

# Estados emocionais e estratégias de enfrentamento de mães de recém-nascidos de risco<sup>1</sup>

*Emotional states and coping strategies of mothers of newborns at risk*

Alessandra Brunoro Motta Loss<sup>2</sup>; Fernanda Rosalem Caprini; Pâmella Vitória Moreno dos Santos Rigoni & Brunna Laryssa Santos de Andrade

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil

---

## Resumo

Mães de recém-nascidos de risco podem apresentar estresse e depressão, interferindo na qualidade da interação com o bebê e em suas estratégias de enfrentamento. Foram avaliados os estados emocionais e estratégias de enfrentamento de 13 mães de bebês pré-termo e baixo peso de um programa de follow-up de recém-nascidos de risco em um hospital público de Vitória, pelos instrumentos: Inventários de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, Inventário de Depressão de Beck e Escala Modos de Enfrentamento de Problemas. Os bebês foram avaliados pela Escala Bayley-III. Realizou-se análise estatística descritiva dos dados. Verificou-se a presença de estresse (61,5%) e depressão (46,2%), com estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (M = 3,70) e busca de religiosidade (M = 2,21). O desenvolvimento dos bebês estava dentro dos padrões de normalidade. Fatores contextuais relativos ao estressor devem ser considerados para que propostas de intervenção sejam dirigidas à proteção do desenvolvimento da díade.

*Palavras-Chave:* Prematuro, Baixo peso, Adaptação psicológica.

## Abstract

Mothers of newborns at risk may show emotional states of stress and depression, affecting the quality of interaction with the baby and their coping strategies. The emotional states and coping strategies of 13 mothers of preterm and low birth weight babies in a follow-up program of infants at risk in a public hospital in Vitoria were assessed by the instruments: Lipp's Inventory of Stress Symptoms for Adults (ISSI), Beck Depression Inventory (BDI) and Ways of Coping with Problems Scale (EMEP). All the babies were assessed by the Bayle-III Scales (Screening Test). A descriptive statistical analysis data was performed. Findings were maternal stress indicators (61,5%) and depression (46,2%), with problem focused coping strategies (M = 3,70) and religion finding support (M = 2,21). The babies' development was considered normal. Contextual factors related to the stressor must be considered so that proposed interventions are targeted to protect dyad development.

*Keywords:* Premature, Low birth weight, Psychological adaptation.

---

<sup>1</sup> Apoio: Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES).

<sup>2</sup> Contato: [alessandrabmotta@yahoo.com.br](mailto:alessandrabmotta@yahoo.com.br)

A área da Psicologia da Saúde, mais especificamente, a Psicologia Pediátrica abarca diversas temáticas ligadas ao bem-estar físico e emocional de crianças e adolescentes, permitindo a compreensão da relação entre esses aspectos da saúde. Entre essas temáticas estão incluídas a “compreensão, avaliação e intervenção de transtornos do desenvolvimento; a avaliação e tratamento de problemas comportamentais e emocionais concomitantes à doença; o papel da psicologia na pediatria; e a prevenção de doenças e ferimentos entre crianças e jovens” (Roberts, La Grecca, & Harper, 1988).

Nesse contexto, as condições de prematuridade e baixo peso ao nascer, que se configuram como fatores de risco para o desenvolvimento típico do bebê tem sido foco das investigações na área de Psicologia Pediátrica, com estudos voltados para a avaliação de problemas de desenvolvimento (Castro, Lima, Aquino, & Eickmann, 2007; Dezoete, Macarthur, & Tuck, 2003; Linhares, Carvalho, Machado, & Martinez, 2003; Oliveira, Lima, & Gonçalves, 2003), dor (Klein & Linhares, 2007); eficácia de programas de *follow-up* (Feldman & Eidelman, 2009; Singer *et al.*, 1999); reações psicológicas maternas (Feldman, 2007; MacDonald, 2007; Padovani, Linhares, Duarte, Carvalho, & Martinez, 2004; Singer *et al.*, 1999); entre outras.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o nascimento prematuro ou pré-termo é definido como aquele cuja gestação termina antes da 37ª semana e o baixo peso ao nascer se relaciona ao nascimento do bebê com peso menor ou igual a 2500g. Ambos os fatores constituem importantes causas associadas à

mortalidade perinatal, neonatal e infantil (Scochi *et al.*, 2003). Ainda segundo dados da OMS, divulgados no ano de 2012, aproximadamente 15 milhões de bebês nascem prematuros no mundo a cada ano. No mesmo documento, o Brasil aparece na 10ª posição, com 279,3 mil partos de prematuros por ano, correspondendo a 9,2% do total de nascimentos em todo o país, dados esses bastante expressivos. Já o baixo peso ao nascer, fator fortemente associado à prematuridade, apresentou no ano de 2007 um índice de 8,1% (IBGE, 2009).

