptoms in mothers 63% ($n = 34$). It is hoped that the results of this research can collaborate for the implementation of public policies in the maternal and child area, as well as encourage research and interventions developed in the neonatal environment with a view to the mother-baby binomial, in addition to promoting family stability and social support. mothers, and consequently benefits for the baby's development.

Keywords: Mothers. Stress. Anxiety. Baby blues. Neonatal Intensive Care Unit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPP	Depressão pós-parto
MC	Método Canguru (MC)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSS: NICU	<i>Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit</i>
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
RNs	Recém-Nascidos
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UCP	Unidade de Cuidados Progressivos
UN	Unidade Neonatal
UNs	Unidades Neonatais
UTI Materna	Unidade de Terapia Intensiva Materna
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UMI	Unidade Materno Infantil

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas das mães avaliadas.....	42
Tabela 2: Caracterização da gestação e do parto	44
Tabela 3: Caracterização dos bebês internados em unidades neonatais	45
Tabela 4: Caracterização das Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse.....	48
Tabela 5: Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre as escalas de Ansiedade, Estresse e Depressão.....	51
Tabela 6: Distribuição absoluta e relativa da escala de depressão e média e desvio padrão da escala de Estresse, segundo a classificação da Ansiedade e classificação depressão.....	52
Tabela 7: Distribuição absoluta e relativa para aborto, natimorto, segundo a classificação da Ansiedade. E distribuição absoluta e relativa para problemas psiquiátricos segundo a classificação da escala de depressão.....	54
Tabela 8: Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre a sub escala estresse e idade gestacional.....	56
Tabela 9: Média e desvio padrão dos escores das escalas de ansiedade, depressão e estresse, segundo as classificações para número de gestações, natimorto, aborto, complicações na gravidez e problemas psiquiátricos.....	56
Tabela 10: Média e desvio padrão dos escores das escalas de ansiedade, depressão e estresse, segundo a situação conjugal. Distribuição absoluta e relativa para a ansiedade e depressão segundo a situação conjugal.....	59

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA	16
3. QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL	19
3.2. HOSPITALIZAÇÃO DO RN E O IMPACTO PARA A FAMÍLIA.....	19
3.7. O APEGO: FUNDAMENTOS.....	23
3.3.IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NA REGULAÇÃO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL	24
3.4. ESTRESSE EM MÃES NA UN	26
3.5. ANSIEDADE EM MÃES NO AMBIENTE DA UN	28
3.6. DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MÃES NA UN.....	30
3.1.POLÍTICAS PÚBLICAS: ESTRATÉGIAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA O PARTO E NASCIMENTO	32
4. OBJETIVOS	34
4.1. OBJETIVO GERAL.....	34
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
5. MÉTODOS	35
5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	35
5.2. LOCAL DA PESQUISA	35
5.3. PARTICIPANTES	35
5.4. CARACTERIZAÇÃO DA MATERNIDADE E DA UN.....	35
5.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	36
5.6.CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	36

5.7. INSTRUMENTOS E MATERIAL	37
5.7.1. Questionário Sociodemográfico.....	37
5.7.2. Escala para avaliar Estresse na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal PSS: NICU.....	37
5.7.3. Escala de ansiedade de Hamilton (HAM-A)	38
5.7.4. Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS)	38
5.8. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	39
5.9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
5.10. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	40
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
6.1. ANÁLISE DESCRITIVA	41
6.1.1. Dados sociodemográficos das mães.....	41
6.1.2. Análise dos dados relativos as Escalas de Ansiedade de Hamilton, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit - PSS: NICU	47
6.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	49
6.2.1 Coeficiente de correlação de Spearman entre as Escalas de Ansiedade de Hamilton, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit - PSS: NICU.....	49
6.2.2 Correlação entre níveis de ansiedade e depressão.....	50
6.2.3 Resultados Significativos do Perfil da Amostra em Comparação com as Escalas de Ansiedade de Hamilton, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit - PSS: NICU	52
6.2.4 Coeficiente de correlação de Spearman entre a subescala estresse e idade gestacional.....	54
6.2.5 Média e desvio padrão dos escores das escalas de ansiedade, depressão e estresse, segundo as classificações para número de gestações, natimorto, aborto, complicações na gravidez e problemas psiquiátricos.....	54
7. CONSIDERAÇÃO FINAIS	60
8. REFERÊNCIAS	63

9. SESSÃO DE ARTIGO	75
10. APÊNDICES	113
10.1. APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	114
10.2. APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	117
11. ANEXOS.....	118
11.1. ANEXO 1: PARENTAL STRESS SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: PSS: NICU.....	119
11.2. ANEXO 2: ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON (HAM-A)	121
11.3. ANEXO 3: ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (<i>EPDS</i>). 123	
11.4. ANEXO 4: TERMO DE ANUÊNCIA DA MATERNIDADE	125
11.5. ANEXO 5: TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA.....	126
11.6. ANEXO 6: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	127

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é uma crise evolutiva caracterizada por mudanças significativas nos aspectos biológicos, sociais e psicológicos da gestante. Esse momento exige adaptações psicofisiológicas e sociais para a retomada da homeostase e da promoção da continuidade do desenvolvimento social, considerada natural ao processo evolutivo da mulher (DANTAS, 2012).

Com o nascimento do bebê, inicia-se uma etapa caracterizada por intensa transformação, que é denominada como puerpério, período marcado por significativas alterações biológicas e transformações no papel social e familiar da mulher, tais mudanças podem desencadear transtornos psiquiátricos (RUSCHI et al., 2007).

Todavia, quando ocorre a hospitalização do recém-nascido, essa vulnerabilidade aumenta, pois, essa vivência pode gerar danos emocionais para toda a família, especialmente para os pais. Os recém-nascidos (RNs) são encaminhados para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ficando sob cuidados intensivos vinte e quatro horas por dia, para que tenham cuidados e consigam sobreviver após o nascimento traumático, que coloca o bebê em uma experiência diferente do ambiente uterino, local apropriado ao seu desenvolvimento. Um dos motivos mais frequentes de internação em unidade neonatal (UN) é a prematuridade, dentre outros acometimentos (MAIA, SILVA e FERRARI 2015).

Geralmente a hospitalização de um filho é uma experiência difícil e desafiadora para as mães e suas famílias, uma vez que o ambiente de UTIN é altamente tecnológico, moderno e separam fisicamente, emocionalmente e psicologicamente os bebês de seus pais (VERONEZA et.al., 2017). Especial atenção deve ser dada a esse momento, pois a efetividade da vinculação mãe-bebê pode sofrer alterações.

Diante dessa realidade não desejada, os pais começam a lidar com sentimentos de medo, tristeza, fragilidade e insegurança no que diz respeito a vida do bebê (ROSO et al., 2014). O sentimento de culpa aparece principalmente quando a mãe precisa se dividir entre outras tarefas, tendo que deixar o filho sozinho. Buarque et al. (2006), ressaltam que é importante perceber essas nuances e intensificar a interação familiar, para que aos poucos a família perceba apoio e acolhimento por parte da equipe que presta atendimento ao RN diminuindo as chances de aumentar o estresse materno nesse período. Fatores como alto nível

de estresse familiar, a baixa responsividade materna e alteração da competência parental parecem atuar diretamente no desenvolvimento infantil (BUARQUE et al., 2006).

Flores et al., (2013) afirmam que a depressão e ansiedade puerperal também têm sido apontados como fatores de risco para o desenvolvimento infantil, podendo estar associados com a não formação de um apego seguro na criança. Dessa forma, o amparo psíquico da figura materna para com seu bebê é de extrema relevância para a constituição do eu e para o desenvolvimento adequado do aparelho psíquico. Por outro lado, os autores apontam que as consequências da ansiedade materna não se limitam ao período do puerpério, mas podem ter efeitos a longo prazo para o desenvolvimento infantil.

Assim também no período puerperal, a ansiedade pode influenciar a relação mãe-bebê, trazendo repercussões para o desenvolvimento da criança (CHEMELLHO; LEVANDOWSKI; DONELLI, 2017). A ansiedade materna traria dificuldades para a interação da díade, pois uma mãe ansiosa pode ter dificuldades em compreender as demandas do recém-nascido, decodificar o seu choro e as suas necessidades de amamentação, sono e afeto, o que pode comprometer o bem-estar do RN (FLORES et al., 2013).

Padovani et al., (2004) em seus estudos identificaram sintomas em nível clínico de ansiedade, disforia e depressão em mães de neonatos pré-termo, comparando dois momentos, durante e após a hospitalização do bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Um quantitativo de 43 mães de neonatos pré-termo de muito baixo peso foi avaliado através dos Inventários de Ansiedade Traço-Estado e de Depressão de Beck. Foram realizadas duas avaliações, uma durante a hospitalização do bebê e outra após a alta hospitalar. Na primeira avaliação, 44% das mães apresentaram sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão. Após a alta hospitalar do bebê, houve redução significativa do número de mães (26%) com esses sintomas clínicos em relação à primeira avaliação. Os níveis de ansiedade-estado diminuíram significativamente da primeira para a segunda avaliação (de 35% para 12%). As mães de bebês pré-termo apresentaram ansiedade situacional e necessitam de suporte psicológico para enfrentar a internação do bebê.

Dantas (2012) evidenciou em seus estudos a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados. Utilizou como instrumentos o Inventário de Ansiedade Traço-Estado e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, ambos aplicados em forma de entrevista a 60 mães. Obteve como resultado que 81,7% das mães apresentaram intenso sintoma de estado de ansiedade, 70% de traço de ansiedade e 56,4% relataram altos índices de sintomas depressivos. Constatou-se nessa pesquisa uma alta

prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados.

Face à complexidade dos indicadores emocionais maternos diante dessa experiência hospitalar, deve-se realizar intervenções no sentido de avaliar as implicações das mudanças emocionais e comportamentais tanto nas mães quanto nos neonatos hospitalizados (ALKOZEI; MCMAHON; LAHAV, 2014; GROSIK, 2013). Mediante o exposto, observa-se a importância da avaliação dos fatores psicológicos (ansiedade, estresse e depressão pós-parto) desde a atenção básica e na atenção terciária afim de minimizar os indicadores maternos no puerpério.

2. JUSTIFICATIVA

A transição para a maternidade tem sido considerada como uma passagem desenvolvimental a qual é permeada por várias mudanças nos aspectos de vida pessoal, biológico e emocional. É um período marcado por grandes mudanças e reorganizações para a mulher e pela aprendizagem de novas competências, associadas ao desempenho dos novos papéis e tarefas. Neste contexto, apesar de o nascimento de um bebê ser um acontecimento culturalmente celebrado e estar habitualmente associado a sentimentos de alegria e satisfação a maternidade é também um estressor psicossocial e as suas exigências podem precipitar a ocorrência de alterações na saúde mental (FONSECA; CANAVARRO, 2013).

O parto prematuro e a vivência de internação de um filho na UN podem ser uma experiência altamente estressante para as mães. A transição abrupta do bebê do ambiente protetor do útero para o ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) apresenta às mães ampla gama de estressores. Esses estressores estão frequentemente relacionados a observações e sons no ambiente da UTIN, a frágil aparência do recém-nascido e do prolongado tempo de separação. Altos níveis de estresse após um parto prematuro podem evoluir para distúrbios psicológicos mais graves, incluindo transtorno de estresse pós-traumático e depressão, bem como desfechos mais adversos relacionados à saúde (ALKOZEI, MCMAHON e LAHAV, 2014).

Problemas de saúde mental materna são considerados fatores de risco para a boa adaptação da díade mãe-bebê. A depressão ou ansiedade extrema da mãe, quando manifestos nas relações iniciais da díade ou durante o curso da infância, afetam o desenvolvimento da criança. Esses quadros têm sido foco de preocupação dos pesquisadores e dos serviços de

saúde pelo efeito que podem provocar no desenvolvimento infantil, mesmo quando há remissão da patologia materna (DANTAS, 2012; MAIA, SILVA e FERRARI, 2015; DIB, 2016).

Huhtala et al., (2014) evidenciaram que o desenvolvimento social, comportamental e o funcional do Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) são influenciados pelo estresse dos pais e sintomas depressivos maternos. Dessa forma o bem-estar emocional das mães pode influenciar a integridade materno-infantil e ter um impacto substancial no desenvolvimento emocional, social e cognitivo do bebê (BRUM, 2017). Nesse sentido, é importante identificar os fatores associados com o aumento do estresse materno, a fim de desenvolver intervenções para melhorar a saúde mental em mães de UTIN (ALKOZEI, MCMAHON e LAHAV, 2014).

Sobre o assunto, Fernandes et al., (2015) explicita que estresse materno é apontado como fator de risco para o crescimento e desenvolvimento da criança, podendo levar ao inadequado ganho de peso e déficit no progresso motor e comportamental . O estresse vivenciado na UTIN pode levar ao surgimento de quadros depressivos, transtornos de ansiedade, fadiga e distúrbios do sono influenciando na conduta dos pais até mesmo após a alta hospitalar, comprometendo assim a promoção do vínculo entre pais e filhos e o desenvolvimento do neonato (KEGLER et al., 2019).

As ações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde visam diminuir o sofrimento psíquico difuso, mesmo quando ele não tem as características de um quadro típico de depressão ou de transtorno de ansiedade. Mas apesar das evidências crescentes sobre a gravidade da depressão materna, seja pelo número de pessoas afetadas, bem como pelo seu impacto sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, pouca atenção tem sido dada à prevenção e tratamento (DIB, 2016).

A saúde mental materna, segundo Guidolin e Célia (2011), tem se mostrado um problema de saúde pública que requer atenção especial em nível de políticas públicas voltadas para sua identificação precoce, melhora da assistência e tratamento, a fim de minimizar ao máximo suas consequências para a interação mãe-bebê. Corroborando com esta perspectiva, Hildebrandt (2013), destaca que a maioria das mulheres que procura atendimento pelo Sistema Único de Saúde estão expostas a diferentes estressores cotidianos como pouco suporte social, baixo nível socioeconômico e pouco acesso a serviços de saúde de qualidade. Dessa forma elas podem estar mais vulneráveis ao adoecimento psíquico, inclusive ao surgimento de sintomas depressivos.

Ressalta-se a importância que os profissionais de saúde, principalmente aqueles ligados à saúde materno-infantil, estejam atentos a esses fatores de risco para que se tornem mais sensíveis a possibilidade de diagnosticar o quadro de DPP em suas pacientes (HILDEBRANDT, 2013). Do mesmo modo identificar e abordar o estresse, bem como a depressão materna com intervenções desenvolvidas no ambiente de UTIN, pode ajudar a promover a estabilidade da família, a adaptação materna e os benefícios de longo prazo para o desenvolvimento do bebê (CHERRY et al., 2016a).

De acordo com Guidolin e Célia (2011) avaliaram os sintomas de depressão e ansiedade materna em um hospital universitário de Porto Alegre, utilizando os Inventários Beck de Depressão e de Ansiedade, em mulheres que tiveram seus filhos internados na unidade de pediatria. Foi constatado que 30,7% dessas mulheres apresentaram depressão e 32%, ansiedade. Segundo o estudo, as mulheres que estavam em situação de maior vulnerabilidade social apresentaram depressão e ansiedade com maior frequência.

Uma pesquisa realizada em Natal, Rio Grande do Norte teve como objetivo investigar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados. Os instrumentos aplicados foram o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (*EPDS*) tendo como participantes sessenta (60) genitoras. Concluíram que 81,7% das mães apresentaram intenso sintoma de Ansiedade-Estado e 70% de Ansiedade-Traço, foi utilizado o escore bruto com pontuação acima de 40 como indicativo de intensa sintomatologia de ansiedade. Em relação aos sintomas depressivos 56,4% das participantes apresentaram altos índices, neste estudo foi utilizada a pontuação 11/12 na *EPDS* por apresentar melhores índices de predição (DANTAS, 2012).

Fernandes et al., (2015) realizaram estudo na UTIN e Unidade de Cuidados Intermediários (UCINCo) do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) e procuraram identificar o nível de estresse de mães de RNPT. Foi utilizada a escala de mensuração de estresse - *Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU) a 20 mães. O instrumento mede o estresse em três subescalas em sons e imagens do ambiente, a aparência e comportamento do bebê e a alteração do papel dos pais. O maior nível de estresse na subescala foi classificado como muito estressante 3,8 bem como alteração do papel dos pais foi de 4,3.

Salienta-se a relevância de estudos da realidade brasileira que investiguem a prevalência dessas sintomatologias, que incidem sobre a saúde mãe-bebê, nesse contexto.

Nesse sentido, há, contudo, lacunas nos estudos psicológicos sobretudo na região Norte, a partir da abordagem psicológica teórica cognitivo-comportamental. Outrossim, tendo como base a prevalência desses sintomas nesse público específico, medidas em políticas públicas de atenção em neonatologia, promoção da saúde, recuperação, prevenção de complicações e melhora da qualidade de vida das famílias, devem ser fornecidas para fundamentar e viabilizar melhorias à assistência materna, nesse contexto de crise.

3. QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL

3.2. HOSPITALIZAÇÃO DO RN E O IMPACTO PARA A FAMÍLIA

A hospitalização do RN é um momento delicado e pode ter várias implicações para o bebê e para a família, pois o estresse e tensões são marcantes (JOAQUIM; SILVESTRI; MARINI, 2014). O nascimento diferente do idealizado pode ser detectado ainda no pré-natal, onde os problemas podem ser antecipados. O aparato tecnológico e profissionais especializados para o suporte é fundamental. Ao identificar algum problema o bebê é encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), espaço reservado para receber bebês que nascem de forma prematura ou apresentem algum problema ao nascer (BOMFIM e MOREIRA, 2003).

Brasil (2006) preconizou que o RN é considerado de risco quando apresenta pelo menos um destes critérios: baixo peso ao nascer (<2500g); menos de 37 semanas de idade gestacional (IG), asfixia grave (Apgar < 7 no quinto minuto de vida); internamento ou intercorrência na maternidade; mãe adolescente (< 18 anos), mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo), residência em área de risco; história de morte de crianças (< 5 anos) na família. Entre estes é destacado o baixo peso ao nascer (BPN) e a prematuridade.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2017) muitas são as causas que podem levar ao atendimento em uma UTI neonatal, uma delas é a prematuridade, pois apresenta-se como uma síndrome complexa, com múltiplos fatores etiológicos, e está associada a um amplo espectro de condições clínicas que define a sobrevida e o padrão de crescimento e desenvolvimento, nos diferentes subgrupos de risco.

Os subgrupos de risco podem ser categorizados, de acordo com a idade gestacional do recém-nascido ao nascimento: pretermo, menor que 37 semanas e 0 dias; pretermo tardio,

entre 34 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias; pretermo moderado (ou moderadamente pretermo), 32 semanas e 0 dias e 33 semanas e 6 dias; muito pretermo: 28 semanas e 0 dias a 31 semanas e 6 dias; pretermo extremo, menor que 28 semanas e 0 dias (SBP, 2017).

Nesse ínterim a relação mãe-bebê depende do estado emocional que esta mãe se encontra. Caso a mãe esteja em risco, sofrimento emocional, estresse, conflitos internos e externos, ficará mais difícil cuidar efetivamente de si e da criança, portanto todas essas nuances suscitam a necessidade de espaços de atuação e cuidados para as mães e familiares de neonatos hospitalizados (JOAQUIM, SILVESTRINI e MARINI, 2014).

Os profissionais de saúde que realizam a assistência direta aos familiares e aos RNs internados necessitam compreender o problema de uma forma holística, para que assim consigam desenvolver o melhor plano de atendimento nesse período, fortalecendo o vínculo entre pais, bebês e profissionais. A singularidade de cada caso é fundamental nesse processo, pois cada mãe possui vivências e influências culturais e históricas diferentes (COSTA, ARANTES e BRITO, 2011)

Veronez et al., (2017) referem que a experiência da hospitalização de um filho recém-nascido gera uma sobreposição de perdas, como a perda do filho idealizado e a possibilidade de estar com ele em casa. As dificuldades de se reconhecer enquanto mãe, exercer a maternagem, aceitar o filho, são influenciadas pelo sentir-se expectadora do seu filho, pois afinal existe uma equipe que se apropria de afazeres que a priori deveriam ser realizados por ela. Afirmam ainda, os autores, que o estabelecimento do vínculo frente a essa delicada fase enfrentada pelas mães e família, pode ser comprometido, podendo gerar desordens no relacionamento entre ambos.

Melo et al., (2013) apontou para a preocupação em compreender quais ações preventivas as equipes de saúde podem realizar no sentido de acolher os pais durante estadia dos filhos na UN, assim compreender as vivências e sentimentos dessas mães é um importante indicador para o planejamento das ações de cuidado. Um dos recursos sugeridos são as tecnologias e recursos humanos especializados para a assistência neonatal, que tem aumentado a possibilidade de sobrevivência desses RNs (MARQUES et al., 2016).

As ações voltadas a uma política nacional desenvolvidas para a qualificação do cuidado ao RN e sua família são apresentadas pelo método canguru (BRASIL, 2018), com o intuito de humanizar a assistência de um atendimento de Saúde qualificado. Inclui também a preocupação com a saúde integral dessa equipe no desempenho de suas funções e com o

ambiente hospitalar, abordando o acolhimento e a segurança nos cuidados neonatais, que devem ser adequados a cada momento evolutivo do RN.

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. O contato pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2014).

A metodologia canguru é realizada em três etapas: a primeira, é realizada ainda no pré-natal quando se identifica alguma situação de risco para a gestante, podendo ou não acarretar na internação do RN em uma UN, quer seja em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo). A preocupação primordial nessa fase é a aproximação da família ao RN e a intensificação do vínculo. É recomendado também nesse momento a posição canguru o mais precoce possível e a participação dos pais na rotina de cuidados neonatais (BRASIL, 2018).

A segunda etapa do método ocorre na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) onde a mãe apoiada e orientada pela equipe de saúde assume a maior parte dos cuidados com o seu filho. Como objetivos dessa etapa destaca-se a continuidade do aleitamento materno, a prática da posição canguru e o esclarecimento de dúvidas sobre os cuidados do RN.

A terceira etapa, inicia-se com a alta hospitalar e envolve o cuidado com o RN e sua família no espaço extra-hospitalar (BRASIL, 2018). Essa etapa é compartilhada entre a maternidade de referência e a Unidade Básica de Saúde (UBS) com o objetivo de acompanhar as primeiras semanas da criança em seu domicílio. A organização da agenda de visitas e consultas hospitalares é realizada para dar continuidade às orientações e ao atendimento ao RN.

Inúmeros benefícios do Método Canguru (MC) conforme estudo de revisão bibliográfica de Marques et al., (2016) estimulam a relação mãe-bebê dentre eles a melhora no vínculo; aumento da estimulação sensorial ao carregar o bebê contra o peito, favorecendo o

aleitamento materno; proporciona o controle térmico, evitando a perda de calor corporal; redução da infecção hospitalar; diminuição da morbidade e tempo de internação hospitalar.

Segundo Azzi e Kernkraut (2017), o suporte psicológico para os pais enquanto o bebê está internado na UN é de fundamental importância, é trabalhado com os pais o impacto do nascimento prematuro, a hospitalização, os medos e as decepções desse primeiro momento, pois o bebê sobreviveu ao parto prematuro e, quando evolui clinicamente para a estabilidade, os pais têm a tarefa de aprender a compreender as necessidades de cuidados do filho.

As contribuições do serviço de psicologia com os pais do RN internado favorecem a aproximação dos pais com o bebê prematuro, em relação as rotinas, entrevistas regulares com os pais a fim de conhecê-los e apoiar em suas peculiaridades, apoio com o grupo de pais, estímulo à amamentação, parceria com atividades de terapia ocupacional e a promoção e acompanhamento da visita dos irmãos. Nesse sentido Baltazar, Gomes e Cardoso (2010) e Sanchez e Carpes (2017), reforçam que o serviço psicológico devem dar continuidade aos atendimentos trabalhando com o casal seus temores, fantasias frente ao momento vivenciado, e aspectos relevantes da história de vida, motivações e representações da gestação para cada um.

A necessidade de esclarecer dúvidas em relação ao desenvolvimento do bebê e fazer a intermediação entre família e equipe hospitalar, expressadas por Azzi e Kernkraut (2017) são características importantes do apoio psicológico aos pais na UTIN, pois geralmente a clínica do bebê gera expectativas tais como: a alta pode demorar, os pais se sentem inseguros; ou se a alta acontecer em breve os pais não se sentem preparados para assumir o bebê e desvincular da equipe.

A partir do domínio e aplicação de técnicas psicoterápicas, Sanchez e Carpes (2017, p.58) sinalizam os sentimentos vivenciados por esse momento delicado de internação de um filho e coloca as várias fases de elaboração do luto pelo filho perfeito:

O processo de luto passa por diferentes etapas sendo necessário vivenciá-las a fim de elaborá-las. Os pais necessitam compreender o que aconteceu, para conectar-se com os seus sentimentos de tristeza e raiva. Aceitar a dor e a perda de suas idealizações e, então renegociar internamente e construir a nova identidade do filho real.

Segundo Balbino et al., (2015) o acolhimento dessas famílias acontece quando elas são estimuladas a praticar os cuidados com os RNs, favorecendo não só o vínculo afetivo pais-bebês, mas também a redução do estresse e ansiedade causados pela hospitalização. Um novo modelo começa a surgir em relação ao cuidado com as famílias, deixando de ser voltado

apenas para o tradicional em que o foco seria o bebê doente, para abordar a família como peça fundamental nesse processo de apego.

3.7. O APEGO: FUNDAMENTOS

O apego é o laço afetivo que os pais estabelecem com o bebê, essencial para sua sobrevivência e desenvolvimento, podendo ser expresso através dos sentidos. Quando ele é estabelecido, os prepara para a separação no momento do parto, mas nem sempre ocorrendo da forma mais favorável (KLAUS e KENNEL, 1993).

A mulher que vivencia a experiência de se tornar mãe antes do tempo encontra-se em um processo de ansiedade por não se sentir preparada psicologicamente para a tarefa da maternagem. A chegada dessa nova realidade pode favorecer a crença de incapacidade em relação aos cuidados básicos relativos à maternagem, como amamentar, limpar, acarinhar, entre outros dificultando os laços de apego (WINNICOTT, 1980).

Klaus e Kennell (1993) propõe a existência de um período vulnerável, logo após o nascimento, onde a separação poderia trazer problemas futuros na formação de vínculos afetivos entre mãe e filho conseqüentemente. Dessa forma o reconhecimento da figura de apego fornece o sentimento de segurança e encoraja a continuidade da relação (BOWLBY, 1989). O comportamento de apego é definido como qualquer forma de comportamento que resulta em uma pessoa alcançar e manter proximidade com algum outro indivíduo considerado mais apto para lidar com o mundo. Os comportamentos de apego podem ser direcionados a uma variedade de indivíduos enquanto o apego duradouro ou laço de apego é restrito a poucas pessoas.

O processo de humanização hospitalar é um fator primordial para que haja a participação ativa dos pais no processo de recuperação do filho internado, favorecendo a formação e fortalecimento do vínculo afetivo. Por essa razão, a presença dos genitores na UTIN está baseada na preocupação com o vínculo afetivo que precisa ser estabelecido entre o bebê e seus principais cuidadores. A interação precoce desenvolvida entre a díade mãe-bebê é essencial para a construção da vida psíquica do ser humano, sendo que o vínculo materno, definido a partir da comunicação da mãe com o bebê, exerce um papel fundamental nesse processo (BOWLBY, 1989).

