

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E
APRENDIZAGEM**

Carolina Daniel Montanhaur

**PERCEPÇÃO DE MÃES DE BEBÊS INTERNADOS EM UTI NEONATAL:
INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS MATERNAS, CONTEXTUAIS, APOIO SOCIAL E
ENFRENTAMENTO**

BAURU

2018

CAROLINA DANIEL MONTANHAUR

**PERCEPÇÃO DE MÃES DE BEBÊS INTERNADOS EM UTI NEONATAL:
INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS MATERNAS, CONTEXTUAIS, APOIO SOCIAL E
ENFRENTAMENTO**

Manuscrito apresentado como requisito para à obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, sob orientação da Prof. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues e co-orientação do Prof. Dr. Sadao Omote.

BAURU

2018

Montanhaur, Carolina Daniel.

Percepção de mães de bebês internados em UTI Neonatal: influência de variáveis maternas, contextuais, apoio social e enfrentamento / Carolina Daniel Montanhaur, 2018.
136 f.

Orientadora: Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues
Coorientador: Sadao Omote

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2018.

1. Percepção materna. 2. Saúde emocional. 3. UTIN. 4. Sentimentos maternos I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE CAROLINA DANIEL MONTANHAUR, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 13 dias do mês de agosto do ano de 2018, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro do prédio da pós-graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/Campus de Bauru, Profa. Dra. FLAVIA HELENA PEREIRA PADOVANI do(a) Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Dr. HUGO FERRARI CARDOSO do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de CAROLINA DANIEL MONTANHAUR, intitulada **"Percepção de mães de bebês internados em UTI neonatal: influência de variáveis maternas, contextuais, apoio social e enfrentamento"**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES

Profa. Dra. FLAVIA HELENA PEREIRA PADOVANI

Prof. Dr. HUGO FERRARI CARDOSO

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo apoio incondicional, apoiando sempre a todas as minhas decisões, mesmo implicando em ficar fisicamente distante para poder seguir com os estudos, perder reuniões familiares e datas importantes. Sem esse apoio e carinho nada seria possível e nenhuma conquista valeria a pena.

À minha irmã Beatriz, que dividiu casa, momentos difíceis e conquistas diariamente e que sempre representou um ponto de apoio. Ao meu irmão Pedro, que já demonstra desde o início de sua graduação o interesse pela área acadêmica e que me faz querer ser um bom exemplo de pesquisadora.

À minha orientadora Olga, por aceitar a condução da orientação desse trabalho denso com a paciência, competência e carinho necessários. Obrigada por saber com maestria o momento de incentivar e estimular a criatividade, mas também o momento de se concentrar e colocar o pé no chão. Serei eternamente grata pelas oportunidades de convivência e aprendizado.

Ao meu co-orientador Sadao Omote, pelas ricas contribuições e tempo despendido com esse projeto de pesquisa.

Ao professor Hugo, que tenho como modelo de bom professor, pesquisador e pessoa, pelas contribuições ao projeto e a minha formação. À professora Flávia pela gentileza e atenção ao ler meu trabalho e contribuir imensamente para o projeto e a minha formação nessa área de seu domínio.

À doutora Nadja por abrir as portas da maternidade desde o período da iniciação científica e auxiliar com a coleta de dados.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) processo nº 2016/12639-4 e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que através do incentivo financeiro possibilitou a dedicação integral a realização da pesquisa e outras conquistas.

À Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar e a Maternidade Santa Isabel por autorizarem a coleta de dados.

As mães dos bebês internados na UTIN, que mesmo em um momento difícil, se disponibilizaram a participar da pesquisa e contribuir para a construção da pesquisa e da minha formação como psicóloga. Obrigada a todas de coração.

As professoras Ana Claudia, Sandra (responsável pela minha iniciação no mundo da pesquisa), Ligia e Rafaela, por contribuírem para o aperfeiçoamento do protocolo, da pesquisa e da minha formação como aluna e pesquisadora. Muito orgulho de poder ter por perto o exemplo de mulheres fortes na minha trajetória.

Aos amigos, longe ou perto, que muitas vezes serviram de ombro amigo para as horas difíceis e estavam sempre presentes nos diferentes momentos. Vocês tornaram essa experiência mais prazerosa e significativa.

As colegas de projeto de extensão pela convivência e constante estímulo para aprender novas coisas. Em especial a Taís e Bárbara que além de colegas de projeto, partilhavam da mesma orientadora, sempre estavam presentes para uma palavra de incentivo ou ouvidos para desabafo. Vocês são exemplos de pesquisadoras, profissionais e amigas e desejo tê-las por perto sempre.

Aos funcionários do Centro de Psicologia Aplicada por estarem sempre disponíveis para esclarecer dúvidas, e fazerem do CPA um ambiente de boa convivência.

Ao Luiz por me incentivar e auxiliar nos dias de coleta de dados, de reuniões. Por me acalmar nos momentos de bloqueio, de desespero e desânimo. Por ser sempre uma fonte de apoio, incentivo, de companhia, carinho e tornar mais alegres e ricos os dias vividos ao lado dele.

A todos que indiretamente contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

Esse trabalho é apoiado pelo convênio estabelecido entre a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), mediante concessão de bolsa de Mestrado, com período de vigência de março de 2017 a agosto de 2018, processo nº 2016/12639-4.



MONTANHAUR, C. D. **Percepção de mães de bebês internados em UTI neonatal: influência de variáveis maternas, contextuais, apoio social e enfrentamento.** 2018. 136f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2016.