Tendo em vista tais conceitos, compreende-se que quanto menor a idade gestacional, maior a probabilidade de risco para a mortalidade, abandono do neonato e problemas de saúde em geral (Casey, Mcintire, & Leveno, 2001; Rodrigues & Bolsoni-Silva, 2011). Sobre tais impactos, pesquisadores da área têm apontado que uma das consequências da prematuridade é o atraso do desenvolvimento motor, cujos efeitos aparecem nas idades mais avançadas, quando surgem dificuldades na realização de atividades de vida diária e nas atividades acadêmicas podendo chegar a comprometer o desempenho escolar (Magalhães, Catarina, Barbosa, Mancini, & Paixão, 2003). Além disso, estudos indicam que as crianças prematuras com baixo peso ao nascer, oferecem maior risco (sete a dez vezes) de apresentar problemas funcionais e cognitivos, quando comparadas a crianças a termo com peso acima de 2500g (Novello, Degraw, & Kleinnan, 1992; Oliveira, Magalhães, & Salmela, 2011).

Estando diante da condição de prematuridade e baixo peso de seu filho, a mãe precisa lidar com a instabilidade orgânica do bebê, e a conseqüente exposição do mesmo às

situações adversas e dolorosas necessárias aos cuidados médicos em Unidades de Tratamento Neonatal (UTIN), sendo comum nesses casos a geração de sentimento de tristeza e angústia, os quais podem elevar os níveis de ansiedade frente ao nascimento prematuro (Feldman, 2007; Padovani et al., 2004). Assente a essa colocação, Jotzo e Poets (2005) reportam que parte da causa do estresse dos pais de crianças prematuras advém de sua aparência frágil e doente, de seu afastamento durante a hospitalização, a modificação de sua função parental frente aos cuidados necessários e o próprio medo de que a criança não sobreviva.

Somado a isso, a mãe do bebê pré-termo está diante de uma situação crítica emergencial e muitas vezes não esperada, na qual experimenta a sensação de perda de controle, insegurança no trato do bebê e frustração, podendo sentir-se inadequada frente ao papel de mãe que desempenha (Spielman & Taubman-Ben-Ari, 2009). Em resposta a esse contexto, pode apresentar sentimentos de tristeza e depressão (Singer et al., 1999) e em outros casos, podem ser observados sinais de hostilidade e problemas de ajustamento psicossocial (Padovani et al., 2004).

Esses sintomas emocionais maternos têm sido descritos na literatura como fatores de risco para o desenvolvimento da criança (Padovani et al., 2004), sendo relevante e necessária a atenção a essas variáveis maternas. Mesmo quando se trata desses estados psicológicos em mães de bebê a termo há uma preocupação com os efeitos sobre a criança, conforme mostrou Schwengber e Piccinini (2004) em estudo sobre a depressão materna e a interação mãe e bebê após o primeiro ano de vida. Neste estudo, a comparação entre mães com escores clínicos de

depressão e mães sem indicadores clínicos revelou comportamentos e reações maternas com potencial impacto negativo, tais como apatia, redução da demonstração de afeto pelo bebê e maior ocorrência de vocalização negativa dirigida ao bebê durante a brincadeira.

Em estudo longitudinal que avaliou indicadores de ansiedade e depressão em mães de bebês prematuros com baixo peso em três momentos: durante a internação, após a alta do bebê e após um ano de vida da criança, e comparou com as variáveis do desenvolvimento do bebê, Carvalho, Martinez, e Linhares (2008) verificaram a presença de sintomas clínicos de ansiedade e depressão em todos os momentos, embora tenha sido observada a diminuição dos mesmos no final do primeiro ano de vida; período em que a avaliação indicou o predomínio de bebês com desenvolvimento típico.

Esses achados também foram descritos por Padovani et al. (2004) que, ao verificarem a presença de sintomas de ansiedade, disforia e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após a internação na UTIN, constataram uma redução significativa de mães com esses sintomas na fase após a alta hospitalar do bebê, acompanhada da redução também significativa dos níveis de ansiedade-estado antes e após a internação.

No contexto internacional, estudos empíricos identificaram altos níveis de ansiedade e depressão em mães de bebês pré-termo e muito baixo peso, indicando a relevância da rede de apoio, do suporte psicológico e do *coping* frente a essa situação (Beck, 2003; Feldman, 2007; Macdonald, 2007).

Comparando as reações psicológicas maternas em condição de prematuridade e do

nascimento a termo, Singer et al. (1999), verificaram níveis de sofrimento psicológico significativamente superiores no primeiro mês de nascimento em mães de bebês em condições adversas de prematuridade e baixo peso, indicando o suporte psicológico imediato após o nascimento, com monitoramento nos programas de *follow-up*.

Em consonância com Fraga, Linhares, Carvalho, e Martinez (2008), esses estudos reforçam a importância dos programas de *follow-up* para recém-nascido de risco (prematureo e baixo peso), nos quais os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao recém-nascido, entre eles o psicólogo, possam contribuir com a avaliação e acompanhamento do bebê e, também, no atendimento das necessidades das mães (Carvalho et al., 2008; Fraga et al., 2008; Padovani et al., 2004; Perosa, Canavez, Silveira, Padovani, & Peraçoli, 2009).