Apesar de existir alguns fatores que podem favorecer o apego eficiente entre mãe e bebê logo após o nascimento, também existem fatores que podem dificultar bastante essa

ligação. Alguns desses fatores são o nascimento prematuro e a hospitalização do bebê, o ambiente em que ocorre esses fatores é um local onde a separação entre a família e o RN é inevitável, a mãe pode ser transferida para uma enfermaria para cuidados médicos e o bebê para uma unidade neonatal, a parentalidade também sofre modificações pois neste momento a insegurança sobre os cuidados ,com o filho surge, como também sentimentos de medo, tristeza e culpa. Tudo isso influenciando de forma a possibilitar alterações na formação do apego (GHADERY-SEFAT et al., 2016).

O período do pós-parto representa um momento de várias mudanças para mãe e filho. Para as mulheres é um período crítico pois aumentam as chances de surgirem problemas relacionados à depressão, estresse e ansiedade, por outro lado para o bebê também é difícil pois é o momento crucial para o crescimento e desenvolvimento cerebral. O cuidado nesse período em relação à díade mãe-bebê pode prevenir formação de apego inseguro, o qual pode influenciar a esfera emocional, social e cognitiva do bebê (ERICKSON; JULIAN; MUZIK, 2019).

Esse momento do pós-parto pode ser promovido pela interação física mãe-bebê, essa proximidade que também é prerrogativa do método canguru por meio do contato pele-a-pele e toda humanização que a política prega (MARQUES et al., 2016), embora a ligação pode ser afetada negativamente pelos estados afetivos maternos e pelas atitudes em relação à parentalidade devido ao turbilhão de emoções e expectativas que terão que ser trabalhadas nesse contexto.

3.3. IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NA REGULAÇÃO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL

As emoções desempenham um importante papel na vida dos indivíduos, comunicando necessidades, direitos, frustrações, sentimentos de tristeza ou alegria. Identificar estas emoções no contexto da hospitalização mãe-bebê é fundamental para realizar as mudanças necessárias em direção ao caminho de maior adaptabilidade e equilíbrio emocional. Deste modo, o problema não é sentir medo, ansiedade, raiva e sim reconhecer estas emoções, aceitá-las, utilizá-las quando possível e continuar a funcionar apesar delas (LEAHY; TIRCH e NAPOLITANO, 2013)

No tocante às mães, a internação na UTIN gera uma sobreposição de perdas, com a perda do filho idealizado e a impossibilidade de estar com ele em casa. A desregulação emocional pode se manifestar tanto como intensificação excessiva quanto como desativação

excessiva das emoções (FLORES et al., 2013; CHEMELLHO; LEVANDOWSKI; DONELLI, 2017). A intensificação excessiva inclui qualquer aumento da magnitude de uma emoção que seja sentida pelo indivíduo como indesejada, intrusiva, opressora ou problemática. A intensificação de emoções que resultem em pânico, terror, trauma, temor ou senso de urgência, de forma que o indivíduo se sinta sobrecarregado e com dificuldade de tolerar tais emoções, encaixa-se nesses critérios (WILLIAMS; KOLEVA, 2018). A desativação excessiva de emoções inclui experiências dissociativas, como despersonalização e desrealização, cisão ou entorpecimento emocional em situações nas quais normalmente se esperaria que as emoções fossem sentidas em alguma intensidade ou magnitude (LEAHY; TIRCH e NAPOLITANO, 2013; MACEDO; SPERB, 2013).

Segundo Silk et al., (2006) as mães que experimentam desordens de humor apresentam dificuldades na regulação e na socialização de suas emoções, possivelmente como resultado de prejuízos em seu próprio desenvolvimento emocional, faltando-lhes as habilidades necessárias para ensinar e servir como modelo ou ainda reforçar meios mais adaptativos de modulação das emoções em seus filhos.

No ambiente da UN as reações dos pais à hospitalização do seu filho vão desde alterações orgânicas aos problemas psicológicos, e estão associadas à dificuldade em entender o que realmente ocorre nesta nova vivência, da necessidade de permanecer em um ambiente desconhecido, com barulhos, equipamentos e pessoas. Assim, os pais realizam uma avaliação diante do agente estressor e definem estratégias de enfrentamento para lidar com a situação vivenciada que são avaliadas como excedentes aos recursos do indivíduo (STÜBE et al., 2018).

Acontecimentos do cotidiano podem ser considerados estressantes, mesmo antes e durante o processo gestacional. Nesse sentido, cabe realçar que ameaças suscitadas por variadas causas, danos e agravos tenham sido superados nessas situações, as pessoas utilizam estratégias de enfrentamento. De acordo com Gross (1998) as emoções podem ser reguladas por meio de seleção da situação (ação em antecipação à situação), modificação da situação (ação sobre a situação), investimento da atenção (retirar a atenção da situação), mudança cognitiva (mudar o significado da situação) e modulação de resposta (tentar influenciar a resposta fisiológica, experiencial ou comportamental). Essas ações podem ser implementadas tanto no pré-natal quanto no parto e puerpério (ARRAIS; ARAUJO, 2016).

Regular emoções envolve mudanças na dinâmica da emoção, o que inclui o tempo que a emoção leva para emergir, a magnitude, a duração e um conjunto de respostas nos domínios

fisiológico, comportamental ou experiencial. O processo de regulação das emoções envolve habilidades e estratégias que podem ser conscientes ou inconscientes, automáticos ou controlados por esforço, e que servem para modular, inibir ou incitar a experiência e a expressão emocional (MACEDO; SPERB, 2013). A regulação emocional pode incluir qualquer estratégia de enfrentamento seja ela problemática ou adaptativa que o indivíduo usa ao confrontar a intensidade emocional indesejada (LEAHY; TIRCH e NAPOLITANO, 2013).

3.4. ESTRESSE EM MÃES NA UN

Nesta seção, iremos abordar a compreensão das reações psicológicas e vivências das mães durante a permanência de seu filho sob cuidados da UN.

Na perspectiva sobre o enfrentamento ao ambiente de hospitalização, o estresse é compreendido como resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, podendo ter efeitos mentais ou somáticos; sendo o estressor como todo agente ou demanda que evoca reação de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional (CARNIER; RODRIGUES; PADOVANI, 2012). O estresse apresenta-se em três fases sucessivas, que representam o esforço, a persistência e a falência do mecanismo de adaptação aos agentes estressores. A fase de alerta é caracterizada por uma resposta de luta ou fuga que objetiva a preservação da vida. A fase de resistência se apresenta quando o estressor permanece presente por períodos prolongados ou se é de grande dimensão. O organismo, então, tenta recuperar o equilíbrio homeostático. Na fase de exaustão, o estresse ultrapassou a possibilidade de gerenciamento em virtude de o organismo ter exaurido a sua energia adaptativa (LORICCHIO; LEITE, 2012).

Posteriormente, Lipp (2000) descreve uma quarta fase, denominada "quase exaustão", que está entre as fases de resistência e exaustão, dando origem ao Modelo Quadrifásico de Lipp. Na fase de quase exaustão, o organismo sofre enfraquecimento geral e perde a capacidade de adaptar-se e resistir ao fator estressante, dando lugar ao desencadeamento de doenças geneticamente programadas ou oportunistas (CHAVES et al., 2017). No contexto da hospitalização e prematuridade as mães enfrentam esse evento como potencialmente estressante pois os bebês estão em situação biopsicossocial de risco para o seu desenvolvimento (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2017).

Stübe et al., (2018) também afirmam que o estresse consiste em reações psicofisiológicas complexas para a adaptação a um estressor permeada por fases que se

conectam entre si, dentre elas a fase de alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. A primeira é intensificada pela adrenalina na busca da sobrevivência; na segunda para tentar manter a homeostase interna o indivíduo tenta lidar com o estressor; na terceira existe a persistência dos estímulos em frequência e intensidade, quebra da resistência e início da deteriorização dos órgãos de maior vulnerabilidade; na última emergem doenças pois não foram utilizadas medidas de enfrentamento adequadas.

Existem aspectos inter-relacionados que determinam o estresse da família quando o RN é admitido na UTIN dentre eles destacam-se a aparência física do pretermo ou doente; a severidade da doença e o tratamento; preocupações sobre o diagnóstico e a perda da competência parental. Essas questões interferem no desenvolvimento do apego e na interação pais-filho, pois todas essas características diferem das suas expectativas iniciais (BUARQUE et al., 2006). O bebê internado na UN mobiliza a frustração de sonhos, alegria substituída por insegurança, medo, angústia, ansiedade, apreensão, estresse e o luto. O estresse pode ser agravado pela observação rotineira do movimento de pacientes, profissionais e familiares, restrição de visitas e informações (STÜBE et al., 2018).

Grosik (2013) evidenciou em seus estudos que observar o bebê em perigo, ruídos de alarmes e máquinas do ambiente, separação dos filhos dentre outras obrigações cotidianas são estressores internos e externos que se relacionam com o estresse dos pais. Assim como, o próprio nascimento prematuro favorece por parte dos pais estresse e sentimentos negativos (CONTIM et al., 2017). Outro fator potencialmente estressante para os pais é a alta hospitalar, pois a preocupação com as habilidades e competências ao assumir os cuidados com o filho aumenta tornando-se uma situação dúbia porque também sentem-se aliviados (CUSTODIO et al., 2014).

Sintomas de estresse podem ocorrer nas mulheres devido as várias transformações decorrentes do período da gestação, do nascimento do bebê, dos cuidados com o bebê, no entanto uma vez que tais sintomas sejam identificados e compreendidos, podem ser objeto de intervenção com o objetivo de minimizar os seus efeitos sobre a saúde mental materna e, por consequência, sobre o desenvolvimento infantil (RODRIGUES; NOGUEIRA, 2016).

No contexto do nascimento prematuro de um filho, não é incomum que os cuidadores apresentem além do estresse, sentimentos como ansiedade e depressão que serão destacados nos próximos seguimentos.

3.5. ANSIEDADE EM MÃES NO AMBIENTE DA UN

A ansiedade se caracteriza por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, como inquietação, desconforto e taquicardia sendo uma vivência comum, potencialmente típica e experimentada por qualquer ser humano. A ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflituosa. Essa vivência faz parte das experiências humanas e é um estado emocional esperado e necessário para a sobrevivência, pois, na sua ausência, o ser humano não lutaria, não procuraria vencer obstáculos e nem fugiria de situações perigosas (CHEMELLHO; LEVANDOWSKI; DONELLI, 2017).

Para Zamignani e Banaco (2005), a ansiedade consiste na emissão de respostas de fuga e esquiva com o objetivo de eliminar estímulos temidos e de respostas repetitivas que pospõem o estímulo aversivo. Enquanto fenômeno clínico, esses comportamentos de fuga e esquiva ocupam tempo considerável do dia dos indivíduos, impedindo o desempenho das atividades profissionais, sociais e acadêmicas e envolvendo grau de sofrimento considerado significativo.

Os sintomas clínicos dos transtornos de ansiedade são primários, o que permite afirmar que eles não são derivados de outras condições psiquiátricas (CASTILLO et al., 2000). Assim de acordo com os padrões estabelecidos no American Psychiatric Association (APA, 2014), o seu diagnóstico deve ser feito quando for detectada a ocorrência frequente e intensa de diferentes sintomas físicos, como taquicardia, palpitações, boca seca, hiperventilação, falta de ar, dor ou pressão no peito, tensão muscular e sudorese; comportamentais, como agitação, insônia, reação exagerada a estímulos e medos; ou cognitivos, como nervosismo, apreensão, preocupação, irritabilidade e distratibilidade. Os transtornos de ansiedade na maioria dos casos se desenvolvem dentro do contexto das pressões, demandas e estresses flutuantes da vida diária (XIMENES, 2018).

O período pós-parto é particularmente estressante que aumenta o risco de algumas mulheres desenvolverem ou terem uma exacerbação de sintomas e transtornos de ansiedade preexistentes. Frequentemente, a ansiedade acompanha sintomas de depressão, e muitas vezes os sintomas de ansiedade são a principal razão para encaminhamento para os serviços de saúde mental em gestantes ou mães primíparas. Sintomas de ansiedade durante a gravidez são um dos mais fortes fatores de risco para depressão pós-parto. Além disso, em muitos casos, as

queixas de ansiedade são debilitantes para a relação mãe-bebê bem como a unidade familiar como um todo (WILLIAMS; KOLEVA, 2018).

Neste contexto, níveis de ansiedade e sentimento de tristeza e melancolia podem ser exacerbados diante de situação de conflito e estresse. Em um estudo realizado com pais de bebês hospitalizados na UTIN foram observados altos níveis de ansiedade, depressão e hostilidade, revelando problemas de ajustamento psicossocial por parte dos pais. O ajustamento familiar ou habilidade para realizar mudanças no sistema familiar a partir de um evento estressor, a fim de manter seu equilíbrio e funcionamento, está relacionado aos recursos internos e sociais da família e às estratégias familiares de enfrentamento da situação durante a fase de internação do bebê na UTIN. As mães, por sua vez, apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que os pais (PADOVANI et al., 2004).

O nível de ansiedade materna pode ser caracterizado como fator de risco para o desenvolvimento dos filhos, pois pode alterar a responsividade das mães diante do bebê. Estudos destacaram que mães ansiosas interagem de forma mais ativa, mas se comportavam de modo mais intrusivo, emitindo comportamentos inadequados e sem sensibilidade, utilizando-se de super-estimulação e interferência nas atividades do bebê (RODRIGUES; NOGUEIRA, 2016).

Ademais, no período puerperal a ansiedade pode influenciar a relação mãe-bebê, trazendo repercussões para o desenvolvimento da criança. A ansiedade materna pode dificultar a relação mãe-bebê, pois uma mãe ansiosa tende a não compreender as demandas do RN, decodificar o seu choro e as suas necessidades de amamentação, sono e afeto, o que pode comprometer o bem-estar do bebê (BELTRAMI; BRAGAN; RAMOS, 2013). Desse modo, a ansiedade pode contribuir para a diminuição da sensibilidade materna e gerar dificuldade na capacidade de atender e processar informações o que afeta a interação com o bebê acarretando maior intrusividade, ou seja, uma tendência ao controle exagerado dos comportamentos do bebê (CHEMELLHO; LEVANDOWSKI; DONELLI, 2017).

É normal que gestantes ou primíparas relatem sintomas de ansiedade conforme apontado no estudo de Williams e Koleva (2018) até dois terços das mulheres experimentam preocupações, mais comumente consistindo em medo de ter um bebê anormal; complicações durante a gravidez ou durante o parto; sua capacidade de cuidar do bebê, incluindo amamentar e acalmar o bebê ao chorar; também preocupações com mudanças corporais, relações com parceiros, desempenho no trabalho, finanças, limpeza, etc. É somente quando as preocupações e os sintomas de ansiedade interferem de forma a causar sofrimento

significativo que eles são considerados anormais e podem fazer parte de um transtorno de ansiedade (XIMENES, 2018).

3.6. DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MÃES NA UN

Os agravos à saúde mental são responsáveis por uma significativa parcela da morbidade e mortalidade em todo mundo. Nesse contexto, transtornos depressivos assumem a quarta posição entre os principais determinantes de carga global de doenças e, nos próximos dez anos, pode ocupar o segundo lugar nesse ranking (CHAMBERS et al., 2015, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Dentre os principais agravos em relação ao período pós-natal destaca-se o *baby blues*, depressão pós-parto e psicose puerperal. O *baby blues* também conhecido como tristeza materna ou melancolia da maternidade é caracterizado como uma instabilidade emocional após o parto (RAI; PATHAK; SHARMA, 2015), consiste em um quadro transitório e não interferem no funcionamento social e ocupacional das mulheres que pode perdurar por até dez dias após o parto, atingindo cerca de 50 a 85% das puérperas (CAMPOS; RODRIGUES, 2015). As alterações hormonais nesse período fazem surgir sintomas característicos do quadro como ansiedade, tristeza, choro frequente.

As mulheres que desenvolvem sintomatologia do *baby blues* tendem a se recuperar rapidamente, porém as mães com sintomas da depressão pós-parto que de acordo com o American Psychiatric Association, APA (2014) é definido como um episódio depressivo maior com o início na gravidez ou dentro de 4 semanas após o parto podem desenvolver sofrimento ou prejuízo significativo.

A psicose pós-parto com incidência de 0,1 a 0,2% (RUSCHI et al., 2007) é uma emergência psiquiátrica com risco potencial de suicídio e infanticida. Uma mulher pode sofrer alucinações, falta de sono por várias noites, agitação, comportamento incomum e delírios.

Segundo a APA (2014) o quadro de depressão pós-parto (DPP) está relacionado à sintomatologia do transtorno depressivo maior, com a especificidade de que pode iniciar na gravidez ou até nas primeiras quatro semanas após o parto. São critérios para diagnóstico de depressão: estado deprimido (sentir-se deprimido a maior parte do tempo); anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina; sensação de inutilidade ou

culpa excessiva; dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se; fadiga ou perda de energia; distúrbios do sono: insônia ou hipersonia praticamente diárias; problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio.

A DPP destaca-se pela sua prevalência significativa, sendo destacadas em pesquisas que indicaram taxas nacionais entre 9% a 26% (MORAIS et al., 2015); 7,2 e 39,4%, respectivamente nas cidades de Recife-PE e Vitória-ES (BARROS; AGUIAR, 2019). Hildebrandt (2013), em sua pesquisa, identificou uma prevalência de 9,13% de DPP nas mães, associada ao histórico de transtorno psiquiátrico e diminuição geral dos escores de qualidade de vida e dos domínios psicológico e meio ambiente. Em pesquisas internacionais, também se encontram dados expressivos de 22% (MOLERO et al., 2014) a 38% (MACHADO et al., 2010); Em relação à prevalência da depressão materna não há unanimidade devido a fatores metodológicos, pois há uma grande heterogeneidade entre os participantes, uma diversidade de instrumentos utilizados no diagnóstico e diferenças na própria caracterização do quadro, mas todos os estudos sinalizam sua grande prevalência (SILVA et al., 2018).

Esse quadro clínico tem sido alvo de inúmeros estudos, tendo em vista o aumento da prevalência, à dificuldade diagnóstica, os danos causados à mãe, bem como pelo seu impacto no desenvolvimento infantil (BRUM, 2017). A DPP pode ter consequências importantes para a criança em diversas áreas do desenvolvimento, afetando a formação do vínculo na diáde mãe-bebê, o desenvolvimento neurológico, linguístico, cognitivo e socioemocional (CARLESSO; SOUZA; MORAES, 2014)

A literatura indica associação entre sintomas de depressão nas mães e maior dificuldade na formação de apego seguro pela criança, assim como entre estes sintomas e baixa responsividade das mães, com uma interação mãe-bebê prejudicada (FRAGA et al., 2008). Mães de RNs internados em UTIN apresentam altas taxas de estados emocionais aversivos, incluindo sintomas clinicamente significativos de depressão e transtornos de ansiedade. Esses sintomas demonstraram afetar tanto a qualidade de vida da mãe quanto o desenvolvimento do bebê (SEGRE et al., 2014).

Embora seja considerada a complicação mais comum do parto, a DPP é não identificada, dessa forma subdiagnosticada e subtratada. Em comparação com mães de bebês a termo saudáveis, a taxa de DPP aumenta de 28% a 70% para mães de bebês internados no

ambiente da UTIN. Mais especificamente, mães de bebês prematuros têm 40% mais chances de desenvolver DPP do que a população geral. Além disso, as mães de bebês internados na UTIN têm maior probabilidade de apresentar fatores de risco associados à DPP, incluindo dificuldades de relacionamento, estresse familiar e estresse financeiro (CHERRY et al., 2016; FREITAS, SILVA e BARBOSA, 2016)

O foco do cuidado na UTIN é principalmente o bebê, e não a mãe, o que também pode conferir a esta menor probabilidade de buscar o apoio social e emocional dos profissionais de UTIN. Esses fatores podem dificultar a procura por ajuda (CHERRY et al., 2016a), levando a riscos substanciais de morbidade, a população afetada requer atenção especial para abordar e melhorar os métodos de identificação, intervenção e tratamento (TAHIRKHELI et al., 2014).

Fatores adicionais de risco para DPP específicos dentro da população de UTIN foram sugeridos para incluir a percepção da gravidade da doença do bebê, habilidades de enfrentamento deficientes, aumento do estresse parental e tempo de permanência na UTIN. Mais especificamente, a percepção da gravidade da doença do bebê tem sido sugerida como sendo o fator mais forte relacionado aos escores de estresse parental. Além disso, fatores maternos, como estado civil, estresse decorrente do papel parental alterado e fatores infantis, como a ventilação prolongada, têm sido associados ao aumento da depressão (CHERRY et al., 2016a).

3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS: ESTRATÉGIAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA O PARTO E NASCIMENTO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é ordenadora da atenção à saúde da mulher no pós-parto por meio da prevenção, acompanhamento, tratamento e encaminhamento para outros serviços quando necessário. Ações efetivas no pós-parto para atender as mulheres no período puerperal são de grande destaque nesse cenário, pois sabe-se da significativa morbimortalidade das mulheres nesse período (CORREA et al., 2014).

No contexto das políticas públicas de atenção à saúde da mulher e da criança, observa-se que em 1984 com o Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher (PAISM) foi inserida a proposta de abordar a mulher como um ser integral e sujeito de cuidados, focando não apenas no aspecto biológico, como também em outras dimensões: social, política, econômica e cultural (ANDRADE et al., 2015). A seguir são listadas as principais estratégias

voltadas para a atenção ao parto e nascimento, considerando a realidade da instituição pesquisada.

O pilar base das políticas públicas de atenção à saúde da mulher e da criança é a promoção e a proteção do aleitamento materno, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), foi lançada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1991 para assegurar a prática do aleitamento e a prevenção do desmame precoce hospitalar. Essa política tem como objetivo principal de potencializar essas políticas no contexto das redes de atenção e trabalhar com os profissionais da atenção hospitalar, o modelo de boas práticas no cuidado da criança e da mulher (LAMOUNIER et al., 2019).

Com esse olhar abrangente e compreendendo a importância da saúde da mulher e da criança no pós-parto, o puerpério passou a ter atenção adequada nos serviços de saúde. Atualmente, a política pública que organiza e estrutura a rede de atenção à saúde materna e infantil no Brasil, é a Rede Cegonha, lançada em 2011, o programa tem como objetivo de garantir acesso e qualidade ao parto e nascimento com ações que se iniciam desde o pré-natal e se estende até a criança completar 24 meses de vida, incentivado as boas práticas e redução das intervenções desnecessárias (CAVALCANTI et al., 2013). Embora essa estratégia seja uma proposta do governo federal, a sua execução é de competência dos Estados e municípios, com priorização da atenção integral à saúde da mulher, com foco em ações educativas e preventivas, vinculando a população às unidades de saúde.

Recentemente, em 2017, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) lançou o programa Apice-On, um projeto de aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetria e neonatologia, com objetivo de melhorar a formação clínica e a gestão do cuidado em relação ao parto, com base em evidências científicas, o projeto visa uma melhor gestão do cuidado em relação ao parto, nascimento e abortamento (LEAL, 2018).

Outra estratégia também lançada pelo MS para o fortalecimento destas práticas é o programa Qualineo (BRASIL, 2017) tem como objetivo reduzir as taxas de mortalidade neonatal (até 28 dias de vida) e qualificar a atenção ao recém-nascido nas maternidades (MARIA; CARVALHO, 2020).

Nos próximos seguimentos serão tratados o processo da hospitalização da mãe e o bebê, bem como os desafios enfrentados face a essa delicada fase quando os seus integrantes vivenciam impedimentos, limitações e situações que fragilizam a rotina familiar.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Investigar os níveis de estresse, ansiedade e depressão pós-parto em mães com bebês internados em Unidade Neonatal (UN).

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico de mães na UN;
- Identificar níveis de estresse, ansiedade e depressão pós-parto em mães na UN;
- Correlacionar os dados do perfil sociodemográfico da mãe com níveis de estresse, ansiedade e sintomas de depressão pós-parto.

5. MÉTODOS

5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo com delineamento quantitativo e descritivo, com recorte transversal sobre o nível de estresse e sintomas de ansiedade e depressão pós-parto de mães com filhos hospitalizados em Unidade Neonatal (UN).

5.2. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Maternidade Ana Braga localizada na Avenida Alameda Cosme Ferreira, s/n, Bairro São José I, Manaus-AM.

5.3. PARTICIPANTES

A população participante foi de mães (n=51) que estavam com seus filhos internados nas Unidades Neonatais (UNs). Para determinação do tamanho de amostra considerou-se como base de cálculo a estimativa de depressão pós-parto apontada pelo estudo Guidolin e Célia (2011) onde os casos de mães com esta característica pode alcançar 32,9%. Desta forma, assumindo-se um nível de significância de 5% (α) e uma margem de erro de 15% o número mínimo de mães a serem investigadas deverá ser de cinquenta e uma n= (51).

5.4. CARACTERIZAÇÃO DA MATERNIDADE E DA UN

A Maternidade Ana Braga é considerada a maior da rede estadual de saúde no estado do Amazonas. Ela foi inaugurada em 10 de maio de 2014, possui uma média de 550 partos por mês sendo referência para o atendimento a gestação de alto risco. É referência em programas como o Método Canguru (MC) uma política nacional de saúde que integra um conjunto de ações voltadas para a qualificação do cuidado RN e sua família. Também integra o projeto Qualineo que é uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde para reduzir as taxas de mortalidade neonatal (até 28 dias de vida) e qualificar a atenção ao recém-nascido nas maternidades. Além de apoiar a amamentação no âmbito do IHAC (Iniciativa Hospital Amigo

da Criança) uma estratégia lançada no mundo inteiro pela Organização Mundial da Saúde e UNICEF em 1991 com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno na área hospitalar.

A maternidade conta com um total de 18 leitos para a assistência ao parto normal e ao parto cesárea distribuídos entre os setores PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto), CPNi (Centro de Parto Normal intra-hospitalar) e Centro Cirúrgico Obstétrico. Conta também com 106 leitos no Alojamento Conjunto, setor destinado ao puerpério na unidade.

Atende a população em maior parte de baixa renda do Distrito de Saúde da Zona Leste de Manaus, que possui leitos de UTIN (20), UCINCo (15), UCINCa (15), UCP (10) e uma UTI materna com 5 leitos, as UNs contam com profissionais das áreas de Enfermagem, Neonatologia, Pediatria, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social e Fisioterapia. Além dessa população, também assiste mães que moram no interior do estado do Amazonas e possuem filhos internados nas UNs (UTIN, UCINCo e UCP) ficam em um alojamento localizado dentro da maternidade denominado de Albergue, nesse espaço as mães descansam no período que não estão com atividades relacionadas ao bebê.

5.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser mãe de um ou mais bebês internados em UNs
- Ter idade igual ou maior que 18 anos;
- Dispor de condições cognitivas para entendimento e resposta dos questionários;
- Livre concordância em participar da pesquisa, através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

5.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Ser da etnia indígena;
- Declinar da sua participação durante o processo na pesquisa;
- Apresentar complicações clínicas no pós-parto que impossibilitem a participação na pesquisa.

5.7. INSTRUMENTOS E MATERIAL

Os instrumentos e material que foram utilizados para a coleta dos dados da pesquisa e seus devidos objetivos são os que seguem:

Questionário Sociodemográfico

Será utilizado um questionário sociodemográfico (APÊNDICE A) com o objetivo de traçar o perfil da amostra, neste serão abordadas informações das mães como idade, ocupação, município onde reside atualmente; situação conjugal; escolaridade; renda; tipo do parto atual; número de filhos vivos; número de consultas pré-natal, se permanece internada na unidade ou não, se está no alojamento da maternidade. Constarão ainda informações sobre o neonato, a saber: idade gestacional; peso ao nascer; local de internação, tempo de internação e doenças ou problemas do bebê durante a internação (LOBATO, MORAES e REICHENHEIM, 2011; DANTAS, 2012; RAMOS, ENUMO e PAULA, 2017)

Escala para avaliar Estresse na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal PSS: NICU

A Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit - PSS: NICU (ANEXO 1) foi desenvolvida por Miles; Funk e Carlson em 1993, nos Estados Unidos e mensura o estresse no ambiente de cuidados intensivos neonatais mediante a análise de 26 itens distribuídos em três subescalas, a saber: sons e imagens; aparência e comportamento do bebê e alteração do papel de mãe e pai. Esta escala pode ser aplicada por meio de entrevista ou na forma autoaplicável.