RESUMO

A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), embora seja um ambiente de cuidados especiais para garantir a sobrevivência de recém-nascidos, tende a suscitar, nas mães e familiares percepções e sentimentos ambíguos sobre os eventos relacionados a internação e, ainda, alterar a saúde emocional dos envolvidos. Esses aspectos podem ser influenciados pelo tempo de internação do bebê. O presente projeto foi dividido em duas etapas. Na primeira Etapa 1 pretendeu-se elaborar e adequar instrumentos que possibilitassem a investigação da percepção e de sentimentos que mães de bebês internados em UTIN têm a respeito desta condição. O resultado foi a elaboração dos instrumentos: Protocolo para avaliação da percepção materna sobre a condição do bebê internado em UTIN, com 24 itens e, o Protocolo de avaliação de sentimentos, com três itens de múltipla escolha, para identificação da frequência e justificativa dos sentimentos emergidos no momento da notícia, durante e após a hospitalização. A Etapa 2 é composta por cinco estudos, com o objetivo de avaliar os sentimentos e a percepção materna sobre a internação, a saúde emocional materna, o apoio social percebido e as estratégias de enfrentamentos, relacionando-os com o tempo de internação. Os dados de todos eles foram obtidos de uma amostra de 50 mães de bebês internados em UTIN da Maternidade Santa Isabel, da cidade de Bauru/SP, há pelo menos três dias. Utilizou-se para a avaliação da saúde emocional materna a Escala de Estresse Percebido, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado e o Inventário de Depressão de Beck. Para a avaliação do enfrentamento foi aplicada a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas e o apoio social foi avaliado pela Escala de Apoio Social (EAS). No Estudo 1 o objetivo foi descrever a saúde emocional de mães de bebês internados, comparando-a e relacionando-a com o tempo de internação em UTIN. Os resultados apontaram para 12% de mães com indicadores clínicos para depressão, 38% para estresse alto e moderado, 64% de mães com indicadores clínicos para ansiedade estado e 54% para ansiedade traço. Delas 56% apresentaram dois ou mais indicadores clínicos. Houve correlação positiva entre ansiedade estado e o tempo de internação na UTIN. No Estudo 2 o objetivo foi descrever a rede de apoio social percebida pelas mães de bebê em UTIN e relacioná-la com o tempo de internação. Observou-se que as mães percebem mais o apoio de familiares, principalmente nas dimensões material, afetivo e informacional. Não houve correlação entre as dimensões de apoio social avaliadas e o tempo de internação. O Estudo 3 teve como objetivo descrever as estratégias de enfrentamento maternas, comparando-as considerando o tempo de internação e número de indicadores clínicos. Os resultados mostraram que das estratégias utilizadas as mais frequentes foram as focalizadas no problema. Não foram observadas correlações com tempo de internação e as estratégias utilizadas. A depressão foi positivamente associada com estratégias focalizadas na emoção e negativamente associada com estratégias focalizadas no problema. O Estudo 4 teve como objetivos descrever os sentimentos das mães em diferentes momentos da internação e compará-los considerando ausência e presença de indicadores clínicos. Os resultados apontaram que mães relataram mais sentimentos negativos no momento da notícia da internação e menos nos momentos da visita. A maioria relatou sentimentos positivos com relação à expectativa da alta hospitalar. Mães que relataram sentimentos negativos por ocasião da notícia também apresentaram mais indicadores durante as visitas, mesmo relatando sentimentos positivos. O Estudo 5 teve como objetivo descrever a percepção materna sobre a internação do bebê em UTIN e correlacioná-la com a saúde emocional materna. Os resultados obtidos mostraram que a percepção materna se divide entre positiva e negativa em quatro das cinco categorias avaliadas. Somente a percepção de apoio social foi percebida como negativa e associou-se negativamente com ansiedade estado. Os dados obtidos sugerem a importância de identificar como as mães percebem, sentem e os desdobramentos da vivência da internação de seus bebês para a implementação de intervenções no espaço hospitalar.

Palavras-chave: UTIN. Percepção materna. Saúde emocional. Estratégias de enfrentamento. Apoio social.

MONTANHAUR, C. D. Perception of mothers admitted to NICU infants: influence of maternal, contextual variables, social support and coping. 2018. 136f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2016.

ABSTRACT

The neonatal intensive care unit (NICU), although it is a special care environment to ensure the survival of newborns, tends to raise in mothers and relatives ambiguous perceptions and feelings about hospitalization events and change the emotional health of those involved. These aspects can be influenced by the length of time the baby is hospitalized. This project was divided into two stages. In the first stage 1, it was intended to elaborate and adapt instruments that would enable the investigation of the perception and feelings that mothers of infants admitted to NICU have regarding this condition. The result was the elaboration of the instruments: Protocol for the evaluation of maternal perception on the condition of the baby hospitalized in NICU, with 24 items and the Protocol of feelings evaluation, with three multiple-choice items, to identify the frequency and justification of feelings emerged at the time of the news, during and after hospitalization. The Step 2 is composed of five studies, with the objective of evaluating maternal feelings and perceptions about hospitalization, maternal emotional health, perceived social support and coping strategies, relating them to length of stay. Data from all of them were obtained from a sample of 50 mothers of infants admitted to a NICU at Maternidade Santa Isabel, in the city of Bauru / SP, for at least three days. The Perceived Stress Scale, the State-Trait Anxiety Inventory, and the Beck Depression Inventory were used to assess maternal emotional health. For the evaluation of the coping was applied the Scale Modes of Confronting Problems and the social support was evaluated by the Scale of Social Support (EAS). In Study 1 the objective was to describe the emotional health of mothers of hospitalized babies, comparing it and relating it to the length of stay in NICU. The results pointed to 12% of mothers with clinical indicators for depression, 38% for high and moderate stress, 64% of mothers with clinical indicators for state anxiety and 54% for trait anxiety. Of these, 56% had two or more clinical indicators. There was a positive correlation between state anxiety and length of hospital stay in the NICU. In Study 2 the objective was to describe the network of social support perceived by baby mothers in NICU and to relate it to the length of hospital stay. It was observed that mothers perceive more the support of relatives, especially in the material, affective and informational dimensions. There was no correlation between the dimensions of social support assessed and the length of hospital stay. Study 3 aimed to describe the strategies of maternal coping, comparing them considering the time of hospitalization and number of clinical indicators. The results showed that the most frequent strategies were those focused on the problem. No correlations were observed with length of hospital stay and the strategies used. Depression was positively associated with strategies focused on emotion and negatively associated with strategies focused on the problem. Study 4 had as objectives to describe the feelings of the mothers at different moments of the hospitalization and to compare them considering absence and presence of clinical indicators. The results showed that mothers reported more negative feelings at the time of the hospitalization notice and less at the time of the visit. Most reported positive feelings regarding the expectation of hospital discharge. Mothers who reported negative feelings at the time of the news also showed more indicators during the visits, even reporting positive feelings. Study 5 aimed to describe the maternal perception about the infant's hospitalization in NICU and to correlate it with maternal emotional health. The results showed that maternal perception is divided between positive and negative in four of the five categories evaluated. Only the perception of social support was perceived as negative and was associated negatively with state anxiety. The data obtained suggest the importance of identifying how mothers perceive, feel and unfold the experience of the hospitalization of their babies for the implementation of interventions in the hospital space.