Há situações em que a prematuridade não é um fator de risco determinante no desenvolvimento do bebê, mas age diretamente na dinâmica familiar. E, de acordo com Gaíva e Ferriane (2001), “a prematuridade enquanto condição, mesmo não produzindo consequências/limitações à criança, interfere no cotidiano familiar e faz com que a família desenvolva estratégias dentro e fora do lar para lidar com a situação” (p. 26). Assente a isso, Perosa et al. (2009) afirmam que para a mãe de um bebê nesse contexto, cuja situação pode favorecer a presença de limitações cognitivas, físicas ou mesmo psicológicas, tais circunstâncias podem trazer uma sensação de fracasso no cumprimento do papel materno, modificando, por conseguinte, toda a rotina da família.

No que se refere à possibilidade de

enfrentamento<sup>3</sup> dessa situação, verificou-se em um estudo realizado com casais, pais de bebês pré-termo em seu primeiro mês de vida, que a situação de prematuridade, por ser identificada como uma situação de crise potencial pode levar a um nível mais elevado de crescimento psicológico dos pais quando comparados aos dos nascidos a termo. O fato que se coloca é que os pais de bebês prematuros, ao reconhecerem a sua vulnerabilidade, podem tornar-se mais dispostos a aceitar ajuda e, portanto, mais capazes de fazer uso eficiente da rede de apoio social oferecido por ambos os parentes e funcionários do hospital (Spielman & Taubman-Ben-Ari, 2009).

Assim a importância de programas *follow-up* se dá como um norteador para a família que precisa receber esse bebê necessitado de cuidados específicos, pois visto que o bebê prematuro não é esperado, toda sua família precisa se reestruturar a fim de criar condições adequadas de receber essa criança compreendendo e atendendo as suas limitações, prevenindo qualquer alteração psíquica e comportamental (Navajas & Caniato, 2003).

Para que propostas de intervenção em programas de *follow-up* de bebê de risco tenham êxito, faz-se necessária uma adequada avaliação dessas variáveis psicológicas maternas, bem como de suas estratégias de enfrentamento, garantindo a consideração das particularidades da mãe que se configuram como risco e a

---

<sup>3</sup> O presente estudo adotou a definição de estratégias de enfrentamento ou *coping* descrita no modelo transacional de estresse, em que “enfrentamento refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo” (Folkman, Lazarus, Gruen, & De Longis, 1986 p. 572).

identificação de potenciais fatores de proteção. Um maior aprofundamento dessas informações se faz necessário para uma melhor assistência e suporte aos pais para o cuidado com seus filhos fora do ambiente hospitalar.

### Objetivos

Esta pesquisa teve como objetivo geral avaliar os estados emocionais e estratégias de enfrentamento de mães de bebês pré-termo e baixo peso ao nascer, inscritas em um programa de *follow-up* de recém-nascidos de risco no ambulatório de Pediatria de um hospital público situado na Grande Vitória-ES. Mais especificamente, pretendeu-se: a) descrever características sociodemográficas das mães dos bebês prematuros e baixo peso; b) descrever características clínicas do nascimento do bebê e seus indicadores do desenvolvimento atual; c) verificar a presença de sintomas em nível clínico de estresse e depressão nas mães dos bebês prematuros e baixo peso; d) identificar e analisar as estratégias de enfrentamento das mães; e) identificar os indicadores de desenvolvimento dos bebês; e f) analisar as relações entre a presença de sintomas clínicos de estresse e depressão e as variáveis biológicas de nascimento e desenvolvimento do bebê.

### Método

Foi proposto um estudo descritivo, que permitisse conhecer os estados emocionais de mães de bebês de risco, suas estratégias de enfrentamento, bem como buscar relações entre as variáveis maternas e as variáveis dos bebês.

#### *Participantes*

Para a composição da amostra de conveniência (Meltzoff, 2001), 13 díades mães-

bebês de risco (prematuros e baixo peso ao nascer), inscritas no Programa de *Follow-up* de Bebê de Risco, do Ambulatório de Pediatria de uma instituição hospitalar da rede pública do estado do ES, foram avaliadas quanto aos seus estados emocionais e estratégias de enfrentamento. Para a análise das variáveis de nascimento do bebê foram coletados dados em documentos do serviço de saúde. É importante destacar que, considerando não haver registro de avaliação do desenvolvimento global do bebê nos prontuários do Programa, já que cada especialidade (fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional) fazia uma avaliação específica, decidiu-se pela inclusão de um instrumento de avaliação do desenvolvimento, que foi aplicado pelas pesquisadoras durante a coleta de dados (ver descrição detalhada na Seção Procedimentos).

Foi adotado como critério de inclusão na amostra as seguintes condições do bebê: a) idade gestacional inferior a 37 semanas e o baixo peso ao nascer; b) serem egressos da UTIN do hospital; e c) atenderem ao critério do instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil que exigia uma idade corrigida mínima de 1 mês (Bayley, 2006); e as seguintes condições por parte da mãe: concordância em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento para a sua participação, em consonância com a Norma nº. 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e da avaliação do Comitê de Ética local.

#### *Local de coleta dos dados*

A pesquisa foi realizada no ambulatório de Pediatria do hospital-escola da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), durante o

período entre dezembro de 2011 e maio de 2012. Nesse ambulatório é realizado, desde abril de 2011, o Projeto de Extensão Universitária intitulado Programa de *follow-up* de bebê de risco do Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). Atendendo às necessidades globais do desenvolvimento do bebê de risco, o Programa de *Follow-up* conta com uma equipe multiprofissional composta por fonoaudióloga, pediatra, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e enfermeira. O fluxo dos atendimentos é iniciado ainda na UTIN, quando a mãe é encaminhada ao programa no momento da alta, com agendamento programado para a primeira semana após a alta hospitalar.