A classificação do estresse é dada por uma escala tipo Likert, em que a pontuação está entre 1 e 5, sendo que “1” indica não estressante; “2” um pouco estressante; “3” moderadamente estressante; “4” muito estressante e “5” extremamente estressante. Ainda, há a possibilidade de os pais escolherem a resposta "NA" de "não se aplica", caso não tivessem passado pela situação descrita em determinado item da subescala (FERNANDES et al., 2015). A PSS:NICU na versão em português é uma ferramenta válida e confiável para avaliação do estresse de pais com filho internado na UTIN (SOUZA, 2009).

Escala de ansiedade de Hamilton (HAM-A)

A Ham-A (ANEXO 2) é um instrumento de 14 itens, projetado para avaliar e quantificar a gravidade da ansiedade. Cada item é classificado em uma escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de 0 a 4, com escores mais altos indicando ansiedade mais grave. O Ham-A é composto por uma subescala psíquica e uma somática. A subescala psíquica (itens 1-6 e 14) aborda as queixas subjetivas cognitivas e afetivas da ansiedade (por exemplo, ansiedade, tensão, medos, dificuldade de concentração).

O componente somático (itens 7-13) enfatiza características tais como excitação autonômica, sintomas respiratórios, gastrointestinais e cardiovasculares (KUMMER; CARDOSO; TEIXEIRA, 2010). A pontuação máxima é de 56 pontos, considerando de 0 a 17 pontos, sem ansiedade; de 18 a 24 pontos, com ansiedade leve; de 25 a 29 pontos, com ansiedade moderada e, mais que 30 pontos, com ansiedade severa (HARTMAN JUNIOR et al., 2012).

Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS)

A EPDS (ANEXO 3) foi o primeiro instrumento construído e validado especificamente para rastreio da DPP. É uma escala autoaplicável, constando de 10 itens, divididos em quatro graduações (0 a 3), em que são avaliadas a presença e a intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Sua aplicação é rápida e simples, podendo ser utilizada por profissionais da saúde não médicos. A somatória dos pontos perfaz escore de 30 pontos (SOARES et al., 2016). Para a população brasileira, pontuações iguais ou superiores a 12 pontos são indicativas de depressão pós-parto (SOARES et al., 2016). As questões da *EPDS* se referem a como a pessoa tem se sentido nos últimos sete dias.

Seus itens cobrem sintomas psíquicos como humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia) e alterações do comportamento (crises de choro) (RUSCHI et al., 2007).

5.8. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após submissão e aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e uma vez atendido aos aspectos éticos foi iniciado o processo de coleta de dados. Para isso, a pesquisadora abordou as possíveis participantes da pesquisa, ou seja, mães que estavam com seus filhos internados nas UNs e que preencheram os critérios de inclusão no estudo dentre eles mães com filhos a partir de 15 dias após o nascimento, período que contempla os sinais da DPP diferenciando-se do *blues* puerperal que apresenta-se normalmente nas duas primeiras semanas de nascimento do bebê (RAI; PATHAK; SHARMA, 2015; RAMEZANI et al., 2017). Foi realizado um projeto piloto, com quatro pacientes que estavam internadas no referido hospital. A pesquisadora dirigiu-se ao leito em que a paciente encontrava-se internada como também no Albergue ou UNs, onde se apresentou e explicou o tema da pesquisa, bem como seus objetivos, relevância e procedimentos e instrumentos utilizados, convidando para participar da pesquisa, realizando a entrevista no leito ou em sala privada do ambulatório designada pela instituição. Foi abordado, ainda, todos os riscos e benefícios da participação da pesquisa e após o entendimento da voluntária e aceitação da participação, foi realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A). Em seguida, foram realizados o levantamento de dados sociodemográficos (APÊNDICE B) e aplicação dos instrumentos para a avaliação dos indicadores emocionais de estresse (ANEXO1), ansiedade (ANEXO 2) e depressão pós-parto (ANEXO3). As aplicações, conduzidas pela pesquisadora, duraram, em média, 30 minutos. A pesquisadora, ainda, tem a responsabilidade de armazenar os dados colhidos em local seguro (LABICC-UFAM) por um período de 5 anos, quando serão descartados.

5.9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi desenvolvido com base nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução 466/12, e atende as exigências éticas e científicas fundamentais: Comitê de Ética e Pesquisa, TCLE, confidencialidade e a privacidade dos dados (CNS, 2012).

Neste estudo, as informações coletadas dizem respeito somente aos sintomas de estresse, ansiedade e depressão pós-parto em mães na UN. Ainda assim, a participante poderá recusar-se a prestar as informações solicitadas através dos formulários, se assim o desejar. Será assegurado o sigilo acerca da identidade e das informações coletadas mediante os instrumentos.

5.10. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2018) para Windows, sendo que, para critérios de decisão estatística adotou-se o nível de significância de 5%. A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva através das distribuições absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central e de variabilidade, com estudo da simetria pelo *Shapiro Wilk*.

Para a análise bivariada, entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado de *Pearson* (χ^2), onde nas tabelas de contingência 2x2, foi utilizada a correção de continuidade. Sobre a comparação das variáveis contínuas entre dois grupos independentes foi aplicado o teste de *Mann Whitney U*. E, quando a comparação ocorreu entre três ou mais grupos independentes foi utilizado o teste de *Kruskal Wallis – Post Hoc Dunn*.

A relação de linearidade entre duas variáveis contínuas ocorreu pelo coeficiente de correlação de *Spearman*, considerando-se a seguinte classificação: $|r| < 0,20$, a correlação é negligenciável; $0,20 < |r| < 0,40$, a correlação é fraca; $0,40 < |r| < 0,60$, a correlação é moderada; $0,60 < |r| < 0,80$, a correlação é forte; e $|r| > 0,80$, a correlação é muito forte (DANCEY; REIDY, 2006).

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Inicialmente, são apresentados os dados descritivos das variáveis estudadas, com a finalidade de caracterizar a amostra. Posteriormente, são apresentadas as análises dos dados relativos aos Instrumentos: *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit: (PSS: NICU)*; Escala de Ansiedade de Hamilton (*HAM-A*) e Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (*EPDS*).

Dados sociodemográficos das mães

Os dados do perfil sociodemográfico referentes a amostra de 54 mães (n=54) serão apresentados na Tabela 1, itens do questionário sociodemográfico: 1, 2, 3, 4, 9, 10, 12 e 13, Tabela 2 (caracterização da gestação e do parto) itens: 5, 6, 7, 8, e 11 e Tabela 3 (caracterização dos bebês internados em unidades neonatais) itens: 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas das mães avaliadas (n=54)

Variáveis	Total amostra (n=54)			
	n	%	Média	DP
Faixa etária (anos)				
Até 24 anos	34	63,0		
25 ou mais	20	37,0		
Idade (anos)			25,4	6,1
Cor/Raça				
Parda	45	83,4		
Branca	5	9,3		
Amarela	3	5,6		
Preta	1	1,9		
Empregada				
Não	45	83,3		
Sim	9	16,7		
Qual ocupação ^A				
Área administrativa	2	22,2		
Área da saúde	2	22,2		
Serviços gerais	3	33,3		
Outros	2	22,2		

Município		
Manaus	36	66,7
Outros municípios	18	33,3
Zona da cidade		
Urbana	47	87,0
Rural	7	13,0
Estado Civil		
Solteira	5	9,3
Separada, divorciada	2	3,7
Casado, em união estável	47	87,0
Situação Conjugal		
Muito conflituosa	4	8,5
Um pouco conflituosa	20	42,6
Nada conflituosa	23	48,9
Renda Familiar		
Menos de um salário-mínimo	16	29,6
De 1-2 salários-mínimos	33	61,1
De 3-4 salários-mínimos	1	1,9
4 salários-mínimos ou mais	4	7,4
Grau de instrução		
Ensino Fundamental Incompleto e Completo	15	27,8
Ensino Médio Incompleto	13	24,1
Ensino Médio Completo	20	37,0
Ensino Superior Incompleto, Completo e Pós	6	11,1

A: Área administrativa (Assistente de RH e auxiliar administrativo); Área da saúde (Médica e técnica de enfermagem); Serviços gerais (Serviços gerais, Auxiliar de cozinha e empregada); Outros (Autônoma, esteticista)

A faixa etária das participantes variou de 18 a 41 anos com predominância de idade até 24 anos, 63% (n=34). A cor/raça parda foi a mais relatada, 83,4% (n=45). Em relação à atividade profissional, 83,3% (n=45) afirmaram não estar empregada. A maior parte das mães, 66,7% (n=36), residiam no município de Manaus e 87,0% (n=47) declararam residência na zona urbana. Vicente et al., (2016) em seus estudos sobre estresse, ansiedade, depressão e *coping* materno na anomalia congênita apresentaram faixa etária semelhante a presente pesquisa (média 24 anos, sendo 18 a 35) sendo que a maioria residentes no local da realização da pesquisa.

Similarmente, 81,7% dos achados de Dantas et al., (2012) sobre ansiedade e depressão em mães de bebês hospitalizados, 87% (n=47) responderam ser casadas e/ou em união estável. Em relação a situação conjugal, 42,6% (n=20) afirmaram estar em uma relação pouco

conflituosa, enquanto 48,9% (23) em uma relação nada conflituosa. Morais et al., (2015) observam que o achado de apoio social é um fator protetivo para a depressão pós-parto.

No que se refere a renda familiar, a maior parte relatou rendimentos de 1-2 (61,1%) salários-mínimos, seguido da faixa menos de 1 salário-mínimo, 29,6% (n=16). Sobre o nível de instrução, 37,0% (n=20) terminaram o ensino médio; seguido dos ensinos fundamentais completo/incompleto, 27,8% (n=15).

Tabela 2: Caracterização da gestação e do parto

Variáveis	Total amostra (n=54)		Média	Mediana	DP
	n	%			
Número de gestações					
Uma	20	37,0			
De 2 a 3	13	24,1			
Quatro ou mais	21	38,9			
Número de gestações			2,5	2,0	1,5
Número de abortos					
Nenhum	42	77,8			
De 1 a 3	12	22,2			
Número de natimorto					
Nenhum	47	87,0			
Um caso	7	13,0			
Durante Internação					
Albergada	24	44,4			
Internada	9	16,7			
Casa	21	38,9			
Complicação durante a gravidez					
Não	26	48,1			
Sim	28	51,9			
Qual complicação					
Descolamento da placenta	4	14,3			
Eclampsia	5	17,9			
Hemorragia	4	14,3			
Infecção urinária	8	28,6			
Outros (apendicite, sífilis, baixa oxigenação ao nascer)	3	10,7			
NR	4	14,3			
Gravidez Planejada					
Sim	18	33,3			
Não	36	66,7			
Em algum momento da sua vida você teve algum problema psiquiátrico, como problemas ligados à depressão ou à ansiedade?					
Sim	28	51,9			
Não	26	48,1			
Qual problema					
Ansiedade	16	57,1			

Ansiedade/depressão	3	10,7
Depressão	9	32,1
Obteve tratamento		
Sim	3	10,7
Não	25	89,3

Sobre as informações específicas das gestações, observou-se que, o número máximo chegou a sete (7), com mediana de duas (2) gestações (1^o-3^o quartil: 1,0 – 4,0). Ainda, verificou-se que, 37,0% (n=20) das mães apresentaram uma gestação (1); bem como, 38,9% (n=21) relataram quatro ou mais gestações (≥ 4).

Em relação ao número de abortos, 22,2% (n=12) relataram ter passado pela experiência de abortamento; e, quanto a situação de natimorto, foi confirmada por 7 mães (13,0%).

Durante a internação do bebê, 44,4% (n=24) afirmaram estar albergadas, e 38,9% (n=21) informaram estar em suas casas.

A ocorrência de complicações durante a gravidez, foi de 51,9% (n=28), as quais se destacaram a infecção urinária, 28,6% (n=8) e eclampsia, 17,8% (n=5). A maioria das entrevistadas não planejou a gravidez, 66,7% (n=36), dado similar ao encontrado no estudo de Cherry et al., (2016b) no qual a porcentagem de não planejamento foi de 63,1% .

A presença, em algum momento da vida da paciente, de problemas psiquiátricos (ligados a depressão ou ansiedade), foi relatada por 51,9% (n=28) das mães. Sobre este grupo a maioria relatou problemas de ansiedade, 57,1% (n=16), e depressão, 32,1% (n=9). Cabe salientar que, 10,7% (n=3) dos casos informaram a presença dos dois problemas citados. Em relação a obtenção de tratamento sobre os problemas psiquiátricos, a maior parte, 89,3% (n=25) relatou não ter tido acesso.

Tabela 3: Caracterização dos bebês internados em unidades neonatais

Variáveis	Total amostra (n=54)		Média	Mediana	DP
	n	%			
Sexo					
Masculino	28	51,9			
Feminino	26	48,1			
Peso (g)			1739,2	1445,0	1026,9
Idade gestacional (Semanas)			31,9	-	41,0
Idade gestacional (Semanas)					
Prematuro grave (<28)	12	22,2			
Prematuro moderado (28 - 33)	24	44,4			

Prematuro tardio (34 - 36)	18	33,3			
Tempo de internação (Dias)			33,7	22,0	25,9
	Total amostra (n=54)				
Variáveis	n	%	Média	Mediana	DP
Local					
UTIN	27	50,0			
UCINCo	22	40,7			
UCP	5	9,3			
Idade (dias)			35,9	23,5	29,4
Doenças/problemas do bebê durante a internação					
Cardiopatia	6	11,1			
Neurológico	5	9,3			
Prematuridade	35	64,8			
Outros (NR, hipertensão pulmonar, infecção, ingestão de mecônio, sífilis)	8	14,8			
Pré-natal					
Não	3	5,6			
Sim	51	94,4			
Número de consultas pré-natal			5,9	6,0	2,8
Número de consultas					
Até 5	23	45,1			
Seis ou mais	28	54,9			
Tipo de Parto					
Normal	24	44,4			
Cesáreo	30	55,6			
Já passou por outra experiência de internação na Unidade Neonatal					
Sim	5	9,3			
Não	49	90,7			

Considerando-se as informações relativas ao bebê, a proporção de nascimentos do sexo masculino foi de 51,9% (n=28), um pouco mais elevada que a do sexo feminino, 48,1% (n=26). Conforme o estudo de Melo; Silva e Garcia (2017) nascem mais homens do que mulheres em todos os países do mundo, porém a sobremortalidade dos homens é maior em todas as faixas etárias, diminuindo a proporção de homens com o aumento da idade.

O peso dos bebês teve mediana estimada em 1.445,0 g (1º-3º quartil: 950,0 – 2.282,5g). A média para a idade gestacional foi de 31,9 ($dp = 5,2$) semanas. Quanto ao tempo de internação a mediana foi estimada em 22,0 (1º-3º quartil: 16,7 – 43,0) dias. Em relação a idade gestacional, 44,4% (n=24) dos RNs foram classificados com prematuridade moderada, 33,3% (n=18) prematuridade tardia e 22,2% (n=12) prematuridade grave.

Em relação ao local de internação, metade da amostra (n=27) estava internada na UTIN, seguido da UCINCo, 40,7% (n=22). Sobre a idade do bebê, a mediana foi de 23,5 (1º-3º quartil: 17,0 – 43,3) dias.

Quanto as doenças/problemas do bebê durante a internação, predominaram aqueles ligados a prematuridade, 64,8% (n=35), seguido das cardiopatias, 11,1% (n=6) e problemas neurológicos, 9,3% (n=5). No que concerne à morbidade do RN prematuro, Palhares (2015) descreve que problemas neurológicos, cardiovasculares, hematológicos, respiratórios e metabólicos surgem devido à imaturidade dos órgãos e sistemas.

A maioria das mães confirmou a realização do acompanhamento no pré-natal, onde o número mediano de consultas foi 6,0 (1º-3º quartil: 4,0 – 7,0). Estudos sobre o calendário de consultas pré-natais (BRASIL, 2012) deve ser iniciado precocemente, ou seja, no primeiro trimestre e garantindo as avaliações programadas. Nesse sentido, no presente estudo, 54,9% (n=28) das mães realizaram seis ou mais; enquanto, 45,1% (n=23) relataram ter realizado até 5 consultas. O total de consultas deve ser de, no mínimo 6 (seis), sempre que possível seguindo o cronograma: até 28 semanas de gestação – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente (BRASIL, 2012). A maior frequência de atendimentos no final da gestação justifica-se pela avaliação do risco perinatal e das intercorrências obstétricas mais comuns nesse período como a prematuridade, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal (BRASIL, 2006; FERREIRA et al., 2016; BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018).

Observou-se, neste estudo, que a maioria dos partos foi do tipo cesárea (55,6%, n=30), dado de importante preocupação na concepção de Rabello e Barros (2011), pois alertam para o alto índice de cesáreas que vêm se mantendo ao longo dos anos no Brasil. Em 2005, esse patamar chegou a 43,3%, evidenciando que essa prática de cesárea eletiva poderia aumentar o risco de morbidade materna e não reduziria a morte neonatal.

Sobre a experiência de ter passado anteriormente por internação em Unidade Neonatal, apenas 9,3% (n=5) das mães, confirmaram esta informação.

Análise dos dados relativos as Escalas de Ansiedade de Hamilton, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit - PSS: NICU

Apresenta-se inicialmente, os principais dados obtidos nas análises referentes as escalas de ansiedade, depressão e estresse, sendo abaixo demonstrada na Tabela 4.

Tabela 4: Caracterização das Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse

Escalas	Total amostra (n=54)		Média	Mediana	DP
	n	%			
Taxa ansiedade			17,8	17,0	10,1
Sem	30	55,6			
Leve	9	16,7			
Moderada	11	20,4			
Grave	4	7,4			
Estresse					
Sons e Imagens			2,7	2,7	1,1
Aparência do bebê			3,1	3,5	1,0
Alteração no papel de pai/mãe			4,3	4,8	0,9
Total			3,3	3,6	0,9
Depressão			12,6	13,0	5,4
Depressão sintomatologia					
Ausência de sintomas	20	37,0			
Presença de sintomas (≥ 12)	34	63,0			

Sobre os sintomas de ansiedade, pouco mais da metade da amostra, 55,6% (n=30) não apresentaram sintomatologia. No entanto, 27,8% (n=15) apresentaram níveis de ansiedade moderada e grave. Estudos indicam que ansiedade, depressão e estresse são as principais reações de mães de RN pré-termo (PINTO et al., 2017; ARRAIS; ARAÚJO, 2017; KEGLER et al., 2019).

Em relação a escala de estresse, evidenciou-se que o menor escore médio foi observado na subescala Sons e Imagens, (M=2,7 e DP=1,1), onde as situações apontadas pelos pais como mais estressantes foram: “Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê” (M=3,67 e DP=1,59); “A presença de monitores e equipamentos” (M=3,11 e DP=1,54); e “O barulho constante de monitores e equipamentos” (M=3,0 e DP=1,65). Similarmente, Kegler et al. (2019) evidenciaram resultado semelhante em seus estudos sobre estresse

parental na UN. A subescala que apresentou menor nível de estresse foi a Sons e Imagens com média de 2.26. As situações apontadas pelos pais como as mais estressantes no estudo foram "Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê" (média=3,44) e "O barulho repentino do alarme dos monitores" (média=2,58).

Na subescala Aparência e Comportamento do bebê (M=3,1 e DP=1,0) foi observado a média intermediária para a escala de estresse. Nesta subescala, os itens com escores médios mais elevados foram: "Áreas machucadas, cortes ou lesões no meu bebê (M=3,98 e DP=1,47) e "Tubos ou equipamentos no meu bebê ou perto dele" (M=3,74 e DP=1,57). No estudo de Fernandes et al., (2015) diferente dos dados desta pesquisa, foi obtido nessa subescala a média de 3.6.

Na subescala Alterações no papel de pai/mãe (M=4,3 e DP=0,9) ocorreu o escore médio mais elevado para escala de estresse, sendo que, todos os itens apresentaram escores médios acima de 4,0 pontos. Destacaram-se com escores médios mais elevados, caracterizando as situações mais estressantes, os itens "Estar separada do meu bebê" (M=4,52 e DP=0,89) e "Não alimentar eu mesma o meu bebê" (M=4,40 e DP=1,11). Os achados em relação a essa subescala estão em consonância com os estudos de Fernandes et al., (2016) que verificaram estresse aumentado nessa subescala alterações no papel de pai e mãe com média de 4.3. Comparativamente, Kegler et al., (2019) observaram o maior nível de estresse, porém com média de 3,49. Os autores mostram, que os itens mais estressantes foram: "Estar separada do meu bebê" (média=4,00) e "Sentir-se desamparada e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos" (média=3,78).

Stübe et al., (2018) constatou que na internação o domínio "alteração no papel de mãe/pai" apresentou resultados aproximados (3.95) em relação à presente pesquisa (4.3); e na alta hospitalar (3.65) houve uma redução pouco significativa sobre o estresse em pais. Verificaram que na internação do filho em terapia intensiva, ocorreu maior frequência de escores nas categorias "muito estressante" e "extremamente estressante", mãe (72,3%) e pai (67,2%). Demonstrando que os pais necessitam de suporte e orientação nesse período, podendo ter a saúde emocional comprometida pela vivência de uma parentalidade diferente da esperada, exigindo outras responsabilidades, competências e saberes, assim como modificação na rotina diária, reorganização familiar e adaptação a um novo papel (HARRIS et al., 2017; PINEDA et al., 2018).

No que se refere aos sintomas de depressão, na presente pesquisa foi constatado que 63,0% das mães apresentaram sintomatologia de depressão. Houve similaridade nos dados

com estudo de Siewert et al., (2016), os autores verificaram que a DPP em mães com bebês internados em UTINs podem chegar até 67%, indicando que deve ser realizada a triagem a fim de se obter melhor manejo e tratamento dos casos. Salientam que o tratamento psicossocial para este público é especialmente importante devido ao tempo disponibilizado pelas mães, no hospital e pelas alterações biológicas ocorridas nesse processo, reduzindo o autocuidado e muitas vezes negligenciando seu próprio bem-estar como secundário em relação às necessidades de seus bebês (SEGRE; BROCK; HARA, 2013; SIEWERT et al., 2016; ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

6.2. ANÁLISE INFERENCIAL

6.2.1 Coeficiente de correlação de Spearman entre as Escalas de Ansiedade de Hamilton, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit - PSS: NICU*

As escalas de ansiedade, estresse e depressão foram comparadas através do coeficiente de correlação de *Spearman* e, de acordo com os resultados da Tabela 5, ocorreram correlações estatisticamente significativas e positivas entre todas elas.

Tabela 5: Coeficiente de correlação de *Spearman* entre as escalas de Ansiedade, Estresse e Depressão

	Escalas comparadas ¹	Total amostra (n=54)	
		r_s^{e}	P
Taxa ansiedade	Estresse		
	Sons e Imagens	0,572	<0,001
	Aparência Comportamento do bebê	0,498	<0,001
	Alteração no papel de pai/mãe	0,587	<0,001
	Total	0,630	<0,001
	Depressão	0,777	<0,001

¹ - *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit*: A classificação do estresse é dada por uma escala tipo Likert, em que a pontuação está entre 1 e 5, sendo que “1” indica não estressante; “2” um pouco estressante; “3” moderadamente estressante; “4” muito estressante e “5” extremamente estressante (FERNANDES et al., 2015); ; **Escala de ansiedade de Hamilton (HAM-A)**: a pontuação máxima é de 56 pontos, considerando de 0 a 17 pontos, sem ansiedade; de 18 a 24 pontos, com ansiedade leve; de 25 a 29 pontos, com ansiedade moderada e, mais que 30 pontos, com ansiedade severa (HARTMAN JUNIOR et al., 2012); **Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS)**: a somatória dos pontos perfaz escore de 30 pontos. Para a população brasileira, pontuações iguais ou superiores a 12 pontos são indicativas de depressão pós-parto (SOARES et al., 2016). **Correlação de Pearson - classificação:** $|r| < 0,20$, a correlação é negligenciável; $0,20 < |r| < 0,40$, a correlação é fraca; $0,40 < |r| < 0,60$, a correlação é moderada; $0,60 < |r| < 0,80$, a correlação é forte; e $|r| > 0,80$, a correlação é muito forte (DANCEY; REIDY, 2006)

		Estresse	
Depressão	Sons e Imagens	0,479	<0,001
	Aparência Comportamento do bebê	0,385	0,004
	Alteração no papel de pai/mãe	0,463	<0,001
	Total	0,496	<0,001

£ Coeficiente de correlação de Spearman

Sobre os resultados entre as escalas de Ansiedade e Estresse, as correlações foram de magnitude moderada ($0,400 \leq r \leq 0,600$) quando a ansiedade foi comparada a Aparência e Comportamento do bebê, Sons e imagens e Alteração no papel de pai/mãe; e correlação forte ($0,600 \leq r < 0,800$) entre Ansiedade e Estresse total.

Em relação a análise com a escala de depressão, verificou-se que houve uma correlação de magnitude fraca ($0,200 \leq r < 0,400$) com a Aparência comportamento do bebê. Nos demais resultados entre as subescalas de estresse e depressão, a correlação foi classificada como moderada ($0,400 \leq r \leq 0,600$). Desta forma, há evidências de uma relação mais estreita entre as escalas de Ansiedade e de Estresse.

Mohamad Yusuff et al., (2016), Arrais, Araújo;(2017) enfatizaram que mães com ansiedade pré-natal tinham cerca de três vezes mais probabilidade de sofrer de depressão durante a gravidez. Os sintomas de ansiedade, assim como estresse e depressão devem ser analisados como fatores importantes desde o pré-natal. O diagnóstico e tratamento desses sintomas ainda na rede básica é de fundamental atenção, já que a internação em uma UN e o parto prematuro são considerados eventos que podem afetar o estado mental da mãe, suas representações mentais, percepções sobre o RN e a relação da díade mãe-bebê nos primeiros momentos após o parto (SIEWERT et al., 2016; TRUMELLO et al., 2018; FIGUEIREDO et al., 2019).