Keywords: NICU. Maternal perception. Emotional health. Coping strategies. Social support.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UNT – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UTINs – Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

PSS – Escala de Estresse Percebido

IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

BDI – Inventário de Depressão de Beck

EMEP – Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas

EAS – Escala de Apoio Social

LISTA DE TABELAS

Etapa 1.

Tabela 1 -	Caracterização dos juízes.....	26
Tabela 2 -	Descrição das avaliações dos juízes (primeira parte).....	27
Tabela 2 -	Descrição das avaliações dos juízes (segunda parte).....	28
Tabela 2 -	Descrição das avaliações dos juízes (terceira parte).....	29
Tabela 3 -	Descrição dos itens positivos e negativos.....	30
Tabela 4 -	Descrição da avaliação dos juízes sobre as categorias iniciais do protocolo.....	31
Tabela 5 -	Descrição da avaliação dos juízes dos itens 01 e 07.....	32
Tabela 6 -	Descrição da avaliação dos juízes das novas categorias de percepção.....	32
Tabela 7 -	Divisão dos itens dentro das categorias em positivos e negativos.....	33

Etapa 2

Estudo 1

Tabela 1 -	Caracterização das mães dos bebês internados em UTIN.....	41
Tabela 2 -	Características da gestação e parto.....	42
Tabela 3 -	Características dos bebês internados na UTIN.....	43
Tabela 4 -	Caracterização da pontuação total no BDI-II, considerando a intensidade dos sintomas.....	46
Tabela 5 -	Frequência absoluta e relativa das participantes nas categorias previstas por Faro (2015) para o PSS-14.....	46
Tabela 6 -	Caracterização da pontuação do IDATE em sintomas clínicos e não clínicos.....	47
Tabela 7 -	Pontuação nas subescalas (Ansiedade Estado ou Traço) no IDATE.....	47
Tabela 8 -	Caracterização da presença de indicadores clínicos nos instrumentos de saúde emocional.....	48
Tabela 9 -	Correlação entre os instrumentos de avaliação da saúde emocional materna.....	48
Tabela 10 -	Comparação da saúde emocional materna e tempo de internação.....	49
Tabela 11 -	Correlação da saúde emocional materna e tempo de internação.....	49

Estudo 2 -

Tabela 1 -	Caracterização das mães dos bebês internados em UTIN.....	57
------------	---	----

Tabela 2 -	Características da gestação e parto.....	57
Tabela 3 -	Características dos bebês internados na UTIN.....	58
Tabela 4 -	Caracterização da rede social materna.....	61
Tabela 5 -	Distribuição da pontuação média das participantes na EAS.....	61
Tabela 6 -	Distribuição das mães de acordo com o tempo de internação de seus filhos.....	62
Estudo 3 -		
Tabela 1 -	Caracterização das mães dos bebês internados em UTIN.....	70
Tabela 2 -	Características da gestação e parto.....	71
Tabela 3 -	Características dos bebês internados na UTIN.....	72
Tabela 4 -	Distribuição dos resultados entre os fatores de estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes.....	76
Tabela 5 -	Correlação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas.....	76
Tabela 6 -	Comparação das estratégias utilizadas e o tempo de internação.....	77
Estudo 4 -		
Tabela 1 -	Caracterização das mães dos bebês internados em UTIN.....	84
Tabela 2 -	Características da gestação e parto.....	85
Tabela 3 -	Características dos bebês internados na UTIN.....	86
Tabela 4 -	Caracterização dos sentimentos envolvidos no momento da notícia, internação e alta hospitalar.....	89
Tabela 5 -	Descrição das justificativas aos sentimentos positivos no momento da notícia da internação.....	90
Tabela 6 -	Descrição das justificativas negativas no momento da notícia da internação.....	90
Tabela 7 -	Descrição das justificativas positivas durante a internação.....	91
Tabela 8 -	Descrição das justificativas negativas durante a internação.....	92
Tabela 9 -	Descrição das justificativas positivas na alta hospitalar.....	92
Tabela 10 -	Comparação dos sentimentos em duas situações diferentes.....	93
Tabela 11 -	Descrição dos indicadores clínicos das mães em dois momentos da internação.....	93