#### *Material e instrumentos*

Foram utilizados como materiais e instrumentos na pesquisa:

- a) Protocolo de entrevista com as mães, adaptado de Guimarães (2010), contendo perguntas fechadas e abertas, abrangendo informações sobre: a) dados demográficos; b) variáveis de suporte social; c) variáveis de amamentação; e d) variáveis do bebê. As perguntas abertas se relacionam à condição de prematuro e baixo peso ao nascer do bebê. Para este estudo foram consideradas somente as informações sobre os dados demográficos e variáveis de nascimento do bebê.
- b) Escala “Modos de Enfrentamento de Problemas” – EMEP (Seidl, Trócoli & Zannon, 2001) – composta por 45 itens que abordam quatro fatores: Fator 1: Estratégias de enfrentamento focalizadas no problema; Fator 2: Estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção;

Fator 3: Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e Fator 4: Busca de suporte social. A escala de respostas utilizada é a do tipo Likert de cinco pontos (1- Eu nunca faço isso; 2 – Eu faço isso um pouco; 3 – Eu faço isso às vezes; 4 – Eu faço isso muito; 5 – Eu faço isso sempre). Há indicadores de adequação da escala para aplicação em contextos de pesquisa e de intervenção profissional, em especial a atuação clínica voltada para manejo do estresse junto a diferentes clientelas (Faria & Seidl, 2006; Seidl *et al.*, 2001).

c) Inventário de Sintomas *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) - Instrumento elaborado por Lipp (2002) que busca avaliar, em adultos, a presença e o nível de estresse no qual a pessoa se encontra, bem como sua sintomatologia proeminente. É composto por 53 itens distribuídos em três quadros que consideram a fase do estresse, verificando a presença dos sintomas (físicos e psicológicos) em diferentes momentos: nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. Trata-se de um instrumento de rápida aplicação (10 minutos em média), podendo ter aplicação individual ou em grupo.

d) Inventário de Depressão Beck (BDI) (Cunha, 2001) – trata-se de uma medida de auto-avaliação de depressão, por meio de 21 itens que incluem sintomas e atitudes, tais como tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, ideias

suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, e perda de peso. Traduzida para vários idiomas, é uma medida amplamente utilizada em diversos países, tanto na área da pesquisa quanto na clínica.

e) Prontuários de Acompanhamento do Programa de *Follow-up*, para obter informações sobre a alta da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), e os registros de acompanhamento no Programa de *Follow-up* que pudessem trazer dados para a avaliação comportamental do bebê. Mais especificamente, os prontuários traziam informações sobre a data de nascimento do bebê, tempo de internação da UTIN, intercorrências durante a internação, data da alta hospitalar, idade e peso ao nascer, além de dados do desenvolvimento do bebê durante o *follow-up* (peso, altura, alimentação, hábitos de sucção, sono, entre outros).

f) Escala Bayley III – *Scales of Infant and Toddler Development (Screening Test)* – escala de desenvolvimento de Nancy Bayley (2006) que tem o intuito de avaliar rápida e individualmente o funcionamento dos quesitos: cognitivo, comunicação receptiva, comunicação expressiva, motricidade fina e motricidade ampla de bebês e crianças pequenas com idades entre um e 42 meses. Tem como objetivo primário determinar o progresso desenvolvimental da criança segundo as expectativas de sua própria idade e indicar, em casos específicos, a

necessidade de avaliações mais aprofundadas de algum de seus quesitos. As escalas Bayley são referidas como sendo o teste mais utilizado para avaliação do desenvolvimento infantil (Halperin & Mckay, 1998). Apesar de não existir normas brasileiras para a versão Screening, o teste já tem sido utilizado em amostras nacionais, com ressalva na análise e comparação dos dados (Silveira, 2009).

#### *Procedimento*

Para o alcance dos objetivos desta pesquisa foram realizadas as etapas descritas a seguir.

Na Etapa 1 – Composição da amostra: foi realizada uma visita ao local de coleta de dados, o Ambulatório de Pediatria do HUCAM, para a apresentação da pesquisa aos profissionais do programa, além de iniciar o processo de identificação dos participantes nos prontuários do Ambulatório de Pediatria. Esta tarefa foi realizada semanalmente, durante o período de coleta de dados (dezembro de 2012 a maio de 2012), para a verificação da agenda do serviço e preparação dos instrumentos da pesquisa. Também nesta etapa era realizada a coleta das informações em prontuários do Programa de *Follow-up*.

A Etapa 2 – Entrevista com as mães: consistia na apresentação da pesquisa à participante, por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a posterior assinatura da mãe, quando havia a concordância com sua participação. Também nesta etapa, a mãe respondeu às questões sobre suas características sociodemográficas e sobre as variáveis de nascimento do bebê.