6.2.2 Correlação entre níveis de ansiedade e depressão

Comparando-se a escala de ansiedade com a de depressão, resultou na associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), o grupo sem ansiedade mostrou-se associado a ausência de sintomas de depressão, 56,7% ($n=17$), enquanto nos casos de ansiedade leve, 66,7% ($n=6$), e moderada, 100,0% ($n=15$) a associação ocorreu com a presença de depressão. Os dados são apresentados na Tabela 6, abaixo:

Tabela 6: Distribuição absoluta e relativa da escala de depressão e média e desvio padrão da escala de Estresse, segundo a classificação da Ansiedade e classificação depressão

Escalas	Ansiedade						P
	Sem (n=30)		Leve (n=9)		Moderada / grave (n=15)		
Depressão sintomatologia (n - %)							
Ausência de sintomas	17	56,7%	3	33,3%	0	0,0%	<0,001§
Presença de sintomas (>= 12)	13	43,3%	6	66,7%	15	100,0%	
Estresse (Média ± desvio padrão)							
Sons e Imagens	2,32b	±1,00	2,59b	±1,03	3,67a	±0,88	<0,001¥
Aparência Comportamento do bebê	2,75b	±1,06	3,34ab	±1,00	3,79a	±0,62	0,004¥
Alteração no papel de pai/mãe	3,99b	±1,02	4,31ab	±1,00	4,87a	±0,30	0,011¥
Total	2,95b	±0,91	3,39ab	±0,84	4,02a	±0,49	<0,001¥
Comparação entre depressão e estresse							
	Depressão						
	Ausência de sintomas (n=20)			Presença de sintomas (n=34)			
Estresse (Média – desvio padrão)							
Sons e Imagens	2,38	±1,07	2,95	±1,11			0,072¶
Aparência Comportamento do bebê	2,73	±1,11	3,37	±0,93			0,027¶
Alteração no papel de pai/mãe	3,94	±1,06	4,50	±0,81			0,035¶
Total	2,94	±0,98	3,55	±0,80			0,016¶

§: Teste Qui-quadrado de Pearson (Associação)

¥: Teste de Kruskal Wallis – Post Hoc Dunn (onde médias seguidas de letras iguais em cada variável comparada, não diferem a uma significância de 5%)

¶: Teste de Mann Whitney

Quando a classificação da escala de ansiedade foi comparada aos escores médios da escala de estresse verificou-se que, para sons e imagens o escore médio das investigadas com ansiedade moderada/grave (M=3,67 e DP=0,88) foi significativamente superior ($p < 0,001$) as médias dos grupos sem ansiedade (2,32±1,00) e ansiedade leve (M=2,59 e DP=1,03). Em relação ao estresse avaliado pela aparência e comportamento do bebê a diferença significativa ($p = 0,004$) ocorreu entre as classificações de ansiedade moderada/grave (M=3,79 e DP=0,62) e sem ansiedade (M=2,75 e DP=1,06). Resultado semelhante foi observado na subescala alteração no papel pai/mãe [moderada/grave: M=4,87 e DP=0,30 vs. sem ansiedade: M=3,99 e DP=1,02; $p = 0,011$]. Na comparação do escore médio do estresse total entre as classificações da ansiedade houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), de forma que, a média

das investigadas com ansiedade modera/grave (M=4,02 e DP=0,49) mostrou-se superior ($p<0,001$) a média do grupo sem ansiedade (M=2,95 e DP=0,91).

Os escores da escala de estresse, também, foram comparados a classificação da escala de depressão, e os resultados apontaram escores médios de estresse significativamente mais elevados nas investigadas com presença de sintomas para depressão na subescala aparência e comportamento do bebê [depressão sintomas – ausência: M=2,73 e DP=1,11 vs. presença: M=3,37 e DP=0,93; $p=0,027$]; alteração do papel pai/mãe [depressão sintomas – ausência: M=3,94 e DP=1,06 vs. presença: M=4,50 e DP=0,81; $p=0,035$] e total estresse [depressão sintomas – ausência: M=2,94 e DP=0,98 vs. presença: M=3,55 e DP=0,80; $p=0,016$]. Para o estresse referente a subescala sons e imagens foi detectada significância limítrofe ($0,05 < p < 0,100$), indicando tendência de que a média entre as investigadas com presença de sintomas de depressão pode estar mais elevada [depressão sintomas – ausência: M=2,38 e DP=1,07 vs. presença: M=2,95 e DP=0,80; $p=0,072$].

6.2.3 Resultados Significativos do Perfil da Amostra em Comparação com as Escalas de Ansiedade de Hamilton, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit - PSS: NICU

Tabela 7: Distribuição absoluta e relativa para aborto, natimorto, segundo a classificação da Ansiedade. E distribuição absoluta e relativa para problemas psiquiátricos segundo a classificação da escala de depressão

Escalas	Ansiedade						p
	Sem (n=30)		Leve (n=9)		Moderada / grave (n=15)		
	n	%	n	%	n	%	
Aborto²							
Sim	3	10,0	2	22,2	7	46,7	0,021‡
Não	27	90,0	7	77,8	8	53,3	
Natimorto							
Não	29	96,7	6	66,7	12	80,0	0,027‡
Sim	1	3,3	3	33,3	3	20,0	

² **Abortamento:** é a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500g e/ou estatura menor que 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo espontâneo ou induzido. **Aborto:** é o produto da concepção expulso no abortamento. **Natimorto:** Natimorto ou óbito fetal: é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (BRASIL, 2009).

Problema psiquiátrico	Depressão				
	Ausência de sintomas (n=20)	Presença de sintomas (n=34)			
Em algum momento da sua vida você teve algum problema psiquiátrico, como depressão ou ansiedade?					
Sim	7	35,0	21	61,8	0,056§
Não	13	65,0	13	38,2	

§: Teste Qui-quadrado de Pearson (Associação)

‡: Teste Exato de Fisher (Simulação de Monte Carlo)

As variáveis que caracterizaram o perfil das investigadas foram comparadas com as escalas de ansiedade, depressão e estresse. Quando foi considerada a classificação da escala de ansiedade, houve associação estatisticamente significativa com Aborto ($p=0,021$), onde as investigadas sem ansiedade, 90,0% ($n=27$), e com ansiedade leve, 77,8% ($n=7$), mostraram-se relacionadas a não ocorrência de aborto. No entanto, o grupo com ansiedade moderada/grave associou-se a ocorrência de aborto, 46,7% ($n=7$). Quando uma mulher sofre uma perda, ela pode expressar o sofrimento clinicamente significativo quando ela acontece e em se tratando de gravidez, imediatamente após a perda. Neste caso, pode experimentar ansiedade maior do que em mulheres grávidas pela primeira vez, ou em mulheres que tiveram uma gravidez normal (GIANNANDREA et al., 2013).

Todavia, a experiência psicológica da mulher frente ao aborto é particular, singular, isto é, as características pessoais envolvidas, as circunstâncias da vida, os relacionamentos no momento do aborto e outros eventos que estejam associados à gravidez são significativamente diferentes entre as mulheres (YAMAMOTO NOMURA et al., 2011).

A classificação da ansiedade, também, mostrou-se significativamente relacionada a natimorto, onde os casos que não apresentaram sintomas de ansiedade relacionaram-se a não ocorrência de natimorto, 96,7% ($n=29$) enquanto que aquelas apresentaram ansiedade leve e moderada/grave a associação ocorreu com a confirmação da situação de natimorto, com proporções de 33,3% ($n=3$) e 20,0% ($n=3$), respectivamente.

Considerando-se a classificação para a escala de depressão, foi identificado uma tendência de associação estatística significativa ($0,05 < p < 0,100$) em relação a problemas psiquiátricos ($p=0,056$), onde as investigadas classificadas com sintomas de depressão podem estar associadas a presença de problemas psiquiátricos, em algum momento da sua vida. No estudo de Reilly et al., (2019) foi observado que a trajetória das mães após a sua admissão em uma unidade materno infantil (UMI), constataram que do universo de 75 mulheres, 76% delas

tiveram um diagnóstico primário de transtorno de humor (principalmente episódio depressivo maior), 16% de transtorno de ansiedade e 8% de psicose puerperal. Além disso, 49 mulheres (65%) preencheram os critérios de ao menos um diagnóstico psiquiátrico; destes, 66% apresentaram o transtorno depressivo ou de ansiedade, dados que demonstram necessidade de planejamento durante a alta e acompanhamento a longo prazo.

6.2.4 Coeficiente de correlação de *Spearman* entre a subescala estresse e idade gestacional

Quando a idade gestacional foi comparada aos escores das escalas, houve resultado significativo com a subescala de estresse aparência comportamento do bebê. Foi detectada correlação positiva de magnitude fraca ($r_s = 0,286$; $p=0,036$), indicando que, elevados escores na aparência do bebê estão correlacionados a elevada idade gestacional.

Tabela 8: Coeficiente de correlação de *Spearman* entre a sub escala estresse e idade gestacional

Escala estresse	IDADE GESTACIONAL Total amostra (n=54)	
	$r_s^{\text{£}}$	P
Aparência Comportamento do bebê	0,286	0,036

£ Coeficiente de correlação de Spearman

6.2.5 Média e desvio padrão dos escores das escalas de ansiedade, depressão e estresse, segundo as classificações para número de gestações, natimorto, aborto, complicações na gravidez e problemas psiquiátricos.

Tabela 9: Média e desvio padrão dos escores das escalas de ansiedade, depressão e estresse, segundo as classificações para número de gestações, natimorto, aborto, complicações na gravidez e problemas psiquiátricos.

Variáveis com resultados significativos					
Escalas (Média ± desvio padrão)	Número de gestações				p
	Uma (n=20)	De 2 a 3 (n=13)		Quatro ou mais (n=21)	
Estresse altera papel pai/mãe	3,90b ±1,04	4,09ab	±1,10	4,79a ±0,39	0,005¥
Estresse Total	3,02b ±1,09	3,19ab	±0,93	3,69a ±0,57	0,050¥
Natimorto					
	Não (n=47)	Sim (n=7)			
Taxa ansiedade	16,87 ±9,76	24,00	±10,57		0,080¶

Estresse sons imagens	2,62 ±1,10	3,52 ±1,03	0,047¶
Aborto			
	Sim (n=12)	Não (n=42)	
Ansiedade	23,75 11,00	16,10 ±9,22	0,019¶
Sons e Imagens	3,22 ±0,87	2,60 ±1,15	0,091¶
Aparência Comportamento do bebê	3,76 ±0,48	2,96 ±1,09	0,017¶
Alteração no papel de pai/mãe	4,85 ±0,31	4,13 ±1,00	0,019¶
Total estresse	3,88 ±0,37	3,16 ±0,96	0,014¶
Complicações durante a gravidez			
	Sim (n=28)	Não (n=26)	
Sons e Imagens	3,04 ±0,95	2,42 ±1,21	0,038¶
Problemas psiquiátrico			
	Sim (n=28)	Não (n=26)	
Aparência Comportamento do bebê	3,37 ±0,94	2,88 ±1,09	0,083¶

‡: Teste de Kruskal Wallys – Post Hoc Dunn

¶: Teste de Mann Whitney

Os escores médios das escalas ainda se destacaram como resultados significativos, considerando-se o número de gestações. Os resultados apontaram escore médio significativamente mais elevado no grupo com quatro ou mais gestações, quando comparado aos casos com uma gestação para alteração no papel pai/mãe [gestações – uma: M=3,90 e DP=1,04 vs. de 2 a 3: M=4,09 e DP=1,10 vs. quatro ou mais: M=4,79 e DP=0,39; p=0,005] e estresse total [gestações – uma: M=3,02 e DP=1,09 vs. de duas a três: M=3,19 e DP=0,93 vs. quatro ou mais: M=3,69 e DP=0,57; p=0,050]. Ou seja, o grupo com o maior número de gestações relacionou-se ao escore médio para o estresse significativamente mais elevado.

No estudo de Brito (2015), a multiparidade foi associada a um aumento de prevalências de variáveis como, depressão, violência, estresse e baixo apoio social, no entanto os valores referentes às duas últimas variáveis foram duas vezes maiores nas múltiparas do que nas primíparas, indicando de forma similar o aumento do estresse nessa população.

Faisal-Cury e Menezes (2006) em estudo sobre ansiedade no puerpério, utilizaram o STAIT (*Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*), para avaliação de ansiedade puerperal e identificaram que as mães múltiparas apresentaram índice maior de ansiedade que as primíparas. A ansiedade puerperal-traço se associou com maior faixa etária (OR: 0,34; IC 95%: 0,13 - 0,88, p=0,008), ao passo que ansiedade puerperal-estado se associou com maior número de filhos vivos (OR:1,82; IC 95: 1,01 - 3,29, p=0,04). Concluíram com o estudo que

maior renda e maior faixa etária da mulher diminuem o risco para a ansiedade gestacional, enquanto a presença de intercorrências com o RN e maior número de filhos vivos aumentam esse risco. A presente pesquisa não apresentou significância para o número de filhos e sintomas de ansiedade nessa escala.

Na pesquisa realizada por Ionio et al., (2019) em que envolveu 43 mães e 38 pais da UN, o estresse mais elevado surgiu nos pais mais jovens (21 a 49) e as mães obtiveram maior nível de estresse em comparação com os pais nas três subescalas (sons e imagens, comportamento e aparência do bebê e alteração no papel dos pais) quanto na pontuação total de estresse.

Os dados referentes ao natimorto, mostrou-se representativos em relação a subescala sons e imagens [natimorto – sim: $M=3,52$ e $DP=1,03$ vs. não: $M=2,62$ e $DP=1,10$; $p=0,047$], onde as participantes que relataram a ocorrência de natimorto apresentaram escores médios significativamente maiores. Ainda não foi detectada diferença significativa entre mães que tiveram o bebê natimorto e as que não tiveram em outra situação de parto, entretanto, as médias foram mais elevadas nas mães que já tiveram bebê natimorto, o que pode revelar que o estresse é mais elevado nesse grupo quando avaliadas na subescala sons e imagens.

Pesquisas sugerem aumento dos sintomas de ansiedade e depressão durante e após a gravidez em mulheres com história anterior de aborto espontâneo ou natimorto, embora muitos desses estudos sejam conduzidos em populações de baixa renda (BLACKMORE et al., 2011; GIANNANDREA et al., 2013)

Quando os escores médios das escalas foram comparados ao aborto, foram detectados resultados estatisticamente significativos, indicando médias mais elevadas no grupo de investigadas que confirmou a ocorrência de aborto, na taxa de ansiedade [aborto – sim: $M=23,75$ e $DP=11,00$ vs. não: $M=16,10$ e $DP=9,22$; $p=0,019$], aparência comportamento bebê [aborto – sim: $3,76 \pm 0,48$ vs. não: $M=2,96$ e $DP=1,09$; $p=0,017$], alteração no papel pai/mãe [aborto – sim: $M=4,85$ e $DP=0,31$ vs. não: $M=4,13$ e $DP=1,00$; $p=0,019$] e total estresse [aborto – sim: $M=3,88$ e $DP=0,37$ vs. não: $M=3,16$ e $DP=0,96$; $p=0,014$]. A correlação não foi significativa entre as mulheres que já sofreram aborto e as que não sofreram.

Nas informações sobre complicações na gravidez, esta se mostrou representativa para o estresse sons e imagens, onde a média deste tipo de estresse foi significativamente superior ($p=0,038$) no grupo que afirmou ter complicações ($M=3,04$ e $DP=0,95$), quando comparado aquelas investigadas que não tiveram complicações ($M=2,4$ e $DP=1,21$). O estresse que consiste em reações psicofisiológicas complexas pode ser agravado por complicações e

doenças neonatais, estressores ambientais da UTIN e pela própria internação hospitalar (STÜBE et al., 2018 BRITO, 2015).

Sobre a presença de problemas psiquiátricos, os resultados apontaram que não havia diferença estatisticamente significativa ($p=0,083$) sobre o estresse aparência comportamento do bebê, de forma que, as puérperas que relataram a presença de problemas psiquiátricos ($M=3,37$ e $DP=0,94$) o escore médio do estresse pode estar se mostrando elevado em relação ao grupo das mães que informou não ter tido problemas na gestação ($M=2,88$ e $DP=1,09$). Para Rai; Pathak; Sharma, (2015) e Siewert et al., (2016) antecedentes psiquiátricos podem influenciar para aumento dos sintomas de estresse no pós-parto, por ser um período exigente, caracterizado por enormes mudanças biológicas, físicas emocionais.

6.2.6 Comparação entre Ansiedade, Estresse e Depressão segundo a Situação Conjugal.

Tabela 10: Média e desvio padrão dos escores das escalas de ansiedade, depressão e estresse, segundo a situação conjugal. Distribuição absoluta e relativa para a ansiedade e depressão segundo a situação conjugal

Escalas (Média ± desvio padrão)	Situação conjugal						p
	Muito conflituosa (n=4)		Um pouco conflituosa (n=20)		Nada conflituosa (n=23)		
Ansiedade	31,25a	±7,85	19,20b	±9,64	14,61b	±8,55	0,004¥
Estresse							
Sons e Imagens	3,79a	±1,01	3,14b	±0,95	2,34c	±1,08	0,008¥
Alteração no papel de pai/mãe	4,79	±0,32	4,61	±0,46	4,10	±1,09	0,089¥
Total estresse	3,70	±0,69	3,65	±0,72	3,08	±0,98	0,083¥
Depressão	19,50	±5,32	13,60	±4,48	10,87	±4,96	0,005¥
Taxa de ansiedade (n - %)							
Sem	0	0,0	13	65,0	14	60,9	<0,001‡
Leve	0	0,0	0	0,0	7	30,4	
Moderada/grave	4	100,0	7	35,0	2	8,7	

¥: Teste de Kruskal Wallis – Post Hoc Dunn (onde médias seguidas de letras iguais em cada variável comparada, não diferem a uma significância de 5%)

¶: Teste de Mann Whitney

‡: Teste Exato de Fisher (Simulação de Monte Carlo)

A variável situação conjugal, impactou de forma representativa sobre os escores médios das escalas. Verificou-se que a ansiedade foi significativamente maior (0,004) entre as participantes com situação muito conflituosa ($31,25\pm 7,85$) que nos casos com situação conjugal pouco conflituosa ($10,20\pm 9,64$) e nada conflituosa ($14,61\pm 8,55$). Na revisão

sistemática realizada por Costa, Cenci e Mosmann; (2016), os conflitos conjugais decorrem da interação de pessoas que almejam compartilhar um projeto de vida juntos, portanto precisarão negociar e discutir diferentes pontos de vista até chegar em um ponto comum. Para muitos indivíduos casados, os altos e baixos da vida diária estão conectados de tal forma que os estressores que afetam uma pessoa também afetam a outra, ou seja o estresse experimentado por um indivíduo pode impactar negativamente o funcionamento conjugal, o estresse vivenciado pela internação hospitalar do bebê pode resultar em uma vulnerabilidade maior do casal (TIMMONS; REOUT; MARGOLIN, 2017).

Ao comparar a situação conjugal a classificação da ansiedade, novamente a diferença significativa se configurou ($p < 0,001$), apontando que, os casos com situação muito conflituosa mostraram-se associados a ansiedade moderada/grave, 100,0% ($n=4$); enquanto, as investigadas onde a situação foi um pouco, 65,0% ($n=13$); e nada conflituosa, 60,9% ($n=14$); a associação significativa ocorreu com a ausência de ansiedade. O suporte social assume grande importância no período puerperal, reduzindo os sintomas de ansiedade, estresse e depressão (AIROSA; SILVA, 2013). Para Viera et al., (2010) o apoio social recebido e percebido pelas pessoas que são importantes para a puérpera auxilia a enfrentar as situações de estresse, mantendo a saúde mental materna e ajudam na relação mãe-bebê.

Houve diferença estatística significativa nos resultados sobre o estresse na subescala sons e imagens ($p=0,008$), apresentaram situação muito conflituosa o grupo maior nível de estresse ($3,79 \pm 1,01$), em relação o grupo de situação pouco conflituosa ($3,14 \pm 0,95$), que por sua vez teve um nível de estresse mais elevado comparando aquelas de situação nada conflituosa ($2,34 \pm 1,08$). No que se refere ao estresse total ($p=0,083$) e alteração no papel pai/mãe ($p=0,089$) os resultados demonstram que de acordo com a situação conjugal o estresse total pode ser maior, mas não há diferenças significativas do ponto de vista estatístico, apenas que os casais com relações mais conflituosas apresentam níveis mais elevados de estresse.

Quando a depressão foi comparada a situação conjugal, verificou-se que, o escore médio de depressão foi significativamente mais elevado ($p=0,005$) nas investigadas com situação muito conflituosa ($19,50 \pm 5,32$) quando comparado aos casos com situação conjugal pouco ($13,60 \pm 4,48$) e nada conflituosa ($10,87 \pm 4,96$). O estudo de Mendonça, Bussab e Siqueira, (2013) mostrou associações significativas no sentido da influência da DPP em relação ao conflito conjugal, sendo relevante para compreensão e origem da DPP. Conflito conjugal e apoio social em relação em relação ao período da gravidez e do puerpério são

importantes para determinar práticas preventivas em relação a DPP, o que sugere maior atenção por profissionais da área da saúde.

7. CONSIDERAÇÃO FINAIS

Na constituição deste estudo verificou-se elevados níveis de estresse, ansiedade e depressão pós-parto em mães que vivenciaram o processo de internação hospitalar de seus filhos em UNs. Além de investigar os níveis das variáveis psicológicas citadas, a pesquisa também teve como objetivos descrever o perfil sociodemográfico e correlacioná-lo com a sintomatologia de estresse, ansiedade e DPP.

Apresentaram aspectos relevantes, mais da metade das participantes que referiram complicações durante a gravidez, dentre as quais destacaram: infecção urinária e eclampsia, o que favoreceu o nascimento prematuro. A maior parte das entrevistadas responderam não ter planejado a gravidez. Relataram, ter tido problemas psiquiátricos anteriormente à gestação atual, porém sem motivação e acesso aos serviços de saúde mental.

Observou-se índices elevados de estresse associados à subescala “alteração no papel de pai e mãe”. Esse dado reflete a importância de se discutir em equipe as melhores formas de promover a adaptação da família a essa nova fase, respeitando as suas peculiaridades.

Sobre sintomas de ansiedade a maioria não apresentou dados significativos, no entanto as mães evidenciaram sintomas de intensidade moderada a grave, dessa forma o apoio às mães no período de internação em unidade neonatal deve ser ofertado como forma de amenizar as reações sofridas neste período. Notou-se que as expectativas e incertezas do processo de internação hospitalar exacerbam os sentimentos de ansiedade, isto é indicativo de intervenções clínicas e psicológicas que podem ser trabalhadas ao longo da permanência da família no hospital.

A sintomatologia depressiva foi relatada pela maioria das mães, sendo o parto prematuro, ambiente desconhecido, alterações hormonais do pós-parto indicativos de maior vulnerabilidade nessas mulheres. Ressalta-se a importância do acompanhamento psicológico bem como da equipe médica, sendo necessária uma intervenção cuidadosa nos primeiros contatos da relação estabelecida entre mãe e bebê na UTIN.

Quanto aos dados do perfil sociodemográfico em relação a sintomatologia de estresse, ansiedade e DPP, houve associação estatisticamente significativa nas variáveis aborto e natimorto, sendo apresentada nas puérperas com ansiedade moderada a grave. Denota-se que as mães que sofreram aborto/natimorto em gestação anterior, possuíam maiores chances de apresentar ansiedade moderada a grave nesses contextos. O grupo com o maior número de gestações relacionou-se ao escore médio para o estresse significativamente mais elevado.

A interação mãe-bebê, a proximidade e o cuidado estabelecidos, desempenham um importante papel para a relação precoce. Na UTIN, essas condições estão entrelaçadas com reações emocionais e situacionais, a saber: sentimento de culpa pelo estado clínico do RN; separação precoce entre mãe-bebê; sentimento de perda do papel parental por não estarem realizando os cuidados integralmente a criança, além das contingências estabelecidas pelas avaliações da equipe em relação a essa interação.

Deve-se ressaltar que os instrumentos utilizados na pesquisa contribuíram para o estudo, entretanto verifica-se a necessidade de instrumentos específicos na área que avaliem a percepção de suporte social, visto que esta variável pode ser considerada como umas das formas de enfrentamento de sintomas psicológicos que podem se manifestar no período puerperal.

Apesar dos dados apontarem o que a literatura na área descreve sobre os aspectos no período do pós-parto e nos primeiros momentos de vida do bebê em uma UN, a pesquisa apresentou algumas limitações. Nesse sentido, poderia ter avaliado e estabelecido comparações nos momentos distintos dessas mães, por exemplo, na admissão, durante a internação e no período da alta. Desta forma poderíamos acompanhar o processo de internação mãe-bebê, observando a evolução clínica e psicológica dos envolvidos.

Por sua vez, é importante que a instituição incentive e reforce para as famílias a lei do acompanhante (nº 11.108, de 7 de abril de 2005) que ampara e garante às parturientes o direito à presença de alguém de sua rede de apoio durante o trabalho de parto, o parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS.

Estar informado não significa necessariamente conhecer e sim tomar medidas e decidir fazer, ao se avaliar a necessidade de internação do RN em uma unidade neonatal, o pai e a mãe não são visitas e sim parte fundamental do processo para garantia do restabelecimento da saúde do bebê, dessa forma os pais possuem livre acesso a UN, fortalecendo a vinculação com o bebê como preconizado pelo MC. A existência do método também facilita a rede social de apoio da mãe à medida que considera cada RN com as suas individualidades, então a equipe poderia estabelecer junto à família a visita dos avós e irmãos do RN, dessa forma a união familiar seria fortalecida e os pais encorajados e motivados para enfrentar a internação.

Ao considerar a atuação da equipe multiprofissional, ressalta-se que o serviço de psicologia acompanha a parturiente desde a internação a alta hospitalar, sendo de grande importância no processo, assim a instituição deveria estabelecer a quantidade de profissionais adequados para a cobertura de todos os leitos hospitalares. Assim os profissionais psicólogos

podem acolher as famílias, orientar sobre aspectos institucionais, proporcionar momentos de escuta, realizar rodas de conversa e favorecer a comunicação entre a tríade família, equipe e paciente. Durante a entrevista, percebeu-se que as mães ao relatarem suas experiências e sentimentos, muitas vezes demonstraram alívio e conforto ao fazerem, essa constatação é relevante para a equipe de saúde investir cada vez mais em acolhimento e promoção da saúde no ambiente neonatal.

O Estado também deve estar atento a essas nuances aqui relatadas anteriormente e capacitar a equipe multiprofissional para viabilizar a estrutura mínima ou necessária ao funcionamento do serviço. O monitoramento e avaliação sistemáticas das políticas públicas implantadas pelo sistema de saúde na área neonatal deve ser realizado pois são ferramentas indispensáveis para melhor orientar a tomada de decisão, seja para continuidade ou para mudanças dos projetos.

Em suma, os dados obtidos são indicativos e convites explícitos para os profissionais de saúde e a instituição atuarem nesses desafios e implicações na prática na área neonatal. Os investimentos pela promoção e proteção da saúde e tratamentos, bem como a prevenção de doenças e seus agravos, podem educar e ajudar essa população a mudar os comportamentos de forma a reduzir a incidência de sintomas psicológicos e ou psiquiátricos.

8. REFERÊNCIAS³

AIROSA, S.; SILVA, I. Associação Entre Vinculação, Ansiedade, Depressão, Stresse E Suporte Social Na Maternidade. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 14, n. 1, p. 64–77, 2013.

ALKOZEI, A.; MCMAHON, E.; LAHAV, A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 27, n. 17, p. 1738–1743, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM5-Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. [s.l.] Artmed Editora, 2014a.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014b.

ANDRADE, R. D. et al. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 181–186, 2015.

ARRAIS, A. DA R.; ARAUJO, T. C. C. F. DE. c. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 19, n. 1, p. 103–116, 2016.

ARRAIS, A. DA R.; ARAÚJO, T. C. C. F. DE. Depressão pós-parto: Uma Revisão Sobre Fatores de Risco e Proteção. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 18, n. 3, p. 828–839, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério Brasil. 2013.

AZZI, S. G. F.; KERNKRAUT, A. M. Atuação em gestão de risco e parto prematuro. In: **O psicólogo no hospital: da prática assistencial à gestão de serviço**. São Paulo: Blucher, 2017. p. 496.

BALBINO, F. S. et al. Parent's support group as a transforming experience for families at a neonatal unit. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 297–302, 2015.

BALTAZAR, D. V. S.; GOMES, R. F. DE S.; CARDOSO, T. B. D. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. **Revista da SBPH**, v. 13, n. 1, p. 02–18, 2010.

BARROS, M. V. V.; AGUIAR, R. S. Perfil Sociodemográfico E Psicossocial De

³ 1ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT, 2017): Estrutura de trabalhos acadêmicos segundo a ABNT NBR 14.724, adotadas pela FAPSI/UFAM.