Tabela 12 -	Caracterização do tempo de internação de acordo com os sentimentos vivenciados em dois momentos da internação.....	94
Estudo 5 -		
Tabela 1 -	Caracterização das mães dos bebês internados em UTIN.....	101
Tabela 2 -	Características da gestação e parto.....	102
Tabela 3 -	Características dos bebês internados na UTIN.....	102
Tabela 4 -	Caracterização da pontuação das categorias do “Protocolo de percepção materna acerca de situações concretas relacionadas à internação do bebê”.....	106

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A -	Primeira versão do protocolo	119
Apêndice B -	“Protocolo de avaliação de sentimentos”.....	124
Apêndice C -	Segunda versão do protocolo (entregue para a análise dos juízes).	124
Apêndice D -	“Protocolo de percepção materna acerca de situações concretas relacionadas à internação do bebê.....	126
Apêndice E -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	129
Apêndice F -	Questionário Sociodemográfico.....	130

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Escala de Estresse Percebido (<i>Perceived Stress Scale</i> – PSS - 14).....	132
Anexo 2 - Escala Modos de Enfrentamento de Problemas.....	133
Anexo 3 - Escala de Apoio Social.....	135

SUMÁRIO

1 -	APRESENTAÇÃO.....	19
	ETAPA 1.....	21
1 -	INTRODUÇÃO.....	21
2 -	OBJETIVO.....	25
3 -	MÉTODO e RESULTADOS.....	25
3.1 -	Construção e adequação dos protocolos.....	25
	ETAPA 2 - PERCEPÇÃO, SENTIMENTOS E SAÚDE EMOCIONAL MATERNA, APOIO SOCIAL E ENFRENTAMENTO DE MÃES DE BEBÊS INTERNADOS EM UTIN.....	35
	ESTUDO 1.....	36
1 -	INTRODUÇÃO.....	36
2 -	MÉTODO.....	41
2.1 -	Aspectos Éticos.....	41
2.2 -	Participantes.....	41
2.3 -	Instrumentos.....	43
2.4 -	Procedimento para coleta de dados.....	44
2.5 -	Procedimento para análise de dados.....	45
3 -	RESULTADOS.....	46
4 -	DISCUSSÃO.....	49
5 -	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	ESTUDO 2.....	52
1 -	INTRODUÇÃO.....	52
2 -	MÉTODO.....	56
2.1 -	Aspectos Éticos.....	56
2.2 -	Participantes.....	56
2.3 -	Instrumentos.....	60
2.4 -	Procedimento para coleta de dados.....	60
2.5 -	Procedimento para análise de dados.....	61
3 -	RESULTADOS.....	62
4 -	DISCUSSÃO.....	62

5 -	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	ESTUDO 3.....	65
1 -	INTRODUÇÃO.....	65
2 -	MÉTODO.....	69
2.1 -	Aspectos Éticos.....	69
2.2 -	Participantes.....	70
2.3 -	Instrumentos.....	72
2.4 -	Procedimento para coleta de dados.....	74
2.5 -	Procedimento para análise de dados.....	75
3 -	RESULTADOS.....	75
4 -	DISCUSSÃO.....	77
5 -	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
	ESTUDO 4.....	80
1 -	INTRODUÇÃO.....	80
2 -	MÉTODO.....	83
2.1 -	Aspectos Éticos.....	83
2.2 -	Participantes.....	84
2.3 -	Instrumentos.....	86
2.4 -	Procedimento para coleta de dados.....	88
2.5 -	Procedimento para análise de dados.....	88
3 -	RESULTADOS.....	89
4 -	DISCUSSÃO.....	95
5 -	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
	ESTUDO 5.....	98
1 -	INTRODUÇÃO.....	98
2 -	MÉTODO.....	100
2.1 -	Aspectos Éticos.....	100
2.2 -	Participantes.....	101

2.3 -	Instrumentos.....	102
2.4 -	Procedimento para coleta de dados.....	104
2.5 -	Procedimento para análise de dados.....	105
3 -	RESULTADOS.....	106
4 -	DISCUSSÃO.....	107
5 -	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
	REFERÊNCIAS.....	109
	APÊNDICES.....	119
	ANEXOS.....	132

1 APRESENTAÇÃO

O presente projeto de pesquisa teve como base o projeto de iniciação científica, financiado pela FAPESP (processo 15/11072-8), realizado pela autora sob orientação da Prof. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, em 2015/2016, intitulado “Mães de bebês internados em UTI Neonatal: Análise de variáveis que influenciam na percepção da condição do bebê e da rede de apoio social”. O projeto iniciou-se por solicitação da equipe médica da Maternidade Santa Isabel, por observarem a necessidade de maior atenção às mães de bebês internados e teve por objetivo verificar as variáveis presentes durante o período de internação, sendo uma delas a percepção materna acerca da mesma, a saúde emocional materna e o apoio social percebido pela mãe nesse período. Os resultados dessa primeira pesquisa indicaram a presença de indicadores emocionais clínicos, apontando para a necessidade de maiores estudos sobre essa população, envolvendo a análise de outras variáveis, assim como a necessidade de dirigir a atenção e cuidados às mães.

Os dados encontrados foram utilizados como norteadores para um novo olhar ao problema de pesquisa (mães de bebês internados em UTI neonatal), ampliando-o para o estudo de outras variáveis, dentre elas as estratégias de enfrentamento que eram possivelmente utilizadas por esse público. Além da análise de novas variáveis, verificou-se a necessidade de construção de um protocolo que possibilitasse uma maior compreensão da percepção materna sobre situações relacionadas à internação e a alta e, também, sentimentos relacionados a notícia da internação, os momentos de visita e a expectativa sobre a alta hospitalar.