Na Etapa 3 – Avaliação das mães: foram

aplicados individualmente os instrumentos de avaliação de sintomas de estresse (Inventário de Sintomas Stress para Adultos - ISSL), de depressão (Inventário de Depressão de Beck - BDI) e das estratégias de enfrentamento (Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP).

Após a verificação dos prontuários de acompanhamento do Programa de *Follow-up* (Etapa 1), constatou-se que o registro dos dados de avaliação do desenvolvimento do bebê era feito por especialidades (fonoaudióloga, fisioterapia e terapia ocupacional), com a utilização de protocolos diferentes. Optou-se, então, por incluir a Etapa 4 – Avaliação dos bebês, na qual foi aplicada a Escala Bayley III (Screening Test), permitindo obter informações sobre o funcionamento cognitivo, linguístico e motor dos bebês. É importante destacar que para a realização desta etapa foi realizado um treinamento teórico e prático com as alunas de Psicologia responsáveis pela aplicação do instrumento.

Na maioria das vezes as etapas 2, 3 e 4 eram realizadas em um só dia. Somente quando o bebê dormia ou apresentava sinais de desconforto, era agendado um retorno para a avaliação do desenvolvimento, por meio da Bayley.

#### *Análise de dados*

Para a análise dos dados dos instrumentos padronizados foram consideradas as normas estabelecidas pelo manual dos mesmos (ISSL, BDI e EMEP) e, posteriormente, os escores foram submetidos à análise estatística descritiva, com cálculo de proporção (ISSL e BDI), média e desvio padrão (EMEP). Os dados sociodemográficos das mães também foram analisados de modo descritivo, juntamente com as variáveis de nascimento dos bebês. Os dados referentes à avaliação de desenvolvimento dos bebês, por meio da Bayley, consideraram as orientações normativas norte-americanas, uma vez que não existem, no Brasil, estudos de padronização e validação da versão *Screening Test*.

#### **Resultados**

##### *Dados de caracterização sociodemográfica das mães e de nascimento dos bebês*

Foram avaliadas 13 díades mãe-bebê que frequentavam o Programa de *Follow-up* de bebê de risco (nascido prematuro e/ou baixo peso). A Tabela 1 apresenta dados sociodemográficos das mães, permitindo verificar que essas apresentavam uma idade mediana de 23 anos (DP = 5,5; variância de 20 a 38 anos), em sua maioria com um filho e convivendo em união estável (69,2%).

Tabela 1: *Características sociodemográficas maternas*

Variáveis maternas	N = 13	
Idade – mediana (amplitude)	23	20-38
Escolaridade – frequência (%)		
Ensino fundamental completo	2	15,4
Ensino médio incompleto	5	38,5
Ensino médio completo	6	46,1
Estado Civil – frequência (%)		
União estável	9	69,2
Solteira	4	30,8
Situação ocupacional – frequência (%)		
Trabalha fora do lar	7	53,8
Do lar	4	30,8
Estudante	2	15,4
Religião – frequência (%)		
Evangélica	10	76,9
Católica	2	15,4
Não possui	1	7,7
Número de filhos vivos – frequência (%)		
1 filho	7	53,8
2 filhos	4	30,8
3 ou mais filhos	2	15,4

Em relação ao tipo de trabalho da mãe, 53,8% relatou que trabalha fora do lar e, sobre o nível de escolaridade, 46,1% relatou ter concluído o ensino médio. Além disso, a maioria das participantes relatou seguir algum tipo de prática religiosa (92,3%).

No que se refere às variáveis neonatais, a média da idade gestacional encontrada foi de

31,3 semanas, e do peso ao nascer foi 1377 gramas (DP = 492g; variância de 706g a 2040g). O Apgar de 5º minuto variou entre 8 e 9, sendo que os bebês permaneceram internados na Unidade Intensiva Neonatal (UTIN) do hospital por um tempo médio de 60,4 dias (DP = 35,4 dias; variância de 13 a 132 dias), como mostra a Tabela 2.

Tabela 2: *Características dos bebês (N = 13)*

Características	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo	Mediana	Desvio Padrão
Peso (gramas)	1377,4	706	2040	1373	492
Idade gestacional (semanas)	31,3	26	36	31	3,3
Apgar de 5º minuto	8,5	8	9	8,5	0,5
Tempo de internação	60,4	13	132	72,5	35,4

Ainda com relação às variáveis do bebê, foi realizada a aplicação da *Bayley Scales of Infant and Toddler Development III (Screening Test)*, com o intuito de avaliar o funcionamento cognitivo, linguístico e motor dos bebês e assim ter uma compreensão mais completa acerca da população avaliada. Ainda no que se refere a sua aplicação, foram consideradas as orientações do manual sobre a idade mínima de um mês na idade corrigida para a aplicação da escala e do treinamento específico dos avaliadores para a

aplicação do instrumento.

Por não haver uma padronização nacional dos resultados, os escores obtidos foram comparados com a amostra americana, corroborando os resultados positivos dessa população também encontrados por eles. Tais dados indicam que as crianças da amostra apresentavam muitas das habilidades previstas para sua idade corrigida ou mesmo estavam em situação da emergência da habilidade. A Tabela 3 indica os resultados encontrados na avaliação.