Mulheres Com Depressão Pós-Parto: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 59, p. 122–139, 2019.

BATISTA, D. R. R.; GUGELMIN, S. A.; MURARO, A. P. Prenatal follow-up of Haitian and Brazilian women in Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 18, n. 2, p. 317–326, 2018.

BELTRAMI, L.; BRAGAN, A.; RAMOS, A. P. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil Maternal. **Distúrb Comun**, v. 25, n. 2, p. 229–239, 2013.

BLACKMORE, E. R. et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. **British Journal of Psychiatry**, v. 198, n. 5, p. 373–378, 2011.

BOWLBY, J. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico: Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. [s.l: s.n.].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Apice on-Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia. v. 1, n. 9, p. 50, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. 2. ed. Brasília: [s.n.].

BRASIL, M. DA S. 10 Passos Para o Cuidado NeoNatal – Versão Completa. **Secretaria de Atenção Primária. Estratégia QualiNEO.**, p. 11, 2017.

BRITO, L. M. D. Estresse, violência, depressão e baixo suporte social durante a gestação e sua associação com parto pré-termo: avaliação de coorte de pré-natal em Ribeirão Preto. 2015.

BRUM, E. H. M. DE. Depressão Pós-Parto: Discutindo O Critério Temporal Do Diagnóstico. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 17, n. 2, p. 92–100, 2017.

BUARQUE, V. et al. The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 4, p. 295–301, 2006.

CAMPOS, B. C. DE; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão Pós-Parto Materna:

Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 483, 2015.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 2, p. 500–510, 2014.

CARNIER, L. E.; RODRIGUES, O. M. P. R.; PADOVANI, F. H. P. Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, n. 3, p. 315–325, 2012.

CASTILLO, R. A. et al. Castillo et al 2000 - Transtornos de ansiedade e transtornos de ansiedade. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 22–25, 2000.

CAVALCANTI, P. C. DA S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, v. 23, n. 4, p. 1297–1316, 2013.

CHAMBERS, E. et al. The self-management of longer-term depression: Learning from the patient, a qualitative study. **BMC Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 1–16, 2015.

CHAVES, L. B. et al. Stress in college students: blood analysis and quality of life. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 12, n. 1, p. 20–26, 2017.

CHEMELLHO, M. R.; LEVANDOWSKI, D. C.; DONELLI, T. M. S. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. **Interação em Psicologia**, v. 21, n. 1, 2017.

CHERRY, A. et al. Postpartum depression screening in the Neonatal Intensive Care Unit: program development, implementation, and lessons learned. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 9, p. 59, fev. 2016a.

CHERRY, A. S. et al. The contribution of maternal psychological functioning to infant length of stay in the Neonatal Intensive Care Unit. **International Journal of Women's Health**, v. 8, p. 233–242, 2016b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CONTIM, D. Artigo Original. **Rev. Enfermagem Atenção Saúde**, v. 34, n. 104, p. 31–38, 2017.

CORRÊA, A. R. et al. The family-centered care practices in newborn unit nursing perspective. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 629–634, 2015.

CORRÊA, H. et al. Postpartum depression symptoms among Amazonian and

Northeast Brazilian women. **Journal of Affective Disorders**, v. 204, 2016.

CORREA, M. S. et al. Women's Perception Concerning Health Care in the Post-Partum Period: A Meta-Synthesis. **Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 04, n. 07, p. 416–426, 2014.

COSTA, C. B.; CENCI, C. M. B.; MOSMANN, C. P. Conflito Conjugal e Estratégias de Resolução: Uma Revisão Sistemática da Literatura. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 325–338, 2016.

COSTA, M. C. G. DA; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 698–704, 2011.

CUSTODIO, N. et al. Discharge from the neonatal intensive care unit and care at home: an integrative literature review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 984–991, 2014.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática: para psicologia usando SPSS para Windows**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

DANTAS, M. Symptoms of anxiety and depression in mothers of hospitalized premature infants. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 6, n. 2, p. 279–287, 2012.

DANTAS, M. M. C. et al. Symptoms of anxiety and depression in mothers of hospitalized premature infants. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 6, n. 2, p. 279, 2012.

DE SOUZA, A. M. V.; PEGORARO, R. F. Saúde & Transformação Social O psicólogo na UTI neonatal : revisão integrativa de literatura. **Saúde e Transformação Social**, v. 8, n. 1, p. 117–128, 2017.

DIB, E. P. c. **Dissertação de Mestrado**, p. 82, 2016.

ERICKSON, N.; JULIAN, M.; MUZIK, M. Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother–infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. **International Review of Psychiatry**, v. 31, n. 3, p. 245–263, 2019.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: Prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 28, n. 3, p. 171–178, 2006.

FAVARO, M. DE S. F.; PERES, R. S.; SANTOS, M. A. DOS. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. **Psico-USF**, v. 17, n. 3, p. 457–465, 2012.

FERNANDES, J. N. et al. Avaliação do nível estresse de mães de pré-termo em hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1471, 2015.

FERNANDES, J. N. et al. Avaliação do nível estresse de mães de pré-termo em

hospital universitário/ Evaluation of the stress level of preterm mothers in a university hospital. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1471, 2016.

FERREIRA, A. P. et al. Fatores Associados Ao Número De Consultas Pré-Natais De Mulheres Tabagistas E Não Tabagistas Atendidas Em Hospitais De Porto Alegre (Rs), Brasil. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 2, p. 161–178, 2016.

FIGUEIRA, P. et al. Escala de depresión post-natal de edimburgo para tamizaje en el sistema público de salud. **Revista de Saude Publica**, v. 43, n. SUPPL. 1, p. 79–84, 2009.

FIGUEIREDO, J. A. DE P. E. et al. Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 259, n. August, p. 392–403, 2019.

FLORES, M. R. et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 348–360, 2013.

FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. Depressão pós-parto. **PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde**, p. 1–36, 2013.

FRAGA, D. A. DE et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 33–41, 2008.

FREITAS, M. E. S. DE; SILVA, F. P. DA; BARBOSA, L. R. Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. **Revista Brasileira Ciências da Saúde - USCS**, v. 14, n. 48, 2016.

FRIEDMAN, S. H. et al. Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit. p. 392–397, 2013.

GARFIELD, L. et al. Risk factors for Postpartum Depressive Symptoms in Low-Income Women with Very Low Birth Weight Infants. **Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses**, v. 15, n. 1, p. 1–12, 2015.

GHADERY-SEFAT, A. et al. Relationship between parent–infant attachment and parental satisfaction with supportive nursing care. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 21, n. 1, p. 71, 2016.

GIANNANDREA, S. A. M. et al. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. **Journal of Women's Health**, v. 22, n. 9, p. 760–768, 2013.

GROSIK, C. Identification of Internal and External Stressors in Parents of Newborns in Intensive Care. **The Permanente Journal**, v. 17, n. 3, p. 36–41, 2013.

GROSS, J. J. The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review.

Review of General Psychology, v. 2, n. 3, p. 271–299, 1998.

GUIDOLIN, B. L.; CÉLIA, S. A. H. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 80–86, 2011.

HAMILTON, M. A. X. The assessment of anxiety states by rating. **British journal of medical psychology**, v. 32, n. 1, p. 50–55, 1959.

HARRIS, R. et al. Maternal Mental Health During the Neonatal Period: Relationships to the Occupation of Parenting Rachel. **Physiology & behavior**, v. 176, n. 5, p. 139–148, 2017.

HARTMAN JUNIOR, J. A. S. et al. Estados ansiosos e depressivos de idosas institucionalizadas. **Revista de Neurobiologia**, v. 77, n. 1, 2012.

HILDEBRANDT, F. M. P. Depressão Pós-Parto: Aspectos Epidemiológicos E Proposta De Tratamento Cognitivo-Comportamental. **Tese de doutorado**, p. 149, 2013.

HUHTALA, M. et al. Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5-year-old preterm children. **Early Human Development**, v. 90, n. 3, p. 119–124, 2014.

IONIO, C. et al. Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: Identifying risk factors for early interventions. **Primary Health Care Research and Development**, v. 20, p. 1–7, 2019.

JOAQUIM, R. H. V. T.; SILVESTRINI, M. S.; MARINI, B. P. R. Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 1, p. 145–150, 2014.

KEGLER, J. J. et al. Stress in Parents of Newborns in a Neonatal Intensive Care Unit. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. 1–6, 2019.

KLAUS, M.; KENNELL, J. **Pais/Bebê: a formação do apego**. [s.l.] Artes Médicas, 1993.

KUMMER, A.; CARDOSO, F.; TEIXEIRA, A. L. Generalized anxiety disorder and the Hamilton Anxiety Rating Scale in Parkinson's disease. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 68, n. 4, p. 495–501, 2010.

LAMOUNIER, J. A. et al. Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, p. 486–493, 2019.

LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em**

psicoterapia. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LEAL, M. DO C. Childbirth and birth in Brazil: An evolving scenario. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 5, p. 1–3, 2018.

LIMA, L. G.; SMEHA, L. N. The experience of maternity to the baby hospitalization in the icu: A roller coaster of emotions. **Psicologia em Estudo**, v. 24, p. 1–14, 2019.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 4, p. 369–379, 2011.

LORICCHIO, T. M. B.; LEITE, J. R. Estresse, ansiedade, crenças de autoeficácia e o desempenho dos bacharéis em Direito. **Avaliação Psicológica**, v. 11, n. 1, p. 37–47, 2012.

LUCCI, T. K. et al. Maternal depression and offspring's cortisol concentrations in a Brazilian sample. **Psico**, v. 47, n. 2, p. 140–47, 2016.

MACEDO, L. S. R. DE; SPERB, T. M. Regulação de Emoções na Pré-Adolescência e Influência da Conversação Familiar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 2, p. 133–140, 2013.

MACHADO, J. R. U. et al. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de edimburgo. **Revista chilena obstetricia ginecologia**, v. 75, n. 5, p. 312–320, 2010.

MAIA, J. M. A.; DA SILVA, L. B.; FERRARI, E. DE A. S. A relação da família com crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 2, 22 dez. 2014.

MANENTE, M. V.; PIAZENTIN, O. M.; RODRIGUES, R. Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. **Pensando Famílias**, v. 20, n. 1, p. 99–111, 2016.

MARIA, O.; CARVALHO, C. Fatores associados ao near miss e óbito neonatais em maternidade pública de referência. v. 20, n. 3, p. 851–862, 2020.

MARQUES, C. R. DE G. M. et al. Metodologia Canguru: benefícios para o recém-nascido pré-termo. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 3, n. 3, p. 65–78, 2016.

MELO, A. C. M.; DA SILVA, G. D. M.; GARCIA, L. P. Mortalidade de homens jovens por agressões no Brasil, 2010-2014: Estudo ecológico. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 11, p. 2010–2014, 2017.

MELO, R. A. DE et al. Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Id on line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.

10, n. 87, p. 88–103, 2016.

MELO, E. F. et al. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 1204–1208, 2012.

MENDELSON, T. et al. NICU-based Interventions To Reduce Maternal Depressive and Anxiety Symptoms: A Meta-analysis. **Review Article Pediatrics**, v. 139, n. 3, 2017.

MENDONÇA, J. S. DE; BUSSAB, V. S. R.; SIQUEIRA, J. DE O. Depressão pós-parto e conflito conjugal estudo longitudinal das associações bidirecionais em famílias de baixa renda Postpartum depression and marital conflict a longitudinal study of bidirectional associations in low-income families. **Psico**, v. 44, n. 4, p. 581–589, 2013.

MIRANDA, M. et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil : The Birth in Brazil National Research Study , 2011 / 2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p. 159–167, 2016.

MOLERO, K. L. et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 79, n. 4, p. 294–304, 2014.

MORAIS, M. DE L. S. E et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 40–50, 2015.

MOREIRA, M. E. L.; BOMFIM, O. L. O bebê e sua família na UTI neonatal. In: **Quando a vida começa diferente: um bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 194.

O’HIGGINS, M. et al. Mother-child bonding at 1 year; Associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. **Archives of Women’s Mental Health**, v. 16, n. 5, p. 381–389, 2013.

PADOVANI, F. H. P. et al. Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates’ mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 251–254, 2004.

PALHARES, M. B. Prematuridade : Uma Revisão Atualizada Dos Aspectos Clínicos , Epidemiológicos E Terapêutica. v. 12, p. 58–68, 2015.

PARK, J. et al. Effects of Psychological Distress on Mothers’ Feeding of Their Preterm Infants...28th Annual. **Nursing Research**, v. 65, n. 2, p. E67–E67, 2016.

PINEDA, R. et al. Parent participation in the neonatal intensive care unit: Predictors and relationships to neurobehavior and developmental outcomes. **Early Human**

Development, v. 117, n. December 2017, p. 32–38, 2018.

PINTO, T. M. et al. Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 93, n. 5, p. 452–459, 2017.

RABELLO, M. S. DO C.; BARROS, S. M. O. DE. Clinical and epidemiological aspects of prematurity in a Normal Delivery Center, São Paulo, Brazil. **Einstein (São Paulo)**, v. 9, n. 4, p. 483–488, 2011.

RAI, S.; PATHAK, A.; SHARMA, I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 57, n. July 2015, p. 216–221, 2015.

RAMEZANI, S. et al. The effect of cognitive-behavioural and solution-focused counselling on prevention of postpartum depression in nulliparous pregnant women. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 35, n. 2, 2017.

RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. DE. Maternal coping with baby hospitalization at a neonatal intensive care unit. **Paideia**, v. 27, n. 67, p. 10–19, 2017.

REILLY, N. et al. Trajectories of clinical and parenting outcomes following admission to an inpatient mother-baby unit. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 1–10, 2019.

RENNÓ JUNIOR, J.; ROCHA, R. Depressão gestacional e pós-parto. In: QUEVEDO, J.; NARDI, A. E.; DA SILVA, A. G. (Eds.). . **Depressão: Teoria e Clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 248.

RODRIGUES, O. M. P. R.; NOGUEIRA, S. C. Práticas Educativas e Indicadores de Ansiedade, Depressão e Estresse Maternos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 1, p. 35–44, 2016.

ROSO, C. C. et al. Vivências de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 47–54, 2014.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 274–280, 2007.

SANCHEZ, M.B.L.M; CARPES, A. D. . UTI neonatal: cuidando da família e do recém-nascido. In: **Psicologia Hospitalar: Como eu Faço?** Curitiba: Juruá, 2017. p. 168.

SANTOS, A. DA S. et al. Papel Materno Durante A Hospitalização Do Filho Na Unidade De Terapia Intensiva Neonatal. p. 1–12, 2019a.

SANTOS, S. et al. Educação em saúde na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, p. 88–27, 2019b.

SEGRE, L. S. et al. Depression and anxiety symptoms in mothers of newborns

hospitalized on the neonatal intensive care unit. **Nursing Research**, v. 63, n. 5, p. 320–332, 2014.

SEGRE, L. S.; BROCK, R. L.; HARA, M. W. O. Emotional distress in mothers of preterm hospitalized infants : a feasibility trial of nurse-delivered treatment. n. August, p. 924–928, 2013.

SHAW, R. J. et al. Screening For Symptoms Of Postpartum Traumatic Stress In A Sample Of Mothers With Preterm Infants. v. 35, n. 3, p. 198–207, 2014.

SIEWERT, R. C. et al. Implementation of an Innovative Nurse-Delivered Depression Intervention for Mothers of NICU Infants. v. 15, n. 2, p. 104–111, 2016.

SILK, J. S. et al. Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 47, n. 1, p. 69–78, 2006.

SILVA, H. C. DA et al. Sintomas Psicofuncionais e Depressão Materna: Um Estudo Qualitativo. **Psico-USF**, v. 23, n. 1, p. 59–70, mar. 2018.

SOARES, A. A. et al. ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO. In: **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Artmed ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Prevenção da prematuridade uma intervenção da gestão e da assistência. **Departamento Científico de Neonatologia Presidente**, v. 2, p. 1–6, 2017.

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102–108, 2010.

SOUZA, S. R. Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU). **Dissertação de Mestrado**, p. 125, 2009.

SPSS. **Statistical Package for Social Sciences versão 25.0** Chicago USA, 2018.

STÜBE, M. et al. Níveis de estresse de pais de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 19, p. 3254, 2018.

TAHIRKHELI, N. N. et al. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: Current perspectives. **International Journal of Women's Health**, v. 6, p. 975–987, 2014.

TIMMONS, A. C.; REOUT, A.; MARGOLIN, G. Daily Patterns of Stress and Conflict in Couples: Associations with Marital Aggression and Family-of-Origin Aggression. **Physiology & behavior**, v. 176, n. 3, p. 139–148, 2017.

TREYVAUD, K. et al. Parental mental health and early social-emotional development

of children born very preterm. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 35, n. 7, p. 768–777, 2010.

TRUMELLO, C. et al. Mothers' depression, anxiety, and mental representations after preterm birth: A study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. **Frontiers in Public Health**, v. 6, n. DEC, p. 1–9, 2018.

VERONEZA, M. et al. Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, p. 8, 2017.

VICENTE, S. R. C. R. M. et al. Maternal stress, anxiety, depression and coping in congenital anomaly. **Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 104–116, 2016.

VIERA, C. S. et al. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 11–19, 2010.

VIGOD, S. N.; VILLEGAS, L.; DENNIS, C. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. p. 540–550, 2010.

WERNET, M. et al. Reconhecimento materno na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 228–234, 2015.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: Updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

WILLIAMS, K. E.; KOLEVA, H. Identification and Treatment of Peripartum Anxiety Disorders. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 45, n. 3, p. 469–481, 2018.

WINNICOTT, D. **A Família e o Desenvolvimento Individual**. [s.l.] Interlivros, 1980.

WOODWARD, L. J. et al. Very preterm birth: Maternal experiences of the neonatal intensive care environment. **Journal of Perinatology**, v. 34, n. 7, p. 555–561, 2014.

WOOLHOUSE, H. et al. Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: Implications for primary health care. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 122, n. 3, p. 312–321, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and Other Common Mental Disorders. **Institutes Health of National**, n. 1, p. 1–22, 2017.

XIMENES, C. R. Transtornos de ansiedade: importância da avaliação psicológica no diagnóstico e tratamento. **Revista Uni-RN**, v. 18, p. 121–138, 2018.

YAMAMOTO NOMURA, R. M. et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 6, p. 644–650, 2011.

ZAMIGNANI, D. R.; ALVES BANACO, R. Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 077–092, 2005.

ZIRPOLI, D. B. et al. Benefits of the Kangaroo Method: An Integrative Literature Review / Benefícios do Método Canguru: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 2, p. 547, 2019.

9. SESSÃO DE ARTIGO

O seguinte estudo teórico – **Depressão pós-parto em Mães de Prematuros: Uma revisão da literatura** – que compõe a sessão teórica, encontra-se formatado nas normas de referência da revista a qual está sendo submetido.

Depressão pós-parto em Mães de Prematuros: Uma revisão da literatura

Postpartum depression in mothers of premature babies: a literature review

Depresión posparto en madres de bebés prematuros: una revisión de la literatura

Resumo

Depressão Pós-parto em Mães de Prematuros: Uma revisão da literatura

O estudo objetivou analisar as produções científicas nacionais e internacionais sobre a depressão pós-parto (DPP) em mães de bebês prematuros e identificar as repercussões psicológicas desse processo. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir da busca por publicações científicas indexadas nas bases de dados PUBMED e SCIELO. Nas buscas, foram utilizados os seguintes descritores: mães (mothers), depressão (depression) e unidade de terapia intensiva neonatal (neonatal intensive care units). Ao final, 13 publicações atenderam aos critérios de inclusão, sendo selecionados. Diante dos achados, percebeu-se que as mães que enfrentam a experiência da prematuridade possuem riscos de desenvolverem DPP e outras variáveis associadas como ansiedade e estresse. Este estudo refletiu sobre a necessidade de apoio integral às mães com filhos em Unidade Neonatal (UN) visando minimizar as sequelas desse processo. Apesar de progressos técnicos nessa área, a equipe de saúde enfrenta desafios no diagnóstico precoce da DPP, nessa população.

Palavras-chave: depressão pós-parto; mães; unidade de terapia intensiva neonatal.

Abstract

Postpartum Depression in Mothers of Premature Babies: A literature review

The study aimed to analyze the national and international scientific productions about the postpartum depression (PPD) in mothers of premature babies and to identify the psychological repercussions of this process. It is an integrative literature review which was performed based on the search for scientific publications indexed in the PUBMED and SCIELO databases. In the searches found descriptors were mothers, depression, and neonatal

intensive therapy units. In the end, 13 publications met the inclusion criteria, thus being selected. From these ones, it was noticed that mothers who face the experience of prematurity are at risk of developing PPD and other associated variables such as anxiety and stress. This study reflected on the need for full support for mothers with children in the Neonatal Unit (UN) in order to minimize the consequences of that process. Despite the technical progress in this area, the health team faces challenges in the early diagnosis of the PPD in this population.

Keywords: postpartum depression; mothers; neonatal intensive therapy units.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo analizar las producciones científicas nacionales e internacionales sobre la depresión posparto (DPP) en madres de bebés prematuros e identificar las repercusiones psicológicas de este proceso. Esta es una revisión integral de la literatura, realizada en base a la búsqueda de publicaciones científicas indexadas en las bases de datos PUBMED y SCIELO. En las búsquedas, se encontraron los siguientes descriptores: madres, depresión (depresión) y unidades de cuidados intensivos neonatales. Al final, 13 publicaciones cumplieron los criterios de inclusión, siendo seleccionadas. En vista de los hallazgos, se observó que las madres que enfrentan la experiencia de la prematuridad corren el riesgo de desarrollar PPD y otras variables asociadas como la ansiedad y el estrés. Este estudio reflexionó sobre la necesidad de un apoyo total para las madres con hijos en la Unidad Neonatal (ONU) para minimizar las consecuencias de este proceso. A pesar del progreso técnico en esta área, el equipo de salud enfrenta desafíos en el diagnóstico temprano de PPD en esta población.

Palabras clave: depresión posparto; madres; unidad de cuidado intensivo neonatal.

Introdução

A hospitalização de um bebê prematuro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é considerada para a maioria das famílias uma experiência altamente estressante (Siewert, Cline, Segre & City, 2016) pois altera as expectativas do bebê imaginado para o bebê real que precisará de cuidados especializados intensivos e uma disposição emocional materna para aceitar a nova realidade. Diante dessa nova realidade, as mães tendem a lidar com diversos sentimentos que permeiam o momento, dentre eles culpa, medo, tristeza, incapacidade, insegurança, concomitante com as incertezas sobre a evolução clínica do bebê e mediante a separação tão precoce ocorrida pela internação (Favaro, Peres & Santos, 2012; Lima & Smeha, 2019).

As mães que vivenciam a prematuridade têm risco aumentado de desenvolver transtornos psiquiátricos como a depressão pós-parto (DPP), ansiedade e estresse pós-traumático (Segre, Brock & Hara, 2013; Siewert et al., 2016). Um estudo de revisão sistemática (Figueiredo, Rezende, Menezes & Del-Ben, 2019) teve como objetivo analisar criticamente pesquisas que apontaram o nascimento prematuro como fator de risco para a DPP, em um período entre 2008-2018, a maioria dos achados (n=18; 69%) apoiaram a associação do nascimento prematuro com a DPP. Como limitações dos artigos elencados, foram destacadas a heterogeneidade dos instrumentos de avaliação e diferentes pontos de corte. Houve destaque para o uso da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (*EPDS*) na maioria dos estudos (n=15; 58%). A *EPDS* foi utilizada na pesquisa de Dantas (2012) por apresentar melhores índices de predição e estudos que compararam várias escalas de triagem para a DPP, sendo que a *EPDS* obteve correlação significativa com a maioria delas (Morais, Fonseca, David, Viegas & Otta, 2015). Essa escala de acordo com Figueira, Corrêa, Malloy-Diniz & Romano-Silva, (2009) é considerada um bom instrumento de triagem para a DPP

devido as suas características psicométricas, o que sugere a possibilidade no aumento das taxas de diagnóstico e tratamento, para a melhoria da assistência nas Unidades de Saúde.

O estudo de Dantas (2012) demonstrou que a prevalência de ansiedade-estado evidenciou porcentagem alta de 81,7%, que é caracterizada por um momento ou situação particular, enquanto que a ansiedade-traço, resultou em 70%, sendo caracterizada por aspectos que se mantêm relativamente constantes, e os sintomas depressivos (56,4%) em mães de recém-nascido (RN) hospitalizado. Neste estudo, ressalta-se que o olhar da equipe multiprofissional para esse público deve ser integral, direcionando esforços para o desenvolvimento saudável do bebê assim como o cuidado preventivo em relação à saúde mental das mães. Embora reconhecida a importância de atender às necessidades psicológicas das mães, poucas pesquisas direcionam esforços especificamente para esse público por considerarem que a mãe não é o paciente, apesar de todo o impacto evidenciado (Segre et al., 2013; Siewert et al., 2016). Em alguns locais realizam-se a triagem e encaminhamento para o profissional de saúde mental, porém a DPP é uma variável frequentemente negligenciada. Ressalta-se que os aspectos socioculturais ligados à própria maternidade que dificultam o reconhecimento do processo de adoecimento por parte da própria paciente e de seus familiares, deveriam ser analisados conjuntamente (Siewert et al., 2016; Segre, McCabe, Chuffo-Siewert & O'hara, 2014).

Segre et al., (2014) e Siewert et al., (2016) referiram que a prematuridade repercute nas mães grande angústia, devido aos sintomas de ansiedade e depressão que geralmente apresentam índices graves, nesse período. A DPP é uma entidade clínica multifatorial, apresentando-se como um episódio depressivo maior de intensidade grave a moderada, presente nos primeiros meses após o nascimento (RENNÓ JUNIOR; ROCHA, 2019). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014) define a DPP como

um especificador para transtorno depressivo maior, compreendendo desde o período gestacional até as quatro primeiras semanas após o parto. No entanto, a literatura também aponta que os sintomas depressivos podem aparecer no intervalo do primeiro ano de nascimento do bebê (Woolhouse, Gartland, Mensah & Brown, 2015; Lucci, Otta, David & Chelini, 2016). Geralmente é subnotificada mesmo com uma taxa a nível mundial de 15% das mães experienciando sintomas compatíveis com a DPP de acordo com a literatura internacional, 50 a 80% das primíparas que apresentam sintomas típicos como fadiga e alteração do humor (Tahirkheli, Cherry, Tackett, McCaffree & Gillaspay, 2014).

Considerada importante causa de morbidade materna e de grande relevância na área da saúde pública, a DPP é uma condição clínica que pode ser devastadora para toda a família incluindo não apenas os pais como também consequências negativas para o desenvolvimento das crianças (Corrêa, Castro e Couto, Santos, Romano-Silva & Santos, 2016). Estudos sinalizam que mães com sintomas de DPP elevados são menos responsivas e com redução da interação social com seus bebês (O'Higgins, Roberts, Glover & Taylor, 2013). No Brasil, as prevalências de DPP no âmbito da Atenção Básica apontaram entre 30 a 40% e pesquisas que incluíram amostras de base populacional e em unidades hospitalares demonstraram uma prevalência de 20% (Lobato, Moraes & Reichenheim, 2011).

A pesquisa Nacer no Brasil, indicou a prevalência de DPP (26,3%) para o mau atendimento durante o parto, às mulheres e bebês com sintomas de depressão, em detrimento das complicações obstétricas e neonatais valorizando o atendimento humanizado (Miranda, Filha, Ayers, Granado & Leal, 2016). Estas autoras referem que a assistência materna no Brasil é altamente medicalizada, com várias intervenções obstétricas realizadas mesmo em mulheres de baixo risco obstétrico. Além disso Favaro et al., (2012) mencionam que o parto

premature, ou seja, aquele que acontece antes das 37 semanas completas de gestação é um outro prejuízo que tende a causar desestrutura para a família.