As mães participantes do projeto foram convidadas a participar do projeto de extensão que ocorre no Centro de Psicologia Aplicada - CPA da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", no campus de Bauru intitulado “Acompanhamento do desenvolvimento de

bebês: avaliação e orientação aos pais” em que a autora participa e sob a coordenação da Prof. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, por ocasião da alta do bebê.

Para fins de organização, o conteúdo do estudo foi dividido em duas etapas. A primeira etapa foi relativa a construção e adequação de conteúdo através da análise de juízes, dos protocolos elaborados (“Protocolo de avaliação de sentimentos” e “Protocolo de percepção materna acerca de situações concretas relacionadas à internação do bebê”) cujo objetivo foi elaborar instrumentos para avaliação da percepção e sentimentos maternos sobre a internação do bebê em UTI neonatal. Essa etapa contou com metodologia e resultados específicos.

A segunda etapa se refere aos dados coletados com os protocolos elaborados bem como os instrumentos para avaliação da saúde emocional materna, apoio social e estratégias de enfrentamento, também possuindo métodos e resultados condizentes a ela. Esta etapa é composta de cinco estudos: Estudo 1. Saúde emocional de mães de bebês em UTI Neonatal e tempo de internação; Estudo 2. Percepção da rede de apoio social e a relação com tempo de internação de bebês em UTIN; Estudo 3 – Associações entre estratégias de enfrentamento, tempo de internação e indicadores de saúde emocional de mães de bebês internados em UTIN; Estudo 4 – Sentimentos maternos em diferentes momentos da internação, saúde emocional e tempo de internação e Estudo 5 – Percepção materna sobre a internação de bebês em UTIN: influência da Saúde Emocional materna.

ETAPA 1: CONSTRUÇÃO E ADEQUAÇÃO DE PROTOCOLOS PARA AVALIAR PERCEPÇÃO E SENTIMENTOS RELACIONADOS À INTERNAÇÃO DE BEBÊS EM UTIN

1 INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde é uma área recente, desenvolvida principalmente a partir de 1970, em que as pesquisas e intervenções buscavam a compreensão da relação entre comportamento e saúde e comportamento e doença. O crescente interesse de atuação dos psicólogos nesses novos campos surge da necessidade de compreensão psicossocial do processo de saúde e doença em indivíduos ou grupos expostos a diferentes contextos (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia - CFP (2010) a Psicologia Hospitalar é um termo utilizado, principalmente no Brasil, para a aplicação dos conhecimentos da Psicologia da Saúde ao contexto hospitalar. A Psicologia Hospitalar abarca os setores secundários e terciários do sistema de saúde, realizando atividades como atendimentos psicoterapêuticos individual ou em grupos, em ambulatórios ou unidades de terapia intensiva. Ainda, segundo o documento do Conselho, promove intervenções destinadas a relação entre equipe médica e paciente como, também, a relação entre família e paciente.

Os psicólogos da saúde, em suas atividades, propõem intervenções com diferentes objetivos, como o ensino e aperfeiçoamento de comportamentos de educação para a saúde, manejo de sintomas, enfrentamento e entre outros. Essas ações, entretanto, podem variar de uma abordagem genérica a uma abordagem mais específica, necessitando adequações examinando, dessa forma, a importância de fatores como gênero, idade, diversidade racial, ética etc. Esses fatores devem ser utilizados como norteadores do desenvolvimento das intervenções (CASTRO, 2007). A Psicologia Pediátrica, configura-se com um exemplo pois

necessita de uma abordagem mais específica e exige que o psicólogo examine os fatores atuantes no paciente infantil e sua família.

A Psicologia Pediátrica, definida como a aplicação dos conhecimentos da Psicologia da Saúde a recém-nascidos, crianças e adolescentes, é entendida como uma subárea da mesma abrangendo intervenção, pesquisa, ensino e formação de profissionais (CASTRO, 2007). Essa área trabalha, como diversas outras da Psicologia, em intersecção com outros profissionais da saúde como médicos, enfermeiros e outros, afim de abranger e proporcionar um atendimento diferenciado a esse público específico. O atendimento pode ocorrer em ambulatórios, enfermarias, unidades de tratamento intensivo, emergências etc. (CASTRO, 2007; CREPALDI; LINHARES; PEROSA, 2006; MIYAZAKI et al., 2002). A proposta dessa subárea também é a de avaliação e aplicação de procedimentos e métodos de diagnóstico, bem como a intervenção de programas de estimulação sensório-motora do bebê, apoio à família e aos profissionais de saúde que atuam com esse público.

Os recém-nascidos, em virtude do desenvolvimento da Medicina e, também, da tecnologia na área da Neonatologia, podem ser objetos de pesquisa para intervenções psicológicas, auxiliando na garantia da sobrevivência dos bebês com qualidade. A Academia Americana de Pediatria definiu, segundo Linhares et al. (2006), quatro grandes grupos de crianças em condição de risco neonatal que podem necessitar de cuidados intensivos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): o prematuro, o recém-nascido que necessita de suporte tecnológico, o recém-nascido com problemas crônicos e expectativa de morte e o recém-nascido em condições familiares adversas.

O surgimento das UTINs na década de 1970 e os constantes avanços da tecnologia médica permitiram que recém-nascidos pudessem ter maior assistência mesmo tendo um diagnóstico complexo, garantindo a sobrevivência dessas pessoas, o que anteriormente era inviável (BALDINI; KREBS, 2010). A existência de um novo ambiente de cuidado aos bebês

que necessitam de tratamentos especializados, traz também um contexto novo aos pais e familiares desses bebês (RODRIGUES; JORGE; MORAIS, 2005) e, com isso, a mãe e a família do neonato, internado em uma UTIN, passam a ser, também, objeto de estudo da Psicologia Pediátrica e da Neonatologia.