Tabela 3 *resultado geral do desempenho dos bebês segundo avaliação realizada com a Bayley III (N = 13)*

	Área de avaliação				
	Cognitiva	Comunicação Receptiva	Comunicação Expressiva	Motora Fina	Motora Ampla
Desempenho	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Competente	11 (84,6)	10 (76,9)	3 (23,1)	8 (61,5)	7 (53,8)
Emergente	1 (7,7)	1 (7,7)	8 (61,5)	5 (38,5)	5 (38,5)
Em risco	1 (7,7)	2 (15,4)	2 (15,4)	-	1 (7,7)

A Tabela 3 mostra que a maioria dos bebês obteve desempenho competente nas áreas cognitiva (84,6%), comunicação receptiva (76,9%), motora fina (61,5%) e motora ampla (53,8%). A avaliação da comunicação expressiva indicou que a maioria está emergente (61,5%), indicando que a habilidade está em desenvolvimento. Somente dois bebês receberam classificação de risco, sendo um nas áreas: cognitiva, comunicação receptiva, comunicação expressiva e motora ampla; e outro em comunicação receptiva e expressiva.

#### *Dados referentes aos estados emocionais maternos*

Com relação à análise dos estados emocionais maternos (Tabela 4), a avaliação do estresse indicou que 61,5% das mães apresentaram algum nível de estresse. Dessas, 62,5% encontravam-se na Fase de Resistência, 25% estavam na Fase exaustão e 12,5% indicaram níveis de Quase Exaustão. Dentre os sintomas com maior prevalência nos participantes avaliados, verificou-se que 75% desses eram de origem predominantemente psicológica, 12,5% tinham predominância de sintomas físicos e 12,5% combinavam sintomas físicos e psicológicos.

Tabela 4: *Resultado geral dos estados emocionais maternos*

Estados emocionais maternos		
<b>Estresse (ISSL)</b>	F	%
Ocorrência (n = 13)		
Sim	8	61,5
Não	5	38,5
Fase (n = 8)		
Resistência	5	62,5
Quase exaustão	1	12,5
Exaustão	2	25
Sintomas (n = 8)		
Psicológicos	6	75
Físicos	1	12,5
Físicos e psicológicos	1	12,5
<b>Depressão (BDI)</b>		
Ocorrência (n = 13)		
Sim	6	46,2
Não	7	53,8

Ainda no que diz respeito às variáveis maternas, segundo a avaliação dos índices de Depressão das mães estudadas, verificou-se que

46,2% apresentou sintomas depressivos.

*Dados referentes às estratégias de enfrentamento das mães*

Finalmente, segundo a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP, sobre a medida de enfrentamento utilizada pelo público investigado, observou-se que se destacou a

utilização das estratégias de Enfrentamento Focalizado no Problema (Média = 3,70) e da Estratégia de Busca de prática religiosa/Pensamento Fantástico (Média = 2,21).

Tabela 5: *Análise descritiva das estratégias de enfrentamento medidas pela EMEP (N = 13)*

Estratégia	Média	Desvio padrão
Focalizado no problema	3,70	0,56
Focalizado na emoção	2,21	0,73
Busca por prática religiosa	3,71	0,63
Busca por suporte social	3,08	0,83

A análise por itens destaca médias superiores nos itens 44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação (M = 4,85) e 39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela (M = 4,54), representativas dos fatores *Busca por prática religiosa* e *Focalizado no problema*, respectivamente.

### Discussão

A presente pesquisa buscou responder às questões sobre: 1) variáveis de nascimento e do desenvolvimento de bebês de risco (prematuridade e baixo peso); 2) variáveis maternas, tais como suas emoções e reações ao nascimento prematuro de seu filho (depressão e estresse); 3) suas estratégias para o enfrentamento da condição de risco e; 4) possíveis relações entre essas variáveis. Seguindo essa ordem, cada questão será discutida isoladamente para, então, tecer relações entre essas variáveis.

No que se refere às condições de nascimento dos bebês, viu-se que a prematuridade e o baixo

peso ao nascer foram acompanhados de um índice médio de Apgar igual a oito aos cinco minutos, revelando que os indicadores de bem-estar físico necessários à sobrevivência do bebê e associados ao prognóstico favorável do mesmo, estiveram presentes no período neonatal. É esperado, então, que esses bebês provavelmente não apresentem problemas futuros (Casey et al., 2001).

Após a alta hospitalar, quando os bebês retornavam para acompanhamento ambulatorial, foram obtidos os dados sobre o desenvolvimento do bebê (Bayley-III). Nessa avaliação, os bebês tinham de um até seis meses de idade cronológica corrigida (ICC) e apresentaram um padrão dentro da normalidade, mesmo considerando os parâmetros norte-americanos. Em estudo que avaliou indicadores de desenvolvimento de prematuros utilizando a versão completa da Bayley, os achados foram semelhantes, ou seja, dentro do esperado nas escalas mental e motora, aos 12 meses de idade (Fraga et al., 2008). Entretanto, nesse mesmo