O apoio social nesse contexto surge como um fator protetivo para a maternidade. As exigências desse período fazem com que as mães necessitem de uma rede socioafetiva que possibilite cuidados em relação ao bebê, assim como suporte para a própria mulher, apoio afetivo, encorajamento e companhia (Manente, Piazzentin & Rodrigues, 2016). Pesquisas que abordaram a relação entre o apoio social e a depressão materna (Melo et al., 2012; Morais, Fonseca, David, Viegas & Otta, 2015) constataram como fator de risco para a DPP a falta de apoio dos amigos, familiares e principalmente do parceiro.

Outros fatores sociodemográficos como multiparidade, depressão anterior, violência física, baixa renda, baixo nível de escolaridade, gravidez não desejada, idealização da maternidade e complicações obstétricas, foram associados a DPP (Melo et al., 2012; Lucci et al., 2016; Arrais & Araújo, 2017). Compreender esses riscos é importante para estabelecer estratégias de prevenção e diagnóstico precoce em relação às gestantes e puérperas.

A partir dessas considerações, a presente pesquisa teve como objetivo analisar as produções científicas nacionais e internacionais sobre a depressão pós-parto em mães de bebês prematuros e identificar as repercussões psicológicas desse processo visto a amplitude das consequências desse transtorno para as mães, bebês e para a sociedade como um todo.

Metodologia

Este estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura que de acordo com Souza, Silva & Carvalho (2010) inclui estudos experimentais e não-experimentais para se compreender o fenômeno estudado de forma concisa com uma metodologia que visa a síntese e a aplicabilidade de estudos já realizados. As seguintes etapas sugeridas por

Whittemore & Knafl (2005) foram: a identificação do problema, busca da literatura, avaliação e análise dos dados, que contribuíram para a síntese e organização das pesquisas, o que gerou conhecimento sobre o assunto estudado.

Uma das formas de conseguir conhecer melhor e aprofundar a presente revisão, partiu da questão norteadora: “Como está caracterizada as evidências científicas sobre a DPP em mães de bebês prematuros e as repercussões psicológicas desse processo para as mães?”. A busca dos estudos ocorreu no período de janeiro a abril de 2020. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos materiais foram: a) artigos na íntegra que apresentassem em seu contexto considerações sobre a DPP em mães de prematuros hospitalizados em UTIN; b) artigos publicados em português e inglês; c) artigos publicados entre 2009 a 2019. Os critérios de exclusão foram: a) trabalhos como teses, dissertações, livros, capítulos de livros, resenhas, comentários, resenhas, críticas, editoriais, anais e relatórios científicos; b) artigos repetidos; c) publicações com temas divergentes da questão norteadora.

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados PUBMED e SCIELO. Foram utilizadas palavras chaves consideradas descritores no DeCS (Descritores em Ciências de Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings): mães (mothers), depressão (depression) e unidade de terapia intensiva neonatal (neonatal intensive care units), o operador booleano AND foi utilizado para combinar os termos da pesquisa.

Na busca foram identificados inicialmente 134 artigos na PUBMED em inglês (Figura 1) que após a aplicação dos filtros: últimos dez anos, artigos completos e pesquisas em humanos resultou em 34 artigos, destes após a leitura dos resumos e observada a pertinência com a questão norteadora foram selecionados 10 artigos. Na base SCIELO foram encontrados 67 artigos que após a aplicação dos filtros: artigos completos, últimos 10 anos e em português, resultaram em 45 artigos e após a leitura dos resumos, foram selecionados 3

artigos que se adequavam aos critérios de inclusão. Ao todo foram incluídos 13 artigos que foram lidos integralmente.

Inserir Figura 1 AQUI:

Resultados

Na base de dados SCIELO foram identificadas as pesquisas em língua portuguesa e contemplados ao final três artigos que versavam sobre as mães em unidade neonatal e as suas vivências neste âmbito, e na base PUBMED após a leitura dos resumos na língua inglesa foram selecionados dez artigos que abordavam sobre os aspectos direcionados ao manejo das famílias no ambiente da neonatologia. Ao todo, foram identificados 13 artigos que versavam sobre a questão norteadora de pesquisa, ou seja, a depressão pós-parto em mães de prematuros e principais repercussões psicológicas.

Inserir Tabela 1 AQUI:

Os artigos foram recuperados em termo de autores, revista, objetivo, tipo de estudo e principais resultados conforme demonstra a *Tabela 1*. Dos estudos elencados, 9 são apresentados como pesquisa empírica, 1 de revisão sistemática e meta-análise, e três estudos de abordagem qualitativa. O estudo de revisão sistemática (MENDELSON et al., 2017) foi realizado com o objetivo de compreender quais intervenções realizadas na UTIN podem reduzir os sintomas de ansiedade e depressão vivenciados pelas mães. Utilizaram estudos com delineamento randomizado controlado e medidas válidas para ansiedade e depressão. Como resultado, concluíram que o subconjunto de intervenções usando terapia cognitivo-comportamental reduziu significativamente os sintomas depressivos.

A maioria dos estudos sendo de caráter empírico pesquisaram a expressão das mães diante da sintomatologia depressiva no ambiente da UTIN e alguns constructos associados como ansiedade e estresse. Os instrumentos mais utilizados foram a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (*EPDS*) em 4 estudos (44%) das pesquisas empíricas, seguido da Escala de Estresse Parental utilizado em 3 (33%) estudos. A ansiedade foi pesquisada por meio do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) em 3 (33%) estudos. Outro instrumento para averiguar a ansiedade foi o Inventário Traço Estado (1), o Inventário de depressão de Beck (BDI-II) foi utilizado em uma pesquisa. Os estudos qualitativos tiveram como proposta principal conhecer a experiência das mães no período de hospitalização do recém-nascido (RN), utilizaram como recurso metodológico entrevistas semiestruturadas.

Os resultados demonstraram que as produções científicas apareceram de forma constante durante o período de busca (2009-2019), os anos de 2013, 2014, 2015 e 2019 foram contemplados com duas publicações acerca do tema pesquisado, enquanto os anos de 2010, 2016 e 2018 apenas com uma. Não foram encontradas publicações durante os anos de 2009, 2011 e 2012. Em relação aos periódicos dos quais foram elencados os artigos desta pesquisa, a maioria se concentrou na área da enfermagem neonatal (n=6; 46%) e perinatologia e pediatria (n=5; 38%), as áreas de ginecologia e obstetrícia (n=1; 8%) e psicologia (n=1; 8%) foram contempladas apenas um estudo cada. Sobre o país de realização das pesquisas a maioria foi realizada no Estados Unidos (n=9; 69%), seguido do Brasil (n=3; 23%) e uma na Nova Zelândia (n=1;8%).

Os artigos objetivaram, em sua maioria, examinar com fatores como estresse, ansiedade e depressão pós-parto podem influenciar o desenvolvimento das potencialidades das mães com bebês em UTIN (Woodward et al., 2014; Shaw et al., 2014). Também objetivaram compreender como as mães poderiam se beneficiar com tratamento psiquiátrico

durante a internação hospitalar (FRIEDMAN et al., 2013), e como intervenções direcionadas por enfermeiras dentro das UTINs poderiam diminuir os sintomas de ansiedade e depressão (SIEWERT et al., 2016). Outros abordaram a experiência das mães no ambiente de UTIN, sua autonomia, relação com a equipe de saúde e modos de enfrentamento (Lima & Smeha, 2019; Santos et al., 2019; Wernet, Ayres, Viera, Leite & Mello, 2015).

Evidenciou-se entre os principais resultados dos artigos que os níveis de estresse, ansiedade e depressão pós-parto são altos nesse período de hospitalização do bebê prematuro (Vigod, Villegas & Dennis, 2010; Segre et al., 2013; Segre et al., 2014; Park et al., 2016; Siewert et al., 2016). Esses dados implicaram em medidas de prevenção e apoio às mães como a escuta ativa das enfermeiras neonatais na tentativa de resolução de problemas (Segre et al., 2013; Siewert et al., 2016). As enfermeiras realizavam os atendimentos em seis sessões que variavam de 45 a 40 minutos de duração, de forma estruturada. As intervenções eram realizadas no ambiente de internação do bebê, facilitando a interação com as mães. Também foi demonstrado a importância de realizar atendimento a todas as mães da Unidade Neonatal (UN) e não apenas as que tinham filhos prematuros, pois embora as mães de bebês prematuros tinham as maiores taxas de problemas psicológicos, as mães de bebês a termo com risco social também eram muito impactadas (Harris, Gibbs, Mangin-Heimos & Pineda, 2017; Shaw et al., 2014).

Discussão e Considerações

A presente revisão buscou investigar na literatura nacional e internacional as repercussões da depressão pós-parto em mães de bebês prematuros e as implicações psicológicas desse processo. Os achados do presente estudo demonstraram que as pesquisas sobre a temática foram desenvolvidas principalmente a nível internacional, totalizando a

maior parte da amostra com dez estudos (n=10; 77%). Corroborando com esses dados, Santos et al., (2019) realizou pesquisas com o objetivo de encontrar evidências sobre o processo de educação em saúde voltado para os pais na UTIN e constataram uma grande lacuna de conhecimento a nível nacional, concluindo que pesquisas nessa área ainda precisam ser mais discutidas e exploradas.

Os sintomas de depressão e ansiedade são geralmente graves nesse período, e as mães passam muito tempo no hospital cuidando dos seus filhos e normalmente a sua saúde mental é deixada em segundo plano (Segre et al., 2014; Vigod, Villegas, Dennis & Ross, 2010). Os esforços para atender as necessidades psicológicas dos pais tendem a ser preteridos em relação aos cuidados médicos do RN (Woodward et al., 2014; Corrêa et al., 2015) apesar das evidências mostrarem que a saúde mental materna é um fator importante para o desenvolvimento socioemocional do bebê e a relação parental. Treyvaud et al., (2010) avaliaram a saúde mental dos genitores de crianças prematuras, os quais preencheram questionários que avaliavam a sua saúde mental (Questionário de Saúde Geral- GHQ28) e o desenvolvimento socioemocional das crianças (Avaliação Social e Emocional-ITSEA). As pontuações para a amostra no GHQ28 indicaram que 26% deles apresentaram problemas de saúde mental clinicamente significativos em comparação com 12% dos pais de filhos a termo e, dentro do grupo da prematuridade os que possuíam maiores problemas psicológicos eram mais propensos a terem filhos em risco para problemas de desregulação socioemocional, confirmando a necessidade de identificar e apoiar emocionalmente àqueles que passam por esta experiência.

No que tange ao Brasil, dentre as ações realizadas no ambiente da perinatologia para reduzir os impactos dos transtornos citados acima, utiliza-se a metodologia Canguru, criada em 1979, pelos médicos Reys Sanabria e Héctor Martinez, com o intuito de melhorar a

assistência neonatal, reduzindo custo. No Brasil, o método foi regulamentado em 2000 pelo Ministério da Saúde (MS) inicialmente definindo as unidades hospitalares de referência para os atendimentos e a partir de 2011 passou-se a articular com a atenção primária (Brasil, 2014). Esse método conforme Zirpoli, Mendes, Reis, Barreiro & Menezes (2019) traz benefícios para a instituição que o adota, para a mãe, família e o bebê. A vinculação favorecida pelo contato pele a pele é aumentada, os pais não são considerados como visita do RN, mas sim componentes essenciais para sua progressão clínica e emocional. Esse relacionamento encorajado pelos profissionais e pelo método passa segurança e autonomia para as mães no processo de cuidar, dessa forma sentem que podem colaborar para evolução dos seus filhos.

Ao reconhecer a família como parte integrante do processo de cuidar do RN, inserindo-a no planejamento dos cuidados e reconhecendo a sua importância no percurso clínico, a própria família também cria estratégias para definir soluções frente as dificuldades encontradas, esse envolvimento faz parte da abordagem centrada na família (Corrêa et al., 2015). Nesse contexto, observando a importância dos cuidados centrados na família por enfermeiras neonatais, alguns estudos dessa revisão (Segre et al., 2014; Siewert et al., 2016) sugerem a escuta ativa destes profissionais após triagem inicial para depressão, dando apoio as mães. A escuta ativa realizada não substitui o encaminhamento para o serviço de saúde mental, porém os resultados do estudo demonstram que as mães que passaram pelo atendimento, melhoraram os sintomas de ansiedade e depressão, reduzindo significativamente a pontuação no *EPDS* (69%) relatando melhoras na qualidade de vida.

Quando o bebê está na UTIN, além dos cuidados e atenção voltados a ele, outras demandas aparecem, como as necessidades dos outros filhos, suporte financeiro, relação conjugal, todos eles contribuem para que a mãe e familiares tenham dificuldades em relação à

busca por cuidados em relação à saúde mental (HARRIS et al., 2017). Dessa forma, o serviço de psiquiatria dentro da UTIN como destacam (FRIEDMAN et al., 2013) é de grande relevância e foi bem aceito pelas famílias, a maioria apresentava dificuldades em lidar com o diagnóstico do bebê, o objetivo do programa incluía avaliação e tratamento psicoterápico dos problemas relativos à saúde mental dos pais, além de apoio educativo aos funcionários dessa unidade em relação às questões psicológicas e psiquiátricas. A maior parte foi encaminhada ao tratamento devido a depressão (43%), ansiedade (44%) e dificuldades em lidar com a hospitalização do bebê.

A equipe da UTIN tem um papel primordial no processo de interação mãe-bebê, sendo a prematuridade uma expressão máxima de desamparo (Baltazar, Gomes & Cardoso, 2010) e os pais precisam de direcionamento para conseguirem desempenhar suas funções em um nível adequado dentro de um ambiente muitas vezes desconhecido. A psicologia em UTIN tem o papel de acolher as famílias ajudando a diminuir o sofrimento vivenciado por elas durante a internação, apoiando a interlocução entre a equipe e pais. Em relação ao âmbito neonatal a portaria 930 de 10 de maio de 2012 do Ministério da Saúde (MS) define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, estabelece a garantia de acesso ao serviço de psicologia prestados por meios próprios ou por serviços terceirizados (De Souza & Pegoraro, 2017).

Vigod et al. (2010) identificaram alguns fatores de risco para a depressão pós-parto, dentre os preditores mais fortes destacaram-se a prematuridade, baixa renda, bebês de muito baixo peso ao nascer, depressão anterior, eventos estressantes na vida e falta de apoio social principalmente em relação ao cônjuge. O apoio paterno também foi considerado por Garfield et al., (2015) e Park et al., (2016) como fator importante para identificar os fatores de risco relacionados à mãe. Fazer perguntas sobre o suporte social da mãe, indagar sobre o seu

relacionamento com o seu parceiro, rastrear as mães quanto aos índices de ansiedade e estresse, são fatores que podem ajudá-las ao encaminhamento de serviço de apoio mental e prevenir possíveis sequelas decorrente da DPP.

O estudo de Park et al., (2016) com o objetivo de identificar mudanças no sofrimento psicológico de mães de bebês prematuros e sua associação com os comportamentos alimentares dos bebês, descobriram que o sofrimento psicológico das mães mudava à medida que os recém-nascidos prematuros faziam a transição para a alimentação oral completa. Os fatores associados ao maior sofrimento psicológico conforme o estudo foram: idade jovem, falta de apoio paterno, raça afro-americana, baixa escolaridade materna, maior grau de prematuridade e gravidade da condição clínica infantil. Mães com problemas psicológicos têm menos probabilidade de se envolver em comportamentos parentais positivos, podendo ser menos sensíveis e mais controladoras durante as interações com seus bebês, implicando no apego da díade (HARRIS et al., 2017).

Os estudos em relação à DPP materna são mais frequentes do que a DPP paterna, os maridos cujas esposas são diagnosticadas com a doença possuem risco de também desenvolverem o transtorno, pesquisas apontam que 24 a 50% dos homens cujas parceiras eram acometidas, sofriam coma DPP (EDDY et al., 2019). A depressão, neste caso afeta não somente quem a experencia, como também influencia os relacionamentos entre marido e mulher e impacto negativo no desenvolvimento das crianças (NISHIMURA; OHASHI, 2010).

Dessa forma no sentido de intensificar o rastreamento de mães quanto aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático, Shaw et al. (2014), esclarece que não deve apenas se basear nos dados sociodemográficos da mãe ou do bebê, pois em seus resultados estas medidas não ajudaram a identificar mães que apresentavam resultados positivos aos sintomas depressivos das que não apresentavam. O bem-estar dos pais é um foco importante

de cuidados no ambiente neonatal. São necessárias estratégias para otimizar o engajamento precoce e reduzir os níveis de estresse para ajudar a melhorar os resultados clínicos do bebê, consequentemente o estado psicológico dos familiares (WOODWARD et al., 2014).

Diversas experiências maternas permeiam o cenário de internação hospitalar em UTIN, dessa forma Lima & Smeha (2019) sinalizam para a importância dos profissionais de saúde compreenderem esses processos, ajudando a minimizar o sofrimento sentido pelas famílias no percurso. Neste sentido, Wernet, Ayres, Viera, Leite & Mello, (2015) discutem que a integralidade do cuidado implica em adotar a responsabilização, o acolhimento e o vínculo como eixos norteadores da ação e da gestão em saúde, com o usuário do serviço interligado por meio do diálogo direto. Nesse estudo, as mães relataram em suas falas insegurança, fragilidade e cobrança perante a vivência na UTIN, as interações profissionais promoveram fragilidade na autonomia materna. Similarmente, Santos et al., (2019) identificaram que a falta de protagonismo materno, devido aos vários processos angustiantes vividos mediante a hospitalização do RN, influenciam de maneira negativa a relação com a equipe. Além disso, os autores afirmam que a comunicação estabelecida entre a equipe e a família deve acontecer de maneira sistemática pois favorece a diminuição de emoções como medo, tristeza e inseguranças no cuidado com o bebê.

Foi possível por meio da presente revisão integrativa compreender que a prematuridade é uma condição especial que causa nos pais descrença em suas capacidades de lidar com a nova situação. Destaca-se a descoberta de um mundo cheio de dúvidas, incertezas no qual a participação familiar e apoio da equipe que assiste ao RN é fundamental. Esses fatores são importantes para a prevenção de complicações em relação a depressão pós-parto. Ressalta-se que várias intervenções podem ser realizadas na UTIN para amenizar os fatores como ansiedade, depressão e estresse, típicos dessa vivência. Dentre esses fatores destacam-se apoio especializado de profissional de saúde mental nessa unidade, escuta ativa da

enfermagem neonatal, terapêuticas com a abordagem da TCC como também o suporte sistemático da equipe neonatal à família. Sugere-se que os fatores de risco também podem ser identificados antecipadamente para viabilizar os devidos encaminhamentos e acompanhamento em saúde mental.

A relação profissional-família deve ser intensificada no sentido da humanização dos processos e da integralidade do atendimento. As pesquisas realizadas no cenário brasileiro sobre intervenções para reduzir ou prevenir os sintomas da DPP em mães de prematuros, ainda são incipientes. Entende-se que há a necessidade de mais estudos para que possa cada vez mais dar conta dessa temática no sentido de compreender em profundidade as implicações da prematuridade para a saúde mental das mães, o que minimizariam os custos para a saúde pública. Apesar de progressos técnicos nessa área, a equipe de saúde enfrenta desafios no diagnóstico precoce da DPP, nessa população.

Referências

AIROSA, S.; SILVA, I. Associação Entre Vinculação, Ansiedade, Depressão, Stresse E Suporte Social Na Maternidade. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 14, n. 1, p. 64–77, 2013.

ALKOZEI, A.; MCMAHON, E.; LAHAV, A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 27, n. 17, p. 1738–1743, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM5-Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. [s.l.] Artmed Editora, 2014a.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014b.

ANDRADE, R. D. et al. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 181–186, 2015.

ARRAIS, A. DA R.; ARAUJO, T. C. C. F. DE. c. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 19, n. 1, p. 103–116, 2016.

ARRAIS, A. DA R.; ARAÚJO, T. C. C. F. DE. Depressão pós-parto: Uma Revisão Sobre Fatores de Risco e Proteção. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 18, n. 3, p. 828–839, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério Brasil. 2013.

AZZI, S. G. F.; KERNKRAUT, A. M. Atuação em gestão de risco e parto prematuro. In: **O psicólogo no hospital: da prática assistencial à gestão de serviço**. São Paulo: Blucher, 2017. p. 496.

BALBINO, F. S. et al. Parent's support group as a transforming experience for families at a neonatal unit. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 297–302, 2015.

BALTAZAR, D. V. S.; GOMES, R. F. DE S.; CARDOSO, T. B. D. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. **Revista da SBPH**, v. 13, n. 1, p. 02–18, 2010.

BARROS, M. V. V.; AGUIAR, R. S. Perfil Sociodemográfico E Psicossocial De Mulheres Com Depressão Pós-Parto: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 59, p. 122–139, 2019.

BATISTA, D. R. R.; GUGELMIN, S. A.; MURARO, A. P. Prenatal follow-up of

Haitian and Brazilian women in Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 18, n. 2, p. 317–326, 2018.

BELTRAMI, L.; BRAGAN, A.; RAMOS, A. P. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil Maternal. **Distúrb Comun**, v. 25, n. 2, p. 229–239, 2013.

BLACKMORE, E. R. et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. **British Journal of Psychiatry**, v. 198, n. 5, p. 373–378, 2011.

BOWLBY, J. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico: Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. [s.l: s.n.].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Apice on-Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia. v. 1, n. 9, p. 50, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. 2. ed. Brasília: [s.n.].

BRASIL, M. DA S. 10 Passos Para o Cuidado NeoNatal – Versão Completa. **Secretaria de Atenção Primária. Estratégia QualiNEO.**, p. 11, 2017.

BRITO, L. M. D. Estresse, violência, depressão e baixo suporte social durante a

gestação e sua associação com parto pré-termo: avaliação de coorte de pré-natal em Ribeirão Preto. 2015.

BRUM, E. H. M. DE. Depressão Pós-Parto: Discutindo O Critério Temporal Do Diagnóstico. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 17, n. 2, p. 92–100, 2017.

BUARQUE, V. et al. The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 4, p. 295–301, 2006.

CAMPOS, B. C. DE; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 483, 2015.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 2, p. 500–510, 2014.

CARNIER, L. E.; RODRIGUES, O. M. P. R.; PADOVANI, F. H. P. Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, n. 3, p. 315–325, 2012.

CASTILLO, R. A. et al. Castillo et al 2000 - Transtornos de ansiedade e transtornos de ansiedade. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 22–25, 2000.

CAVALCANTI, P. C. DA S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, v. 23, n. 4, p. 1297–1316, 2013.

CHAMBERS, E. et al. The self-management of longer-term depression: Learning from the patient, a qualitative study. **BMC Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 1–16, 2015.

CHAVES, L. B. et al. Stress in college students: blood analysis and quality of life. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 12, n. 1, p. 20–26, 2017.

CHEMELLHO, M. R.; LEVANDOWSKI, D. C.; DONELLI, T. M. S. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. **Interação em Psicologia**, v. 21, n. 1, 2017.

CHERRY, A. et al. Postpartum depression screening in the Neonatal Intensive Care Unit: program development, implementation, and lessons learned. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 9, p. 59, fev. 2016a.

CHERRY, A. S. et al. The contribution of maternal psychological functioning to infant length of stay in the Neonatal Intensive Care Unit. **International Journal of Women's Health**, v. 8, p. 233–242, 2016b.

CONSELHO NACIONAL DE SAUDE. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CONTIM, D. Artigo Original. **Rev. Enfermagem Atenção Saúde**, v. 34, n. 104, p. 31–38, 2017.

CORRÊA, A. R. et al. The family-centered care practices in newborn unit nursing perspective. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 629–634, 2015.

CORRÊA, H. et al. Postpartum depression symptoms among Amazonian and Northeast Brazilian women. **Journal of Affective Disorders**, v. 204, 2016.

CORREA, M. S. et al. Women's Perception Concerning Health Care in the Post-Partum Period: A Meta-Synthesis. **Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 04, n. 07, p. 416–426, 2014.

COSTA, C. B.; CENCI, C. M. B.; MOSMANN, C. P. Conflito Conjugal e Estratégias de Resolução: Uma Revisão Sistemática da Literatura. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 325–338, 2016.

COSTA, M. C. G. DA; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 698–704, 2011.

CUSTODIO, N. et al. Discharge from the neonatal intensive care unit and care at home: an integrative literature review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 984–991, 2014.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática: para psicologia usando SPSS para Windows**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

DANTAS, M. Symptoms of anxiety and depression in mothers of hospitalized premature infants. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 6, n. 2, p. 279–287, 2012.

DANTAS, M. M. C. et al. Symptoms of anxiety and depression in mothers of hospitalized premature infants. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 6, n. 2, p. 279, 2012.

DE SOUZA, A. M. V.; PEGORARO, R. F. Saúde & Transformação Social O psicólogo na UTI neonatal : revisão integrativa de literatura. **Saúde e Transformação Social**, v. 8, n. 1, p. 117–128, 2017.

DIB, E. P. c. **Dissertação de Mestrado**, p. 82, 2016.

ERICKSON, N.; JULIAN, M.; MUZIK, M. Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother–infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. **International Review of Psychiatry**, v. 31, n. 3, p. 245–263, 2019.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: Prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 28, n. 3, p. 171–178, 2006.

FAVARO, M. DE S. F.; PERES, R. S.; SANTOS, M. A. DOS. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. **Psico-USF**, v. 17, n. 3, p. 457–465, 2012.

FERNANDES, J. N. et al. Avaliação do nível estresse de mães de pré-termo em hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1471, 2015.

FERNANDES, J. N. et al. Avaliação do nível estresse de mães de pré-termo em hospital universitário/ Evaluation of the stress level of preterm mothers in a university hospital. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1471, 2016.

FERREIRA, A. P. et al. Fatores Associados Ao Número De Consultas Pré-Natais De Mulheres Tabagistas E Não Tabagistas Atendidas Em Hospitais De Porto Alegre (Rs), Brasil. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 2, p. 161–178, 2016.

FIGUEIRA, P. et al. Escala de depresi3n post-natal de edimburgo para tamizage en el sistema p3blico de salud. **Revista de Saude Publica**, v. 43, n. SUPPL. 1, p. 79–84, 2009.

FIGUEIREDO, J. A. DE P. E. et al. Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 259, n. August, p. 392–403, 2019.

FLORES, M. R. et al. Associa3n entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 348–360, 2013.

FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. Depress3o p3s-parto. **PROPSICO: Programa de atualiza3n em Psicologia Cl3nica e da Sa3de**, p. 1–36, 2013.

FRAGA, D. A. DE et al. Desenvolvimento de beb3s nascidos pr3-termo e indicadores

emocionais maternos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 33–41, 2008.

FREITAS, M. E. S. DE; SILVA, F. P. DA; BARBOSA, L. R. Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. **Revista Brasileira Ciências da Saúde - USCS**, v. 14, n. 48, 2016.

FRIEDMAN, S. H. et al. Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit. p. 392–397, 2013.

GARFIELD, L. et al. Risk factors for Postpartum Depressive Symptoms in Low-Income Women with Very Low Birth Weight Infants. **Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses**, v. 15, n. 1, p. 1–12, 2015.

GHADERY-SEFAT, A. et al. Relationship between parent–infant attachment and parental satisfaction with supportive nursing care. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 21, n. 1, p. 71, 2016.

GIANNANDREA, S. A. M. et al. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. **Journal of Women’s Health**, v. 22, n. 9, p. 760–768, 2013.