A percepção materna da experiência de conviver com um bebê internado em UTIN é determinada por um conjunto de fatores: da condição do bebê, da relação estabelecida entre os pais e a equipe de saúde, da saúde emocional da mãe, da rede de apoio social disponível e como a família enfrenta a situação. Nas unidades de terapia intensiva neonatais são atendidos recém-nascidos de muito baixo peso, pré-termo, portadores de patologias, malformações ou outras situações clínicas que fazem com que o neonato necessite de auxílio para sobreviver (COSTA; CHAGAS; SOUZA, 2009). Estudos tem apontado a prematuridade como a causa mais frequente de internação nessas unidades (ARRUÉ et al., 2013; GRANZOTTO et al., 2012; TADIELO et al., 2013), enquanto outros estudos têm verificado que as causas mais frequentes das internações são, principalmente, patologias diversas adquiridas após o nascimento como infecções, problemas respiratórios ou malformações congênitas (ARRUÉ et al., 2013; FOCH; SILVA; ENUMO, 2016; TADIELO et al., 2013).

Os números de internações nas UTINs ainda são elevados, decorrentes dos diversos fatores de risco, exigindo intervenções específicas. Esses fatores de risco podem trazer a instabilidade do quadro clínico desses bebês, o que causa maior preocupação e medo nos familiares, permeado de intervenções dirigidas especificamente aos bebês, bem como a informação e acolhimento desses pais a cada alteração do prognóstico (FERNANDES; SILVA, 2015). Além disso, essas condições adversas podem colocar em conflito as expectativas criadas e desejadas sobre o bebê durante a gestação com as percepções elaboradas com os primeiros contatos com o bebê.

A mãe que imaginou ter uma criança sadia depara-se com seu filho internado, com outra aparência, aspirando grandes cuidados e possíveis sequelas ou deformações físicas, tendendo a idealizá-lo como doente, frágil e pequeno (PADOVANI et al., 2004). A visão do bebê preso a fios, equipamentos e quase sempre dormindo tende a produzir na mãe insegurança com relação à sua sobrevivência fora daquele ambiente (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010). Entretanto, em pesquisa realizada por Zani et al. (2011) sobre a percepção de mães adolescentes sobre o recém-nascido de risco, observaram a dificuldade das mães em identificar e compreender os riscos de cada bebê, como os riscos da prematuridade, baixo peso e outros fatores para a evolução do bebê. Dessa forma, a tendência das mães foi de não considerarem os bebês como de risco, acreditarem que a condição de saúde do filho é boa, mesmo quando esses apresentavam intercorrências.

Melo e Andrade (2013) também identificaram em seu estudo sobre o conhecimento e expectativa das mães sobre o nascimento prematuro, que elas demonstraram uma lacuna em conhecimentos sobre o desenvolvimento de bebês típicos e prematuros, possuíam maior dificuldade em identificar as possíveis relações entre atraso no desenvolvimento e prematuridade. Desconhecendo dessa forma as reais condições atuais ou futuras de saúde do seu bebê internado. Tendendo também a perceberem de forma mais positiva a condição de saúde do recém-nascido e descartando qualquer alteração no desenvolvimento deles.

Os estudos têm utilizado formas diferentes de acessar a percepção materna. A utilização de entrevistas compostas por questões abertas ou tópicos é uma das formas mais recorrentes (CORREIA; CARVALHO; LINHARES, 2008; FERNANDES; SILVA, 2015; BARR, 2015; BAYLIS et al., 2014; SCHMIDT et al., 2012; MONTANHAUR, 2016). Ainda que eficientes em identificar a percepção das mães acerca da internação do seu bebê em UTIN, a utilização de protocolos diferentes dificulta a replicação do instrumento em outros contextos e, conseqüentemente a comparação dos resultados. Um instrumento que seja de fácil aplicação

e que apreenda a percepção da mãe neste contexto hospitalar específico, poderia auxiliar na elaboração de estratégias de intervenção para a população estudada.

2. OBJETIVO:

Elaborar instrumentos para avaliação da percepção e sentimentos maternos sobre a internação do bebê em UTI neonatal.

3. MÉTODO E RESULTADOS

3.1 Construção e adequação dos protocolos

Baseado no protocolo criado para o projeto realizado por Montanhaur (2016) e na literatura sobre a área, foram levantados seis eixos temáticos que envolviam a percepção materna e os sentimentos emergidos no processo de internação do bebê na UTI Neonatal: reação à notícia da internação; tempo de internação; sentimentos com relação ao bebê; sentimentos com relação à internação; desdobramentos futuros da internação ou condição de saúde do bebê e, dificuldades em vivenciar a hospitalização.

Inicialmente foram elaboradas cento e seis afirmativas positivas e negativas para compor o novo protocolo. Esses itens foram alocados em eixos temáticos. Essa divisão está apresentada no Apêndice A. A partir desse processo optou-se por dividir em dois protocolos. O primeiro conteria itens sobre aos sentimentos com relação à internação e, o segundo protocolo conteria os demais eixos, considerados como se referindo a situações concretas, isto é, específicas da condição de internação.

Após a análise dos itens e divisão em protocolos, o primeiro “Protocolo de avaliação de sentimentos” foi elaborado em formato de questões fechadas e abertas, dividido em sentimentos no momento da notícia da internação, sentimentos durante a internação e sentimentos com relação à expectativa de alta da UTI. Além de assinalar os sentimentos que

emergiram nesses três momentos, seria solicitado às mães que, entre os assinalados escolhesse o que prevaleceu, em seguida, que justificasse oralmente essa escolha e a aplicadora anotaria suas justificativas.