estudo, a análise dos itens das escalas mostrou que alguns acontecimentos típicos do desenvolvimento, tais como intencionalidade, linguagem, imitação, sentar, caminhar e outros, não foram atingidos no ritmo esperado (Fraga et al., 2008). Avaliando bebês prematuros por meio da Escala de Desenvolvimento e Comportamento da Criança (EDCC), Linhares et al. (2003) também verificaram que aos seis e onze meses os bebês apresentaram índices bons e excelentes em todas as áreas avaliadas. Ao onze meses, entretanto, verificaram indícios, um pouco mais elevados (39% e 33%, respectivamente), de atraso ou risco em áreas que envolvem os comportamentos de ficar em pé com apoio mínimo, caminhar com auxílio, repetir os próprios sons e repetir a mesma sílaba (Linhares et al., 2003). Com bases nessas análises, o presente estudo sinaliza a necessidade de que esses bebês tenham um acompanhamento regular que inclua novas avaliações do desenvolvimento que permitam identificar e intervir precocemente naquelas habilidades que possam ter seu curso e ritmo de desenvolvimento impactado pela vulnerabilidade, mantendo uma classificação favorável, tal como foi obtida nos primeiros meses.

Esse acompanhamento deve incluir o suporte e orientação às mães que, nesse estudo, apresentaram indicadores clínicos de estresse e depressão. Essas reações têm sido descritas na literatura tanto nos períodos de internação do bebê quanto na alta hospitalar, sendo que na alta os escores de depressão e ansiedade apresentaram um declínio (Padovani et al., 2004; Fraga et al., 2008), sugerindo que a experiência dos cuidados do bebê em casa sejam menos ameaçadores ao bem-estar materno do que os

momentos de internação do bebê. De fato, após a alta a controlabilidade da situação parece aumentada e o risco de morte mais distante. Por outro lado, se níveis clínicos de estresse e depressão ainda se fazem presentes, é possível pensar que outros estressores estejam presentes, tais como a insegurança quanto à capacidade de cuidar, o ajuste familiar necessário à chegada do bebê em casa, além do desgaste físico que se mantém nos períodos iniciais do desenvolvimento do bebê.

Para lidar com as demandas impostas pela prematuridade, especialmente aquelas envolvidas no período da internação do bebê na UTIN, as mães relataram o uso de estratégias de enfrentamento predominantemente focalizadas no problema, com ações dirigidas para a eliminação e/ou alteração do estressor e, estratégias relacionadas à busca de prática religiosa. Esta última, coerente com o fato de que a maioria das mães relatou seguir algum tipo de religião e com a constatação de que a cultura religiosa é uma variável que interfere na resposta de enfrentamento (Faria & Seidl, 2006). A estratégia de solução de problemas foi ainda mais presente no relato das mães. Isso significa que, apesar da internação exigida para a recuperação do bebê prematuro e baixo peso ser algo sobre o qual a mãe tem pouco controle, ela consegue empregar ações instrumentais que contribuam para a alteração do estressor. Nesse caso, levanta-se a hipótese de que a experiência direta na UTIN, observando os procedimentos da equipe de saúde e sendo encorajadas a participar dos cuidados com o bebê, possa ter subsidiado o emprego dessas estratégias de solução do problema.

Esses achados se somam na busca pela compreensão das relações entre as variáveis

maternas e do bebê neste estudo. A vulnerabilidade imposta pela prematuridade parece não ter sido suficiente para que prejuízos ao desenvolvimento fossem observados logo após a alta hospitalar. Mesmo assim, as mães apresentavam sinais de estresse e depressão. Considerando o empenho dedicado aos cuidados com o bebê (relatos de estratégias focalizadas no problema), é possível questionar sobre a hipótese de uma sobrecarga emocional sobre a mãe, mas que pode estar sendo enfrentada com a busca pelo suporte religioso e que foi assistida com o suporte psicológico durante a internação. De outro lado, a presença desses indicadores emocionais negativos não foi suficiente para alterar o curso do desenvolvimento do bebê até o presente momento. Segundo Fraga et al. (2008), variáveis maternas podem ter efeitos diferenciais sobre o bebê, com a ansiedade podendo assumir um papel de risco ou proteção. Isso vai depender tanto da área do desenvolvimento que está sendo abordada, por exemplo, ansiedade materna como mecanismo de proteção ao desenvolvimento cognitivo, uma vez que mães mais ansiosas podem apresentar um estado de alerta mais favorável à interação e estímulo do bebê. Esse fato mostra a importância de articulação entre as propostas de assistência ao bebê e à mãe, nas diversas fases do desenvolvimento do bebê de risco (internação, alta e seguimento), com o objetivo de compreender essa relação no grupo, mas também, na história de desenvolvimento de cada díade e, assim, dirigir intervenções que tragam resultados positivos em curto e longo prazo.

Apesar de certa limitação deste estudo com relação à capacidade de generalização das suas

conclusões, visto o número reduzido de participantes, é possível endossar a relevância de programas de intervenção precoce ao bebê pré-termo e/ou baixo peso. Entende-se que, por meio desse suporte, seja possível a compreensão de reações psicológicas maternas negativas diante do neonato de risco, a ampliação de suas estratégias de enfrentamento, com foco no desenvolvimento de sua habilidade para lidar com as intercorrências e dificuldades intrínsecas ao neonato de risco, por conseguinte, minimizando o impacto sobre o desenvolvimento global do bebê.