GROSIK, C. Identification of Internal and External Stressors in Parents of Newborns in Intensive Care. **The Permanente Journal**, v. 17, n. 3, p. 36–41, 2013.

GROSS, J. J. The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. **Review of General Psychology**, v. 2, n. 3, p. 271–299, 1998.

GUIDOLIN, B. L.; CÉLIA, S. A. H. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 80–86, 2011.

HAMILTON, M. A. X. The assessment of anxiety states by rating. **British journal of medical psychology**, v. 32, n. 1, p. 50–55, 1959.

HARRIS, R. et al. Maternal Mental Health During the Neonatal Period: Relationships to the Occupation of Parenting Rachel. **Physiology & behavior**, v. 176, n. 5, p. 139–148, 2017.

HARTMAN JUNIOR, J. A. S. et al. Estados ansiosos e depressivos de idosas institucionalizadas. **Revista de Neurobiologia**, v. 77, n. 1, 2012.

HILDEBRANDT, F. M. P. Depressão Pós-Parto: Aspectos Epidemiológicos E Proposta De Tratamento Cognitivo-Comportamental. **Tese de doutorado**, p. 149, 2013.

HUHTALA, M. et al. Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5-year-old preterm children. **Early Human Development**, v. 90, n. 3, p. 119–124, 2014.

IONIO, C. et al. Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: Identifying risk factors for early interventions. **Primary Health Care Research and Development**, v. 20, p. 1–7, 2019.

JOAQUIM, R. H. V. T.; SILVESTRINI, M. S.; MARINI, B. P. R. Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 1, p. 145–150, 2014.

KEGLER, J. J. et al. Stress in Parents of Newborns in a Neonatal Intensive Care Unit. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. 1–6, 2019.

KLAUS, M.; KENNEL, J. **Pais/Bebê: a formação do apego**. [s.l.] Artes Médicas, 1993.

KUMMER, A.; CARDOSO, F.; TEIXEIRA, A. L. Generalized anxiety disorder and the Hamilton Anxiety Rating Scale in Parkinson's disease. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 68, n. 4, p. 495–501, 2010.

LAMOUNIER, J. A. et al. Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, p. 486–493, 2019.

LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em psicoterapia**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LEAL, M. DO C. Childbirth and birth in Brazil: An evolving scenario. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 5, p. 1–3, 2018.

LIMA, L. G.; SMEHA, L. N. The experience of maternity to the baby hospitalization in the icu: A roller coaster of emotions. **Psicologia em Estudo**, v. 24, p. 1–14, 2019.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 4, p. 369–379, 2011.

LORICCHIO, T. M. B.; LEITE, J. R. Estresse, ansiedade, crenças de autoeficácia e o desempenho dos bacharéis em Direito. **Avaliação Psicológica**, v. 11, n. 1, p. 37–47, 2012.

LUCCI, T. K. et al. Maternal depression and offspring's cortisol concentrations in a Brazilian sample. **Psico**, v. 47, n. 2, p. 140–47, 2016.

MACEDO, L. S. R. DE; SPERB, T. M. Regulação de Emoções na Pré-Adolescência e Influência da Conversação Familiar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 2, p. 133–140, 2013.

MACHADO, J. R. U. et al. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y

multíparas valoradas por la escala de edimburgo. **Revista chilena obstetricia ginecologia**, v. 75, n. 5, p. 312–320, 2010.

MAIA, J. M. A.; DA SILVA, L. B.; FERRARI, E. DE A. S. A relação da família com crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 2, 22 dez. 2014.

MANENTE, M. V.; PIAZENTIN, O. M.; RODRIGUES, R. Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. **Pensando Famílias**, v. 20, n. 1, p. 99–111, 2016.

MARIA, O.; CARVALHO, C. Fatores associados ao near miss e óbito neonatais em maternidade pública de referência. v. 20, n. 3, p. 851–862, 2020.

MARQUES, C. R. DE G. M. et al. Metodologia Canguru: benefícios para o recém-nascido pré-termo. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 3, n. 3, p. 65–78, 2016.

MELO, A. C. M.; DA SILVA, G. D. M.; GARCIA, L. P. Mortalidade de homens jovens por agressões no Brasil, 2010-2014: Estudo ecológico. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 11, p. 2010–2014, 2017.

MELO, R. A. DE et al. Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Id on line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 10, n. 87, p. 88–103, 2016.

MELO, E. F. et al. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 1204–1208, 2012.

MENDELSON, T. et al. NICU-based Interventions To Reduce Maternal Depressive and Anxiety Symptoms: A Meta-analysis. **Review Article Pediatrics**, v. 139, n. 3, 2017.

MENDONÇA, J. S. DE; BUSSAB, V. S. R.; SIQUEIRA, J. DE O. Depressão pós-parto e conflito conjugal estudo longitudinal das associações bidirecionais em famílias de baixa renda Postpartum depression and marital conflict a longitudinal study of bidirectional associations in low-income families. **Psico**, v. 44, n. 4, p. 581–589, 2013.

MIRANDA, M. et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil : The Birth in Brazil National Research Study , 2011 / 2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p. 159–167, 2016.

MOLERO, K. L. et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 79, n. 4, p. 294–304, 2014.

MORAIS, M. DE L. S. E et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 40–50, 2015.

MOREIRA, M. E. L.; BOMFIM, O. L. O bebê e sua família na UTI neonatal. In: **Quando a vida começa diferente: um bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 194.

O’HIGGINS, M. et al. Mother-child bonding at 1 year; Associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. **Archives of Women’s Mental Health**, v. 16, n. 5, p. 381–389, 2013.

PADOVANI, F. H. P. et al. Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates’ mothers during and after hospitalization in neonatal intensive car unit. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 251–254, 2004.

PALHARES, M. B. Prematuridade : Uma Revisão Atualizada Dos Aspectos Clínicos , Epidemiológicos E Terapêutica. v. 12, p. 58–68, 2015.

PARK, J. et al. Effects of Psychological Distress on Mothers' Feeding of Their Preterm Infants...28th Annual. **Nursing Research**, v. 65, n. 2, p. E67–E67, 2016.

PINEDA, R. et al. Parent participation in the neonatal intensive care unit: Predictors and relationships to neurobehavior and developmental outcomes. **Early Human Development**, v. 117, n. December 2017, p. 32–38, 2018.

PINTO, T. M. et al. Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 93, n. 5, p. 452–459, 2017.

RABELLO, M. S. DO C.; BARROS, S. M. O. DE. Clinical and epidemiological aspects of prematurity in a Normal Delivery Center, São Paulo, Brazil. **Einstein (São Paulo)**, v. 9, n. 4, p. 483–488, 2011.

RAI, S.; PATHAK, A.; SHARMA, I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 57, n. July 2015, p. 216–221, 2015.

RAMEZANI, S. et al. The effect of cognitive-behavioural and solution-focused counselling on prevention of postpartum depression in nulliparous pregnant women. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 35, n. 2, 2017.

RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. DE. Maternal coping with baby hospitalization at a neonatal intensive care unit. **Paideia**, v. 27, n. 67, p. 10–19, 2017.

REILLY, N. et al. Trajectories of clinical and parenting outcomes following admission to an inpatient mother-baby unit. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 1–10, 2019.

RENNÓ JUNIOR, J.; ROCHA, R. Depressão gestacional e pós-parto. In: QUEVEDO, J.; NARDI, A. E.; DA SILVA, A. G. (Eds.). . **Depressão: Teoria e Clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 248.

RODRIGUES, O. M. P. R.; NOGUEIRA, S. C. Práticas Educativas e Indicadores de Ansiedade, Depressão e Estresse Maternos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 1, p. 35–44, 2016.

ROSO, C. C. et al. Vivências de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 47–54, 2014.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 274–280, 2007.

SANCHEZ, M.B.L.M; CARPES, A. D. . UTI neonatal: cuidando da família e do recém-nascido. In: **Psicologia Hospitalar: Como eu Faço?** Curitiba: Juruá, 2017. p. 168.

SANTOS, A. DA S. et al. Papel Materno Durante A Hospitalização Do Filho Na Unidade De Terapia Intensiva Neonatal. p. 1–12, 2019a.

SANTOS, S. et al. Educação em saúde na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, p. 88–27, 2019b.

SEGRE, L. S. et al. Depression and anxiety symptoms in mothers of newborns hospitalized on the neonatal intensive care unit. **Nursing Research**, v. 63, n. 5, p. 320–332, 2014.

SEGRE, L. S.; BROCK, R. L.; HARA, M. W. O. Emotional distress in mothers of preterm hospitalized infants : a feasibility trial of nurse-delivered treatment. n. August, p. 924–928, 2013.

SHAW, R. J. et al. Screening For Symptoms Of Postpartum Traumatic Stress In A Sample Of Mothers With Preterm Infants. v. 35, n. 3, p. 198–207, 2014.

SIEWERT, R. C. et al. Implementation of an Innovative Nurse-Delivered Depression

Intervention for Mothers of NICU Infants. v. 15, n. 2, p. 104–111, 2016.

SILK, J. S. et al. Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 47, n. 1, p. 69–78, 2006.

SILVA, H. C. DA et al. Sintomas Psicofuncionais e Depressão Materna: Um Estudo Qualitativo. **Psico-USF**, v. 23, n. 1, p. 59–70, mar. 2018.

SOARES, A. A. et al. ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO. In: **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Artmed ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Prevenção da prematuridade uma intervenção da gestão e da assistência. **Departamento Científico de Neonatologia Presidente**, v. 2, p. 1–6, 2017.

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102–108, 2010.

SOUZA, S. R. Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU). **Dissertação de Mestrado**, p. 125, 2009.

SPSS. **Statistical Package for Social Sciences versão 25.0** Chicago USA, 2018.

STÜBE, M. et al. Níveis de estresse de pais de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 19, p. 3254, 2018.

TAHIRKHELI, N. N. et al. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: Current perspectives. **International Journal of Women's Health**, v. 6, p. 975–987, 2014.

TIMMONS, A. C.; REOUT, A.; MARGOLIN, G. Daily Patterns of Stress and

Conflict in Couples: Associations with Marital Aggression and Family-of-Origin Aggression.

Physiology & behavior, v. 176, n. 3, p. 139–148, 2017.

TREYVAUD, K. et al. Parental mental health and early social-emotional development of children born very preterm. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 35, n. 7, p. 768–777, 2010.

TRUMELLO, C. et al. Mothers' depression, anxiety, and mental representations after preterm birth: A study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. **Frontiers in Public Health**, v. 6, n. DEC, p. 1–9, 2018.

VERONEZA, M. et al. Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, p. 8, 2017.

VICENTE, S. R. C. R. M. et al. Maternal stress, anxiety, depression and coping in congenital anomaly. **Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 104–116, 2016.

VIERA, C. S. et al. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 11–19, 2010.

VIGOD, S. N.; VILLEGAS, L.; DENNIS, C. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. p. 540–550, 2010.

WERNET, M. et al. Reconhecimento materno na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 228–234, 2015.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: Updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

WILLIAMS, K. E.; KOLEVA, H. Identification and Treatment of Peripartum Anxiety Disorders. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 45, n. 3, p. 469–481, 2018.

WINNICOTT, D. **A Família e o Desenvolvimento Individual**. [s.l.] Interlivros, 1980.

WOODWARD, L. J. et al. Very preterm birth: Maternal experiences of the neonatal intensive care environment. **Journal of Perinatology**, v. 34, n. 7, p. 555–561, 2014.

WOOLHOUSE, H. et al. Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: Implications for primary health care. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 122, n. 3, p. 312–321, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and Other Common Mental Disorders. **Institutes Health of National**, n. 1, p. 1–22, 2017.

XIMENES, C. R. Transtornos de ansiedade: importância da avaliação psicológica no diagnóstico e tratamento. **Revista Uni-RN**, v. 18, p. 121–138, 2018.

YAMAMOTO NOMURA, R. M. et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 6, p. 644–650, 2011.

ZAMIGNANI, D. R.; ALVES BANACO, R. Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 077–092, 2005.

ZIRPOLI, D. B. et al. Benefits of the Kangaroo Method: An Integrative Literature Review / Benefícios do Método Canguru: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 2, p. 547, 2019.

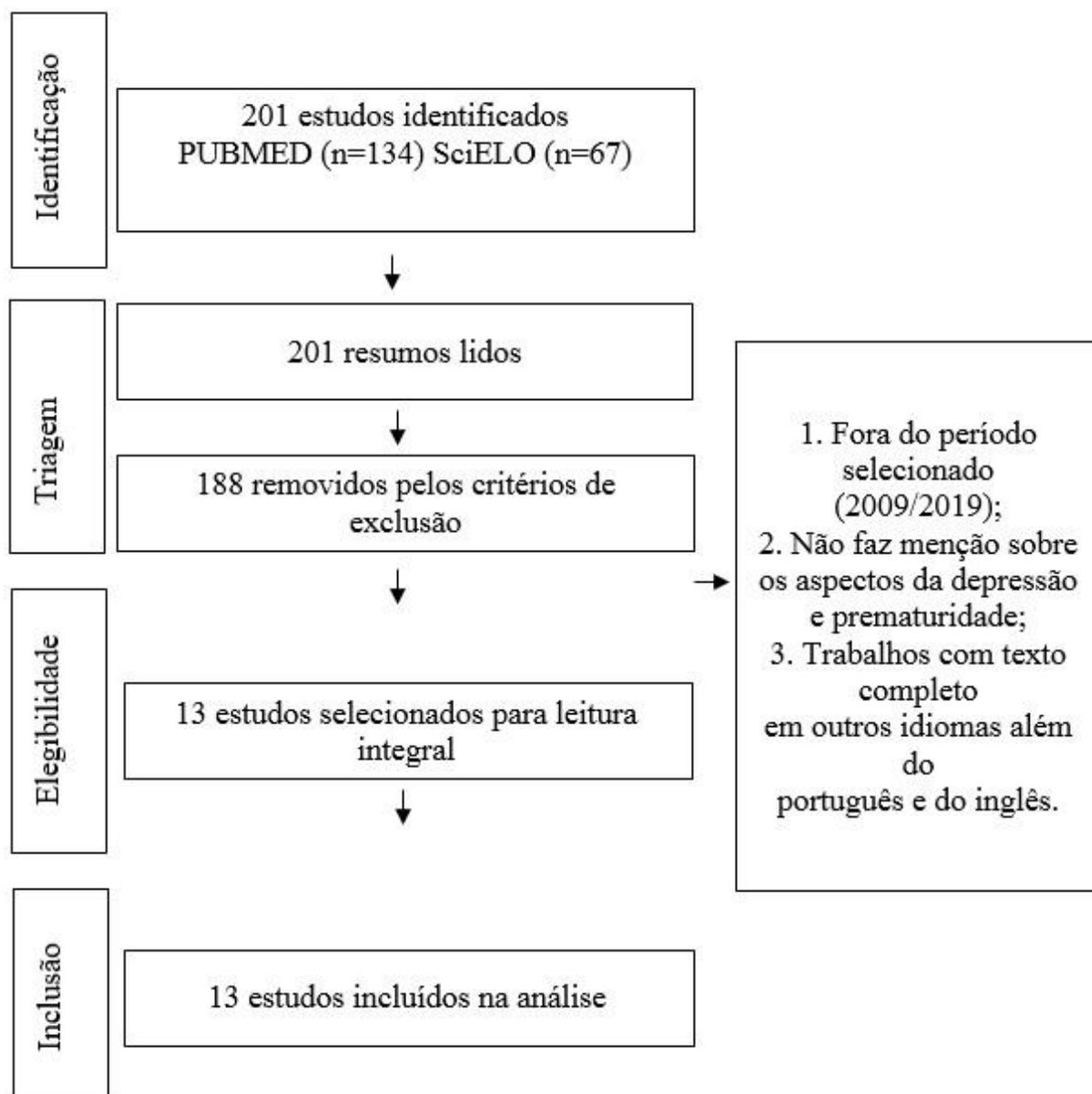


Figura 1. Fluxograma do processo de levantamento e seleção dos artigos.

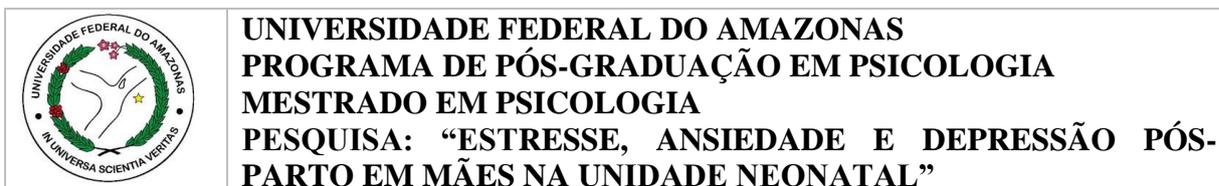
Tabela 1. Síntese das pesquisas relacionadas a depressão pós-parto em mães de prematuros (2009-2019)

AUTORES	PERIÓDICO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS
WOODWARD, L., BORA, S., CLARK, C. ET AL.(2014)	Journal of Perinatology	Examinar o estresse relacionado à unidade de terapia intensiva neonatal	Quantitativo, descritivo e exploratório.	As mães relataram no geral, estresse moderado, sendo a alteração do papel dos pais considerada mais estressante, aumento exacerbado dos sintomas de depressão pós-parto também influenciam no estresse.
RICHARD J. SHAW, EMILY A. LILO, AMY STORFER-ISSER, M. BETHANY BALL, MELINDA S. PROUD, NANCY S. VIERHAUS, AUDREY HUNTSBERRY, KELLEY MITCHELL, MARIAN M. ADAMS & SARAH M. HORWITZ (2014)	Issues in Mental Health Nursing	Identificar potenciais fatores de risco associados a sintomas de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático em uma amostra de mães com bebês prematuros hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva neonatal	Quantitativo, descritivo e exploratório.	Medidas sociodemográficas maternas e dados clínicos do bebê não foram úteis para diferenciar mães que apresentaram resultado positivo para os sintomas ansiedade, estresse e depressão daquelas que apresentaram resultado negativo em relação aos sintomas emocionais. O estudo sugere criar uma triagem universal para a depressão pós-parto.
HARRIS, R., GIBBS, D., MANGIN-HEIMOS, K., & PINEDA, R. (2018)	Early Human Development	Analisar a extensão de uma série de desafios precoces de saúde mental em mães com bebês prematuros	Quantitativo, descritivo e exploratório.	Os pais de bebês muito prematuros possuem maiores taxas de problemas de saúde mental materna, no entanto as mães de bebês a termo com alto risco social também são afetadas.
HATTERS FRIEDMAN, S., KESSLER, A., NAGLE YANG, S., PARSONS, S., FRIEDMAN, H., & MARTIN, R. J. (2013)	Acta Paediatr	Descrever as características das mães que provavelmente se beneficiariam dos serviços psiquiátricos de curto prazo no local, enquanto o bebê estiver na UTIN.	Quantitativo, descritivo e exploratório	A maioria das mães foi encaminhada por depressão (43%), ansiedade (44%) e / ou dificuldade em lidar com os problemas médicos e a hospitalização do bebê (60%). Os serviços psiquiátricos que ocorrem na própria UTIN foram aceitos pela maioria das mães encaminhadas.
MENDELSON, T., CLUXTON-KELLER, F., VULLO, G. C., TANDON, S. D., & NOAZIN, S. (2017)	Pediatrics	Realizar uma revisão sistemática e metanálise de intervenções baseadas em UTIN para reduzir os sintomas depressivos ou de ansiedade maternos.	Revisão sistemática	A revisão sugeriu que existem diversas intervenções que podem ser utilizadas no ambiente de UTIN para reduzir os sintomas de depressão e ansiedade. A evidência predominante foi em relação a estudos que utilizaram a abordagem cognitiva comportamental.
CHUFFO SIEWERT, R., CLINE, M., & SEGRE, LS (2015)	Advances in Neonatal Care	Implementar visitas de escuta (VE), intervenção fornecida por enfermeiros, empiricamente testadas.	Quantitativo, exploratório e descritivo	Os resultados indicam que o VE está associado a uma redução nos sintomas depressivos e de ansiedade maternos.
VIGOD, S. N., VILLEGAS, L., DENNIS, C. L., & ROSS, L. E. (2010)	International Journal of	Identificar fatores de risco para a depressão pós-parto	Quantitativo, exploratório e descritivo	As taxas de DPP chegaram a 40% no período pós-parto precoce entre mulheres com bebês prematuros. A depressão foi

SEGRE, L. S., MCCABE, J. E., CHUFFO-SIEWERT, R., & O'HARA, M. W. (2014)	Obstetrics & Gynaecology Nursing Research	Determinar qual a abordagem de classificação diagnóstica que melhor explicaria o padrão de sintomas relatados pelas mães de UTIN, incluindo depressão, ansiedade generalizada, pânico e trauma.	Quantitativo, descritivo e exploratório	associada a idade gestacional precoce, menor peso ao nascer, doença / incapacidade infantil contínua e falta de apoio social. Estimativas de probabilidade máxima indicaram que examinar sintomas de distúrbios de depressão e ansiedade como classificações de diagnósticos separadas não se encaixam com os dados, considerando que examinar o fator comum de emocionalidade negativa se prestou um encaixe adequados com os dados, e identificou uma história de depressão, doença infantil e prematuridade infantil como significativos fatores de risco.
PARK, J., THOYRE, S., ESTREM, H., PADOS, B. F., KNAFL, G. J., & BRANDON, D. (2016)	American Journal of Maternal / Child Nursing.	Examinar a mudança no sofrimento psicológico das mães de bebês prematuros e sua associação com os comportamentos alimentares maternos à medida que o bebê passa para a alimentação oral completa.	Quantitativo, exploratório e descritivo	Apoiar o bem-estar psicológico materno enquanto os bebês aprendem a alimentar-se por via oral pode ser um alvo apropriado para intervenções e a incentivar as interações precoces entre mãe e bebê.
SEGRE, L. S., CHUFFO-SIEWERT, R., BROCK, R. L., & O'HARA, M. W. (2013)	Journal of Perinatology	Este estudo avaliou a viabilidade, aceitabilidade e eficácia de um tratamento de depressão no local, com base em evidências, entregues pela enfermagem: Visitas de escuta.	Quantitativo, descritivo e exploratório	As visitas de escuta foram associadas a um humor e bem-estar significativamente melhorados nas mães. A maioria das mulheres aproveitaram as Visitas de escuta e se sentiram satisfeitas com seus cuidados.
LIMA, L. G., & SMEHA, L. N. (2019)	Psicologia em Estudo	Conhecer a experiência de mães que tiveram seus bebês hospitalizados em uma UTIN.	Qualitativo, exploratório e descritivo	Os resultados revelam que é difícil para as mães não poder levar seus bebês para casa após o nascimento. Elas revelaram sentimentos como medo, insegurança, temor da morte do bebê, impotência e culpa.
SANTOS, A. D. S., RODRIGUES, L. D. N., SANTOS, M. S. N. D., SOUSA, G. J. B., VIANA, M. C. A., & CHAVES, E. M. C. (2019)	Texto e Contexto/Enfermag em	Identificar a experiência da maternidade no período da hospitalização do recém-nascido em uma UTIN.	Qualitativo, exploratório e descritivo	As mães apresentaram sentimentos negativos, como medo, tristeza e angústia. Os sentimentos consolidados se embasaram em vivências enfrentadas por essas mulheres, dificultando o exercício do papel materno na UTIN.
WERNET, M., AYRES, J. R. D. C. M., VIERA, C. S., LEITE, A. M., & MELLO, D. F. D. (2015)	Revista Brasileira de Enfermagem	Analisar experiências maternas em Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal, com foco nas relações de reconhecimento.	Qualitativo, descritivo e exploratório	Existe comprometimentos no processo de reconhecimento materno na unidade e, como desdobramento, surgem sentimentos de obrigação e insegurança para o cuidado do filho e fragilidades na autoestima

10. APÊNDICES

10.1. APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A Sr.^a está sendo convidada, como voluntária, a participar da pesquisa **“Estresse, ansiedade e depressão pós-parto em mães na Unidade Neonatal”** da pesquisadora **Maura Nunes Pimentel de Carvalho**, orientanda da **Prof.^a Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida**, do Programa em Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas cujo contato com ambas poderá ser feito no endereço Av. Rodrigo Otávio, 4200, Bairro Coroado – Campus Universitário – Setor Sul – Faculdade de Psicologia – Bloco X, Laboratório de Investigação Ciências Cognitivas, ou pelos telefones: (92) 3305-4127, (92) 99209-1983 e (92) 981569827 ou pelos endereços eletrônicos: labiccufam@hotmail.com mauranunes6@gmail.com e hayasidanazare@hotmail.com.

Geralmente a hospitalização de um filho é uma experiência difícil e desafiadora para as mães e suas famílias, uma vez que o ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é altamente tecnológica, moderna e separam fisicamente, emocionalmente e psicologicamente os bebês de seus pais. Problemas de saúde mental materna são considerados fatores de risco para a boa adaptação da díade mãe-bebê. O objetivo geral desta pesquisa é investigar os níveis de estresse, ansiedade e sintomas de depressão pós-parto em mães na Unidade Neonatal (UN). Para tanto, a Sr.^a responderá a três instrumentos que irão mensurar os níveis de estresse, ansiedade e sintomas de depressão pós-parto em mães na UN como também um questionário sociodemográfico com dados relativos à mãe e ao recém-nascido (RN).

Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, entende-se que podem-se ocorrer riscos, como possíveis desconfortos e/ou riscos psicossociais (ex.; constrangimento,

intimidação, angústia, insatisfação, irritação, mal-estar etc.), como também ocorrerão os benefícios da participação na pesquisa como: identificar e abordar o estresse, ansiedade e depressão materna com intervenções desenvolvidas pode ajudar a promover a estabilidade da família, a adaptação materna e os benefícios de longo prazo para o desenvolvimento do bebê. Além disso, os resultados desta pesquisa podem promover reflexões e possíveis melhorias das políticas públicas direcionadas a população materno-infantil.

Todavia, não se espera causar nenhum desconforto ou risco, podendo esta tarefa ser interrompida a qualquer momento visando o seu bem-estar. O projeto foi desenvolvido com base nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12, e atenderá as exigências éticas e científicas fundamentais: Comitê de Ética e Pesquisa, TCLE, confidencialidade e a privacidade dos dados. Caso ocorra constrangimento ou desconforto na sua participação neste estudo, a pesquisadora, que é psicóloga, suspenderá a aplicação dos instrumentos de coleta de dados para prestar-lhe o acompanhamento psicológico necessário, visando seu bem-estar. Ainda assim, poderá ser, posteriormente, encaminhada para atendimento psicológico no Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia-UFAM, estabelecido na Av. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 6200, Bloco X, Coroado, Manaus/AM.

Cumpra esclarecer que a pesquisa, por meio da instituição que a ampara, garantirá indenização aos participantes (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais lhes será exigida, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. Os valores respectivos aos danos serão estimados pela instituição proponente quando os mesmos ocorrerem, uma vez que não há valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos, que não há previsibilidade dos mesmos em seus graus, níveis e intensidades na Resolução em tela e nem na Resolução 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais, e que não há definição da graduação do risco (mínimo, baixo, moderado ou elevado).

Almeja-se, com os resultados da pesquisa, identificar e abordar o estresse e depressão materna com intervenções desenvolvidas para ajudar a promover a estabilidade da

família, a adaptação materna e os benefícios de longo prazo para o desenvolvimento do bebê, espera-se contribuir para as pesquisas na área materno-infantil e conseqüentemente com a saúde mental das mães e bebês.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no Laboratório de Investigação em Ciências Cognitivas, cujo endereço foi mencionado acima e a outra será fornecida a Sr^a. Se depois de consentir em participar, a Sr^a desistir da participação, terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus- AM, pelo telefone 3305-1181 (Ramal 2004), ou pelo endereço eletrônico cep.ufam@gmail.com.