Foram estabelecidos nove sentimentos possíveis, baseados nas verbalizações coletadas no estudo de 2016, para que a mãe assinalasse o que melhor definiria o que sentiu em cada situação (notícia da internação, durante a internação e o momento de alta hospitalar). Desses, quatro são sentimentos positivos (tranquila, conformada, confiante e amparada) e cinco, são sentimentos negativos (culpada, decepcionada, preocupada, nervosa e desesperada) (APÊNDICE B). Após as respostas foram contabilizados quantos sentimentos negativos e positivos as participantes assinalaram nos diferentes momentos questionados e as repostas orais categorizadas, bem como quantificadas.

Do segundo instrumento, denominado “Protocolo de percepção materna acerca de situações concretas relacionadas à internação do bebê”, foram excluídos os itens referentes à sentimentos e, também, outros itens seguindo os critérios estabelecidos: repetição, redação, coerência, resultando, então, em 26 itens (APÊNDICE C). Esse protocolo inicial foi enviado a seis juízes para avaliação do conteúdo do enunciado e se expressavam percepção positiva, negativa ou neutra. Avaliaram, também a redação do item, se era claro e inteligível ou se necessitava de correções e quais seriam as sugestões. Os juízes foram selecionados pela familiaridade com o tema e por desenvolverem trabalhos em Psicologia do Desenvolvimento humano, primeira infância ou Psicologia da Saúde. Conforme apresentado na Tabela 1 as avaliadoras eram todas do sexo feminino, cursando ou concluído o doutorado, formadas em Psicologia e são docentes em cursos de Psicologia e estudantes de pós-graduação.

Tabela 1 – Caracterização dos juízes.

	Sexo	Titulação	Formação	Profissão
1	F	Doutoranda	Psicologia	Estudante

2	F	Doutora	Psicologia	Docente
3	F	Doutora	Psicologia	Docente
4	F	Doutora	Psicologia	Docente
5	F	Doutora	Psicologia	Docente
6	F	Doutoranda	Psicologia	Estudante

Fonte: elaborado pela autora.

Em relação a avaliação da redação dos itens, dispostos na Tabela 2, verificou-se a necessidade de alteração dos itens que não tiveram índice de 100% de concordância entre os juízes nos quesitos conteúdo do enunciado (percepção) e na redação do item ou houve alguma sugestão de alteração pelos avaliadores. Sendo assim os itens alterados foram: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25.

Na avaliação do conteúdo do enunciado e categorização em percepção positiva, negativa ou neutra, embora todos os itens tenham tido sugestões de alterações pelos avaliadores, obteve-se avaliações acima de 50% em relação ao quesito clareza e inteligibilidade necessitando, portanto de alterações pontuais para aperfeiçoamento do item. Entretanto, nos itens 22 e 26 observou-se a divisão de avaliações sobre o conteúdo do enunciado, sendo que no item 22 os avaliadores dividiram-se igualmente em positivo e negativo e, no item 26, 33,3% dos juízes (2) acreditavam ser de percepção positiva, 33,3% de percepção negativa (2) e, também, 33,3% (2) de percepção neutra. Dessa forma, optou-se por excluir os dois itens do protocolo pois gerou contradições entre os juízes e, poderia gerar da mesma forma confusão nas participantes.

Tabela 2 – Descrição das avaliações dos juízes primeira parte.

Nº	Afirmativa	Percepção	Redação	Sugestões
1	Penso sempre na saúde do meu filho	100% positiva	83,3% clara	Tiraria o sempre; seria melhor “preocupo-me” ou “cuido”... ações e não pensamento (Juiz 2);

			16.7% precisa melhorar	“Sugiro colocar o feminino também, ex. meu(minha) filho(a). Esta sugestão também é válida para os demais itens (Juiz 6) ”
2	Confio nos médicos e enfermeiras da UTI	100% positiva	100% clara	
3	Considero a saúde do meu filho(a) ruim	83.3% negativa 16.7% positiva	66.7% clara 33.3% precisa melhorar	Saúde ruim...é estranho... não seria melhor “considero que meu filho não é saudável ou “meu filho é muito doente”; “Se aqui tem filho(a) em todos os itens também deve haver” (Juiz 2); “Considero ruim a saúde do meu filho (Juiz 4). ”
4	Tenho recebido pouco apoio de familiares e amigos	83.3% negativa 16.7% neutra	83.3% clara 16.7% precisa melhorar	Padronizar... na 5 está na negativa (não converso). Aqui está na afirmativa... e, também, fala de duas variáveis na mesma questão (família e amigos- é a mesma coisa?) Sugestão: manter aqui afirmativa e na 5ª também: “Recebo pouco ou nenhum apoio de familiares e amigos (Juiz 2). ”
5	Não converso com familiares e amigos sobre a condição de saúde do meu filho	83.3% negativa 16.7% neutra	66.7% clara 33.3% precisa melhorar	“Converso com.... (Juiz 2). ”
6	O pai do meu filho tem me apoiado em todos os momentos	83.3% positiva 16.7% neutra	100% clara	“Estou satisfeita com o apoio que recebo do pai do meu filho (Juiz 2) ”
7	Minha presença na UTI não influencia a recuperação do meu filho	83.3% negativa 16.7% neutra	83.3% clara 16.7% precisa melhorar	“Minha presença na UTI pode ajudar na recuperação do meu filho (Juiz 4). ”

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 2 – Descrição das avaliações dos juízes (segunda parte)