### Referências

- Bayley, N. (2006). *Bayley: Scales of Infant and Toddler Development*. (3rd ed.). Texas: PsychCorp.
- Beck, C. T. (2003). Recognizing and screening for post-partum depression in mothers of NICU infants. *Advances in Neonatal Care*, 3(1), 37-46.
- Carvalho, A. E., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2008). Maternal anxiety and depression and development of prematurely born infants in the first year of life. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 600-608.
- Casey, B. M., Mcintire, D. D., & Leveno, K. J. (2001). The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. *The Journal of Medicine Massachusetts*, 344, 467-471.
- Castro, A. G., Lima, M. C., Aquino, R. R., & Eickmann, S. H. (2007). Sensory oral motor and global motor development of preterm infants (título original: Desenvolvimento do sistema sensorio motor oral e motor global em lactentes pré-termo). *Pró-Fono: Revista de Atualização Científica*, 19(2), 29-38.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). Brasília, DF. Recuperado em agosto de 2012 de <http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm>.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dezoete, J. A., Macarthur, B. A., & Tuck, B. (2003). Prediction of Bayley and Stanford-Binet scores with a group of very low birthweight children. *Child: Care, Health & Development*, 29(5), 367-372.

- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155-164.
- Feldman, R. (2007). Maternal versus child risk and the development of parent-child and family relationships in five high-risk populations. *Development and Psychopathology*, 19, 293-312.
- Feldman, R., & Eidelman, A. (2009). Biological and environmental initial conditions shape the trajectories of cognitive and social-emotional development across the first years of life. *Development Science*, 12(1), 194-200.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Fraga, D. A., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E. (2008). Desenvolvimento de Bebês Nascidos Pré-Termo e Indicadores Emocionais Maternos. *Psicologia Reflexão & Crítica*, 21(1), Porto Alegre.
- Gaíva, M. A. M., & Ferriani, M. G. C. (2001). Prematuridade: Vivências de crianças e familiares. *Acta Paulista de Enfermagem*, 14(1), 17-27.
- Guimarães, F. H. C. (2010). *As relações entre estratégias de enfrentamento e aleitamento materno de prematuros*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
- Halperin, J. M., & McKay, K. E. (1998). Psychological testing for children and adolescent psychiatrists: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(6), 575-584.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2009). *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Jotzo, M., & Poets, C. F. (2005). Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of a trauma preventive psychological intervention. *Pediatrics*, 115, 915-919.
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. M. (2007). Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 17(36), 33-44.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Machado, C., & Martinez, F. E. (2003). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. *Cadernos de Psicologia e Educação - Paidéia*, 13(25), 57-72.
- Lipp, M. N. (2002). *Inventário de sintomas de Stress para adultos (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Macdonald, M. (2007). Mothers of pre-term infants in neonate intensive care. *Early Child Development and Care*, 177(8), 821-838.
- Magalhães, L., Catarina, P.W., Barbosa, V. M., Mancini, M. C., & Paixão, M. L. (2003). Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [online], 61(2), 250-255.
- Meltzoff, J. (2001). *Critical thinking about research: Psychology and related fields*. Washington: American Psychological Association, 5, 65-82.
- Navajas, A. F., & Caniato, F. (2003). Estimulação precoce/essencial: A interação família e bebê pré-termo (prematuro). *Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. São Paulo, 3(1), 9-62.
- Novello, A., Degraw, C., & Kleinnan, D. V. (1992). Healthy children ready to learn: An essential collaboration between health and education. *Public Health Reports*, 107, 3-10.
- Oliveira, L. N., Lima, M. C. M. P., & Gonçalves, V. M. G. (2003). Acompanhamento de lactentes com baixo peso ao nascimento: Aquisição de linguagem. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(3), 802-807.
- Oliveira, G. E., Magalhães, L. C., & Salmela, L. F. T. (2011). Relação entre muito baixo peso ao nascimento, fatores ambientais e o desenvolvimento motor e o cognitivo de crianças aos 5 e 6 anos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(2), 138-45.
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 251-254.
- Perosa, G. B., Canavez, I. C., Silveira, F. C. P., Padovani, F. H. P., & Peraçoli, J. C. (2009). Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(9), 433-439.
- Roberts, M. C., La Grecca, A. M., & Harper, D. C. (1988). Journal of Pediatric Psychology: Another stage of development. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 1-5.
- Rodrigues, O. M. P. R., & Bolsoni-Silva A. T. (2011). Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(1), 111-121.
- Schwengber, D. D., & Piccinini, C. A. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 20(3), 233-240.

Scochi, C. G. S., Kokuday, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: As intervenções de enfermagem no Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 11(4), 539-543.

Seidl, E. M. F., Trócoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.

Silveira, K. A. (2009). *Fatores biopsicossociais e problemas de desenvolvimento em crianças de um a três anos de idade, nascidas prematuras e com baixo peso*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, Brasil.

Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA*, 281(9), 799-805.

Spielman, V., & Taubman-Ben-Ari, O. (2009). Parental self-efficacy and stress-related growth in the transition to parenthood: A comparison between parents of pre- and full-term babies. *Health & Social Work*, 34(3), 201-212.

Recebido em: 30/07/2013

Aceito em: 18/12/2014