Consentimento Pós-informação:

Eu, _____, por me considerar devidamente informado (a) sobre os objetivos e finalidades do estudo e ter tido a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas sobre o conteúdo deste documento e da pesquisa a ser desenvolvida, concedo livremente meu consentimento para inclusão como participante voluntário da pesquisa e atesto que me foi entregue uma via deste documento.

Assinatura da participante voluntário

Maura Nunes Pimentel de Carvalho
Assinatura da pesquisadora responsável

Profa. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida Data
Assinatura da Orientadora

Manaus, ____/____/____

10.2. APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA MESTRADO EM PSICOLOGIA PESQUISA: “ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MÃES NA UNIDADE NEONATAL”</p>
Nome:	
Data: / /	
1	Idade (anos): Cor/Raça: 1. () parda 2. () branca 3. () amarela 4. () preta 5. () indígena 6. () outros
2	Empregada: 1 Sim () 2 Não () Ocupação:
3	Cidade:
4	Zona da cidade: 1. () Zona Urbana 2. () Zona Rural
5	Durante a internação do RN você está: 1. () Albergada 2. () Internada 3. () Casa
6	Complicação durante a gravidez: 1. Sim () 2. Não () Qual?
7	Gravidez planejada: 1. Sim () 2. () Não
8	Em algum momento da sua vida você teve algum problema psiquiátrico, como problemas ligados à depressão ou à ansiedade? 1. Sim () 2. Não () qual? Obteve tratamento? 1. Sim () 2. Não ()
9	Estado Civil: 1. () Casado ou união estável 2. () Solteiro 3. () Separado ou divorciado 4. () Outros
10	Situação conjugal: 1. () Muito conflituosa 2. () Um pouco conflituosa 3. () ou nada conflituosa
11	Número de gestações: 1. () Nenhum 2. () 2 3. () 4 ou mais Número de abortos: 1. () Nenhum 2. () 2 3. () 2 ou 3 Natimorto: 1. Sim () 2. Não ()
12	Renda familiar mensal: 1. () Menos de um salário-mínimo 2. () De 1-2 salários-mínimos 3. () De 2-3 salários-mínimos 4. () De 3-4 salários-mínimos 5. () 4 salários-mínimos ou mais
13	Grau de instrução: 1. Analfabeto 2. () Ensino Fundamental Incompleto 3. () Ensino Fundamental Completo 4. () Ensino Médio Incompleto 5. () Ensino Médio Completo 6. () Ensino Superior Incompleto 7. () Ensino Superior Completo 8. () Especialização
14	Data Nascimento do Bebê: / /
15	Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino
16	Peso (gramas):
17	Idade gestacional: semanas
18	Tempo de internação: dias, Local: 1. () UTIN 2. () UCINCo 3. () UCP
19	Doenças ou problemas do bebê durante a internação:
20	Pré-natal: 1. Sim () 2. Não () Número de consultas no pré-natal:
21	Tipo de parto: 1. () Normal 2. () Cesáreo
22	Já passou por outra experiência de internação na UN: 1. () Sim 2. () Não

11. ANEXOS

11.1. ANEXO 1: *PARENTAL STRESS SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT:*
PSS: NICU

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA MESTRADO EM PSICOLOGIA PESQUISA: “ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO PÓS PARTO EM MÃES NA UNIDADE NEONATAL”				
Nome:						
Data: / /						
SONS e IMAGENS						
1.1	A presença de monitores e equipamentos					NA
1.2	O barulho constante de monitores e equipamentos					NA
1.3	O barulho repentino do alarme dos monitores					NA
1.4	Os outros bebês doentes na sala					NA
1.5	O grande número de pessoas trabalhando na unidade					NA
1.6	Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê					NA
Nível de estresse						
1- Não estressante			4- muito estressante			
2- um pouco estressante			5- extremamente estressante			
3- moderadamente estressante			NA- não se aplica			

Abaixo há uma lista de itens que podem descrever a APARÊNCIA E O COMPORTAMENTO do seu bebê enquanto você visita a UTI e alguns tratamentos que você observou serem aplicados a ele. Nem todos os bebês passaram por essas experiências ou têm essas aparências. Circule NA se você não passou pela experiência ou observou o item em questão. Se o item reflete algo por que você já passou, indique quanto isso lhe afetou circulando o número apropriado.

APARÊNCIA E O COMPORTAMENTO DO BEBÊ						
2.1	Tubos ou equipamentos no meu bebê ou perto dele					NA
2.2	Áreas machucadas, cortes ou lesões no meu bebê					NA
2.3	A cor anormal do meu bebê (por exemplo: pálido ou amarelado)					NA
2.4	Respiração incomum ou anormal no meu bebê					NA
2.5	O tamanho pequeno do meu bebê					NA

2.6	A aparência enrugada do meu bebê							NA
2.7	Ver agulhas e tubos no meu bebê							NA
2.8	Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo							NA
2.9	Quando meu bebê parecia estar sentindo dor							NA
2.91	Quando meu bebê parecia triste							NA
2.92	A aparência flácida e frágil do meu bebê							NA
2.93	Movimentos agitados e inquietos do meu bebê							NA
2.94	Meu bebê não ser capaz de chorar como os outros bebês							NA
Nível de estresse								
1- Não estressante				4- muito estressante				
2- um pouco estressante				5- extremamente estressante				
3- moderadamente estressante				NA- não se aplica				

A última área sobre o qual desejamos fazer perguntas diz respeito a como você se sente quanto à sua **RELAÇÃO** com o bebê e seu **PAPEL DE MÃE/PAI**. Se você já passou pelas situações ou experimentou os sentimentos listados abaixo, indique o nível de estresse circulando um número. Se não, circule NA.

ALTERAÇÃO NO PAPEL DE MÃE/PAI								
3.1	Estar separada(o) do meu bebê							NA
3.2	Não alimentar eu mesma(o) o meu bebê							NA
3.3	Não poder cuidar eu mesma(o) do meu bebê (por exemplo trocar fraldas, dar banho)							NA
3.4	Não poder segurar meu bebê quando eu quero							NA
3.5	Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos							NA
3.6	Não ter tempo para estar sozinha com o meu bebê							NA
Nível de estresse								
1- Não estressante				4- muito estressante				
2- um pouco estressante				5- extremamente estressante				
3- moderadamente estressante				NA- não se aplica				

Fonte: SOUZA, S. R. Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU). **Dissertação de mestrado**. p.125, 2009.

11.2. ANEXO 2: ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTOM (HAM-A)

 UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA MESTRADO EM PSICOLOGIA PESQUISA: “ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MÃES NA UNIDADE NEONATAL”			
Nome:			
Data: / /			
<p>Instruções: Escolha para cada item, segundo a sua experiência, a nota que corresponde o comportamento observado. As definições que acompanham o enunciado do item são exemplos para orientação. Todos os itens ser contados seguindo o esquema. Graus: Ausente = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4</p>			
Nº	ITENS	COMPORTAMENTO	GRAU
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade etc.	
2	Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões etc., (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura etc.	
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos etc.	
9	Sintomas	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de	

	Cardiovasculares	desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares etc.	
10	Sintomas Respiratórios	Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispneia etc.	
11	Sintomas Gastrointestinais	Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos etc.	
12	Sintomas Geniturinários	Polaciúria, urgência da micção, amenorreia, menorragia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido etc.	
13	Sintomas Autonômicos	Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pelos eriçados, tonteiras etc.	
14	Comportamento na Entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas etc.	
		ESCORE TOTAL:	

Fonte: HAMILTON, M. A. X. The assessment of anxiety states by rating. **British journal of medical psychology**, v.32, n.1, p. 50-55, 1959.

11.3. ANEXO 3: ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS).

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA MESTRADO EM PSICOLOGIA PESQUISA: “ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MÃES NA UNIDADE NEONATAL”</p>
<p>Nome:</p>	
<p>Data: / /</p>	
<p>Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)</p> <p>Como você teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor marque a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias.</p>	
<p>1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:</p> <p>0_ () Como eu sempre fiz;</p> <p>1_ () Não tanto quanto antes;</p> <p>2_ () Sem dúvida menos que antes;</p> <p>3_ () De jeito nenhum.</p>	<p>6.* Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia</p> <p>3_ () Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles;</p> <p>2_ () Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes;</p> <p>1_ () Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles;</p> <p>0_ () Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.</p>
<p>2. Eu tenho pensado no futuro com alegria:</p> <p>0_ () Sim, como de costume;</p> <p>1_ () Um pouco menos que de costume;</p> <p>2_ () Muito menos que de costume;</p> <p>3_ () Praticamente não.</p>	<p>7.* Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:</p> <p>3_ () Sim, na maioria das vezes;</p> <p>2_ () Sim, algumas vezes;</p> <p>1_ () Raramente;</p> <p>0_ () Não, nenhuma vez;</p>
<p>3.* Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado:</p> <p>3_ () Sim, na maioria das vezes.</p> <p>2_ () Sim, algumas vezes.</p> <p>1_ () Não muitas vezes.</p> <p>0_ () Não, nenhuma vez.</p>	<p>8.* Eu tenho me sentido triste ou muito mal:</p> <p>3_ () Sim, na maioria das vezes;</p> <p>2_ () Sim, muitas vezes;</p> <p>1_ () Raramente;</p> <p>0_ () Não, de jeito nenhum.</p>
<p>4. Eu tenho ficado ansiosa ou</p>	<p>9.* Eu tenho me sentido tão triste que tenho</p>

<p>preocupada sem uma boa razão</p> <p>0_ () Não, de maneira alguma.</p> <p>1_ () Pouquíssimas vezes.</p> <p>2_ () Sim, algumas vezes.</p> <p>3_ () Sim, muitas vezes.</p>	<p>chorado:</p> <p>3_ () Sim, a maior parte do tempo;</p> <p>2_ () Sim, muitas vezes;</p> <p>1_ () Só de vez em quando;</p> <p>0_ () Não, nunca.</p>
<p>5. *Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo</p> <p>3_ () Sim, muito seguido;</p> <p>2_ () Sim, às vezes;</p> <p>1_ () Raramente;</p> <p>0_ () Não, de jeito nenhum.</p>	<p>10.* Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma</p> <p>3_ () Sim, muitas vezes;</p> <p>2_ () Às vezes;</p> <p>1_ () Raramente;</p> <p>0_ () Nunca.</p>
<p><i>EPDS</i> – Orientações para cotação: As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.</p> <p>A <i>EPDS</i> foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.</p>	

Fonte: SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (*EPDS*) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2577–2588, 2007.

11.4. ANEXO 4: TERMO DE ANUÊNCIA DA MATERNIDADE

**AMAZONAS**
GOVERNO DO ESTADO**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que aceitamos que a pesquisadora **Maura Nunes Pimentel de Carvalho** desenvolva a pesquisa intitulada “**Estresse, ansiedade e depressão pós-parto em mães na Unidade Neonatal**”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida, na Maternidade Ana Braga.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Manaus, em 17 / Janho / 2019


Glauria Tapaioz Said Honczaryk
Diretora Geral
Maternidade Ana Braga

GLAURIA TAPAJOZ SAID HONCZARYK

Diretora Geral da Maternidade Ana Braga

11.5. ANEXO 5: TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA



Ministério da Educação
 Universidade Federal do Amazonas
 Faculdade de Psicologia
 Centro de Serviços de Psicologia Aplicada

**TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA**

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com o atendimento psicológico, caso necessário, dos participantes da pesquisa intitulada **“Estresse, ansiedade e depressão pós-parto em mães na Unidade Neonatal”**, sob a orientação da Prof. Dr. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida, a ser desenvolvida pela mestrand **Maura Nunes Pimentel de Carvalho**, em projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, o qual terá o apoio deste Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA).

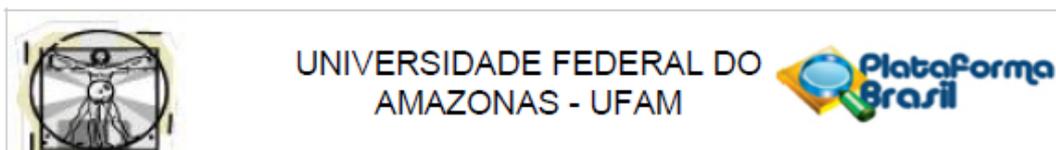
Manaus, 22 de junho de 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
 Faculdade de Psicologia

.....
 Prof.ª Dra. Lidia Ferraz
 Coordenadora

Prof. Dr. Lidia Ferraz
 Coordenadora Programa-CSPA

11.6. ANEXO 6: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MÃES NA UNIDADE NEONATAL

Pesquisador: MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20031719.0.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.576.388

Apresentação do Projeto:

A gravidez é uma crise evolutiva caracterizada por mudanças significativas nos aspectos biológicos, sociais e psicológicos da gestante. Esse momento exige adaptações psicofisiológicas e sociais para a retomada da homeostase e da promoção da continuidade do desenvolvimento social, considerada natural ao processo evolutivo da mulher (DANTAS, 2012). Com o nascimento do bebê, inicia-se uma etapa caracterizada por intensa transformação, que é denominada como puerpério, período marcado por significativas alterações biológicas e transformações no papel social e familiar da mulher, tais mudanças podem desencadear transtornos psiquiátricos (RUSCHI et al., 2007). Todavia, quando ocorre a hospitalização do recém-nascido, essa vulnerabilidade aumenta, pois, essa vivência pode gerar danos emocionais para toda a família, especialmente para os pais. Os recém-nascidos (RNs) são encaminhados para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ficando sob cuidados intensivos vinte e quatro horas por dia, para que tenham cuidados e consigam sobreviver após o nascimento traumático, que coloca o bebê em uma experiência diferente do ambiente uterino, local apropriado ao seu desenvolvimento. Um dos motivos mais frequentes de internação em unidade neonatal (UN) é a prematuridade, dentre outros acometimentos (MAIA, SILVA e FERRARI 2015). Geralmente a hospitalização de um filho é uma experiência difícil e desafiadora para as mães e suas famílias, uma vez que o ambiente de UTIN é altamente tecnológico, moderno e separam fisicamente, emocionalmente e psicologicamente os bebês de seus pais (VERONEZ et al., 2017). Especial atenção deve ser dada a esse momento, pois a

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

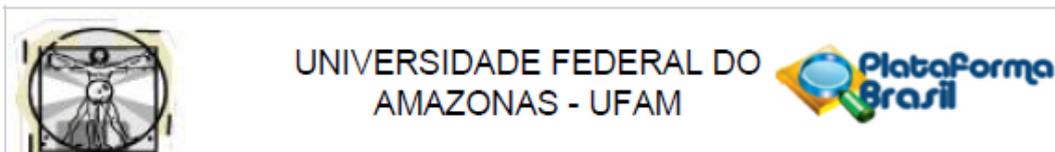
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.576.368

efetividade da vinculação mãe-bebê pode sofrer alterações.

Diante dessa realidade não desejada, os pais começam a lidar com sentimentos de medo, tristeza, fragilidade e insegurança no que diz respeito a vida do bebê (ROSO et al., 2014). O sentimento de culpa aparece principalmente quando a mãe precisa se dividir entre outras tarefas, tendo que deixar o filho sozinho. Buarque et al. (2006), ressaltam que é importante perceber essas nuances e intensificar a interação familiar, para que aos poucos a família perceba apoio e acolhimento por parte da equipe que presta atendimento ao RN diminuindo as chances de aumentar o estresse materno nesse período. Fatores como alto nível de estresse familiar, a baixa responsividade materna e alteração da competência parental parecem atuar diretamente no desenvolvimento infantil (BUARQUE et al., 2006). Flores et al., (2013) afirmam que a depressão e ansiedade puerperal também têm sido apontados como fatores de risco para o desenvolvimento infantil, podendo estar associados com a não formação de um apego seguro na criança. Dessa forma, o amparo psíquico da figura materna para com seu bebê é de extrema relevância para a constituição do eu e para o desenvolvimento adequado do aparelho psíquico.

Por outro lado, os autores apontam que as consequências da ansiedade materna não se limitam ao período do puerpério, mas podem ter efeitos a longo prazo para o desenvolvimento infantil. Assim também no período puerperal, a ansiedade pode influenciar a relação mãe-bebê, trazendo repercussões para o desenvolvimento da criança (CHEMELLHO; LEVANDOWSKI; DONELLI, 2017). A ansiedade materna traria dificuldades para a interação da díade, pois uma mãe ansiosa pode ter dificuldades em compreender as demandas do recém-nascido, decodificar o seu choro e as suas necessidades de amamentação, sono e afeto, o que pode comprometer o bem-estar do RN (FLORES et al., 2013). Padovani et al., (2004) em seus estudos identificaram sintomas em nível clínico de ansiedade, disforia e depressão em mães de neonatos pré-termo, comparando dois momentos, durante e após a hospitalização do bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Um quantitativo de 43 mães de neonatos pré-termo de muito baixo peso foi avaliado através dos Inventários de Ansiedade Traço-Estado e de Depressão de Beck. Foram realizadas duas avaliações, uma durante a hospitalização do bebê e outra após a alta hospitalar. Na primeira avaliação, 44% das mães apresentaram sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão. Após a alta hospitalar do bebê, houve redução significativa do número de mães (26%) com esses sintomas clínicos em relação à primeira avaliação. Os níveis de ansiedade-estado diminuíram significativamente da primeira para a segunda avaliação (de 35% para 12%). As mães de bebês pré-termo apresentaram ansiedade situacional e necessitam de suporte psicológico para enfrentar a

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

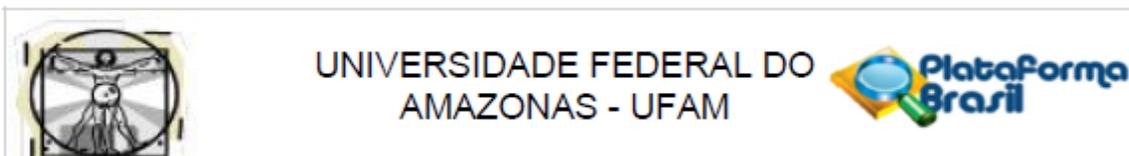
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.576.388

internação do bebê. Dantas (2012) evidenciou em seus estudos a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados. Utilizou como instrumentos o Inventário de Ansiedade Traço-Estado e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, ambos aplicados em forma de entrevista a 60 mães. Obteve como resultado que 81,7% das mães apresentaram intenso sintoma de estado de ansiedade, 70% de traço de ansiedade e 56,4% relataram altos índices de sintomas depressivos. Constatou-se nessa pesquisa uma alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados. Face à complexidade dos indicadores emocionais maternos diante dessa experiência hospitalar, deve-se realizar intervenções no sentido de avaliar as implicações das mudanças emocionais e comportamentais tanto nas mães quanto nos neonatos hospitalizados (ALKOZEI; MCMAHON; LAHAV, 2014; GROSNIK, 2013). Mediante o exposto, observa-se a importância da avaliação dos fatores psicológicos (ansiedade, estresse e depressão pós-parto) desde a atenção básica e na atenção terciária afim de minimizar os indicadores maternos no puerpério.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar os níveis de estresse, ansiedade e depressão pós-parto em mães com bebês internados em Unidade Neonatal (UN).

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil sociodemográfico de mães na UN;
- Identificar níveis de estresse, ansiedade e depressão pós-parto em mães na UN;
- Correlacionar os dados do perfil sociodemográfico da mãe com níveis de estresse, ansiedade e sintomas de depressão pós-parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com a resolução n.º 466/12 não existe pesquisa com seres humanos sem risco. Embora se trate apenas de uma investigação feita através de entrevistas e escalas, eventualmente poderá ocorrer algum constrangimento por parte do entrevistado como exemplo: intimidação, angústia, insatisfação, irritação, mal-estar etc. Para tanto, caso ocorra constrangimento ou desconforto

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

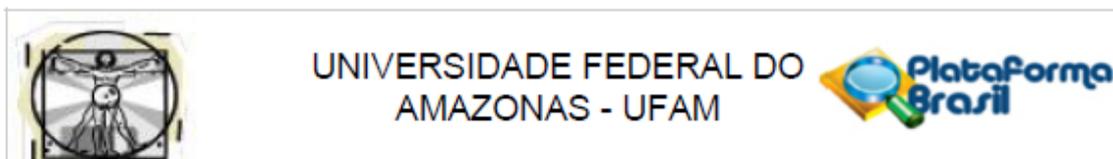
UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.576.388

durante a sua participação neste estudo, a pesquisadora suspenderá a aplicação dos instrumentos de coleta de dados para prestar-lhe ajuda, visando seu bem-estar. Ainda assim, a participante poderá ser, posteriormente, encaminhada para o Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia-UFAM, cuja carta de Anuência encontra-se em anexo.

Cumpra esclarecer que a pesquisadora garantirá indenização aos participantes (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais lhes será exigida, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano.

Benefícios:

Identificar e abordar o estresse, ansiedade e depressão materna com intervenções desenvolvidas pode ajudar a promover a estabilidade da família, a adaptação materna e os benefícios de longo prazo para o desenvolvimento do bebê. Além disso, os resultados desta pesquisa podem promover reflexões e possíveis melhorias das políticas públicas direcionadas a população materno-infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa em primeira submissão, em nível de mestrado, a ser desenvolvida pela discente Maura Nunes Pimentel de Carvalho, através do PPGPSI-FAPSI-UFAM, sob orientação da Profa. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida, consubstanciada na abordagem quantitativa de pesquisa, com um delineamento transversal quantitativo descritivo com levantamento de dados sobre o nível de estresse, ansiedade e depressão pós-parto de mães com filhos hospitalizados em Unidade Neonatal (UN).

A pesquisa será realizada na Maternidade Ana Braga localizada na Avenida Alameda Cosme Ferreira, s/n, Bairro São José I, Manaus-AM. A população participante será de mães (N= 51) que estão com seus filhos internados nas Unidades Neonatais (UNs). Para determinação do tamanho de amostra considerou-se como base de cálculo a estimativa de depressão pós-parto apontada pelo estudo Guidolin e Célia (2011) onde os casos de mães com esta característica pode alcançar 32,9%. Desta forma, assumindo-se um nível de significância de 5% (α) e uma margem de erro de 15% o número mínimo de mães a serem investigadas deverá ser de cinquenta e uma n= (51).

Uma vez atendido aos aspectos éticos será dado início ao processo de coleta de dados. Será realizado um projeto piloto, com quatro pacientes que estarão internadas no referido

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.576.368

hospital. A pesquisadora irá até o leito em que a paciente encontra-se internada como também no Albergue ou Unidades Neonatais, onde se apresentará e explicará o tema da pesquisa, bem como seus objetivos, relevância e procedimentos e instrumentos utilizados, convidará para participar da pesquisa, podendo realizar a entrevista no leito ou em sala privada do ambulatório designada pela instituição.

Para coleta de dados será realizado primeiramente um levantamento de dados sociodemográficos, elaborada pela pesquisadora para caracterização do perfil da população participante. Nessa entrevista será colhida informações como idade, estado civil, escolaridade, raça/etnia e informações socioeconômicas e familiares.

Serão registradas, ainda, informações em relação à gestação e ao pré-natal e sobre dados relativos ao recém-nascido (RN) como idade gestacional e peso ao nascer. Utilizaremos em seguida a escala a Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS NICU), escala para avaliar os níveis de estresse vivenciado pelas mães em relação à internação do RN na Unidade Neonatal.

As participantes irão sinalizar por meio de escala tipo Likert (não, pouco, muito, moderadamente ou extremamente estressante) como se sentem em relação a aspectos como sons e imagens, aparência e comportamento do bebê e alteração no papel de mãe. Logo em seguida ocorrerá a aplicação da escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), ela é composta por uma subescala psíquica e uma somática. A subescala psíquica (itens 1-6 e 14) aborda as queixas subjetivas cognitivas e afetivas da ansiedade (por exemplo, ansiedade, tensão, medos, dificuldade de concentração). O componente somático (itens 7-13) enfatiza características tais como excitação autonômica, sintomas respiratórios, gastrointestinais e cardiovasculares (KUMMER; CARDOSO; TEIXEIRA, 2010).

Logo em seguida será aplicada a escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) uma escala autoaplicável, constando de 10 itens em que são avaliadas a presença e a intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias.

A apresentação dos resultados ocorrerá pela estatística descritiva - distribuição absoluta e relativa (n - %), bem como, através das medidas de tendência central e de variabilidade com estudo da distribuição de dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Os dados serão analisados no programa Statistical Package for Social Sciences versão 20.0 (SPSS, 2008) para Windows, sendo que, para critérios de decisão estatística será adotado o nível de significância de 5%.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto: Apresentada e adequada, assinada pela Coordenação do PPGPSI-FAPSI-UFAM;
2. Termo de Anuência: Apresentados e adequados, assinados pela Direção Geral da Maternidade

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

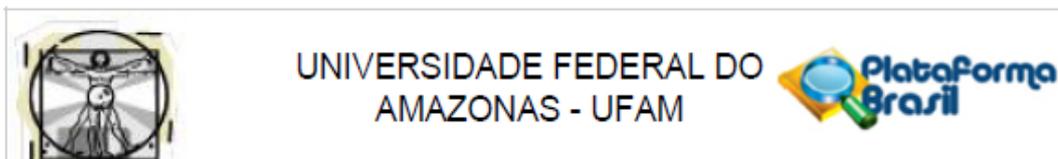
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.576.388

Ana Braga-SUSAM e Coordenação Geral do CSPA-FAPSI-UFAM;

3. TCLE: Apresentado e adequado;
4. Instrumentos de coleta de dados: Apresentados e adequados
5. Critérios de inclusão e exclusão: Apresentados e adequados;
6. Riscos e benefícios: Apresentados e adequados;
7. Cronograma: Apresentado e adequado (previsão de contato: a partir de outubro de 2019);
8. Orçamento: Apresentado e adequado, no valor de R\$ 770,00 (orçamento próprio).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que não há óbices éticos, o projeto em foco atendeu às exigências da legislação em vigor e, encontra-se apto para desenvolvimento após emissão e publicação de Parecer Final deste CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1382502.pdf	03/07/2019 02:21:46		Aceito
Outros	PARENTAL_STRESS_SCALE_NEONATAL_INTENSIVE.pdf	03/07/2019 02:03:39	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito
Outros	ESCALA_DE_DEPRESSAO_POS_PARTO.pdf	03/07/2019 02:02:16	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito
Outros	ESCALA_DE_ANSIEDADE_DE_HAMILTOM.pdf	03/07/2019 02:00:28	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_SOCIODEMOGRAFICO.pdf	03/07/2019 01:57:17	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_de_professora_Nazare.pdf	03/07/2019 01:54:49	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_de_Maura.pdf	03/07/2019 01:53:40	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_DO_CSPA.pdf	03/07/2019 01:51:25	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

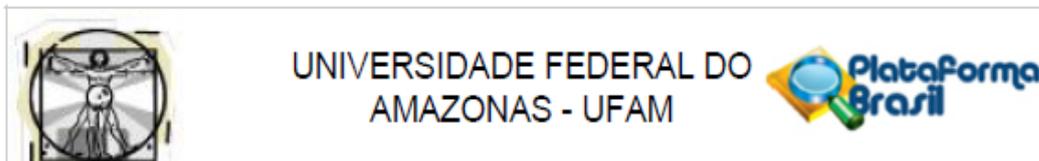
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.576.388

Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_DA_MATERNIDADE.pdf	03/07/2019 01:50:27	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	03/07/2019 01:47:10	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/07/2019 01:45:00	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	03/07/2019 01:44:02	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	03/07/2019 01:43:23	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	03/07/2019 01:39:55	MAURA NUNES PIMENTEL DE CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

MANAUS, 16 de Setembro de 2019

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com