Nº	Afirmativa	Percepção	Redação	Sugestões
8	Ao sair da UTI meu filho não precisará de serviço especializado (fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras especialidades)	100% positiva	83.3% clara 16.7% precisa melhorar	“Muito óbvia. Melhor: “quando meu filho sair da UTI, ele estará curado e saudável”. Em outra: “Vou oferecer ao meu filho condições de acesso aos serviços especializados que ele necessitar (Juiz 2). ”
9	Quando estou com meu filho na UTI penso na sua recuperação	100% positiva	100% clara	“Essa está boa, mas repete outra (se ela pensa da saúde do filho) (Juiz 2). ”
10	A saúde do meu filho depois que sair da UTI vai ser muito boa	100% positiva	83.3% clara 16.7% precisa melhorar	“A saúde do meu filho vai ser muito boa, depois que sair da UTI (Juiz 4). ”
11	Os profissionais da UTI não estão disponíveis para resolver minhas dúvidas	66.7% negativa 33.3% neutra	83.3% clara 16.7% precisa melhorar	“Eu deixaria na afirmativa: estão disponíveis. Para SANAR, ESCLARECER...minhas dúvidas (Juiz 2) ”
12	Meu filho ficará muito tempo na UTI	66.7% negativa	100% clara	

		33.3% neutra		
13	Mesmo não estando com meu filho na UTI sempre penso nele	83.3% positiva 16.7% neutra	100% clara	
14	Permanecer na UTI é a melhor coisa para ele hoje	83.3% positiva 16.7% neutra	83.3% clara 16.7% precisa melhorar	“Sei que para o meu filho, ficar na UTI é a melhor coisa para ele hoje (Juiz 2). ”
15	Acredito que meu filho está se recuperando muito bem	100% positiva	100% clara	
16	Terei muito trabalho com o(a) meu(minha) filho(a) quando ele for para casa	83.3% negativa 16.7% positiva	100% clara	“Só aqui vocês colocam filho(a), acho que mais confunde do que ajuda uma mãe com baixa escolarização (Juiz 5). ”
17	Nunca sei como está a saúde do meu filho a cada dia	83.3% negativa 16.7% neutra	66.7% clara 33.3% precisa melhorar	“Nunca sei”, “a cada dia”, está estranho... Todos os dias tenho dúvidas sobre a saúde do meu filho (Juiz 2). ”; “Nunca sei como está a saúde do meu filho nas visitas'no hospital/na UTI (Juiz 4). ”
18	O pai do meu filho não reagiu bem a notícia da internação	83.3% negativa 16.7% neutra	83.3% clara 16.7% precisa melhorar	“Deixar na afirmativa... A reação do pai do meu filho diante da internação foi ruim”; “Mas de novo, e se o pai nem existir... como ela vai responder? Não seria melhor ela avaliar a reação dela mesma? (Juiz 2). ”
19	Meu filho se desenvolverá plenamente quando sair do hospital	100% positiva	83.3% clara 16.7% precisa melhorar	“Esta repete Tb, mas em parte. UTI e hospital tem a mesma importância para vocês? Se sim, aqui é do hospital mesmo? (Juiz 2). ”; “Meu filho se desenvolverá normalmente quando sair do hospital (Juiz 3). ”; “Meu filho se desenvolverá totalmente/inteira mente quando sair do hospital (Juiz 4). ”

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 2 – Descrição das avaliações dos juízes (terceira parte).

Nº	Afirmativa	Percepção	Redação	Sugestões
20	Gostaria de ter evitado a internação do meu filho	100% negativa	100% clara	
21	Não saberei cuidar bem do(a) meu(minha) filho quando ele for para casa	100% negativa	100% clara	“Vou precisar de auxílio porque não saberei... (Juiz 2). ”
22	Não peço notícias sobre o meu filho durante as visitas a UTI neonatal	50% negativa 50% neutra	83.3% clara 16.7% precisa melhorar	“Peço notícias... (para quem??), pedir para outra enferma não adianta nada...pedir ao médico, ajuda) (Juiz 2). ”
23	Minha função de mãe é acompanhar meu filho na UTI	66.7% positiva 16.7% negativa	100% clara	

		16.7% neutra		
24	Não quero que pensem que não me interesse por ele	83.3% negativa 16.7% neutra	83.3% clara 16.7% precisa melhor ar	“Tenho receio que alguém pense que não me... (Juiz 2). ”
25	Venho à UTI para acompanhar de perto a recuperação do meu filho	100% positiva	100% clara	
26	Não consigo ficar em casa sem ele	33.3% positiva 33.3% negativa 33.3% neutra	83.3% clara 16.7% precisa melhor ar	“O que é ficar em casa? Ela corre para a rua? Confuso... “Ficar em casa sem meu filho é angustiante” ou “me causa sofrimento (Juiz 2). ” ; “Fiquei em dúvida (Juiz 5). ”

Fonte: elaborado pela autora.

O resultado final foi um protocolo com 24 questões em formato de escala Likert, sendo: 0 = não sei opinar; 1 = discordo plenamente; 2 = discordo parcialmente; 3 = concordo parcialmente e, 4 = concordo plenamente. Planejou-se para esse protocolo a divisão de itens positivos e negativos, em que a sua pontuação seria calculada de forma diferenciada, conforme a Tabela 3 (APÊNDICE D).

Tabela 3 – Descrição dos itens positivos e negativos.

Itens positivos	Itens negativos
1, 2, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 19, 22, 24	3, 4, 5, 7, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 23

Fonte: elaborado pela autora.

Dessa forma, os itens que foram atribuídos como positivos teriam sua pontuação somada (0 = não sei opinar, 1 = discordo plenamente, 2 = discordo parcialmente, 3 = concordo parcialmente, 4 = concordo plenamente). Os itens negativos, entretanto, teriam sua pontuação invertida (0 = não sei opinar, 1 = concordo plenamente, 2 = concordo parcialmente, 3 = discordo parcialmente, 4 = discordo plenamente).

Como terceira etapa de elaboração do protocolo, optou-se por agrupar os itens em categorias, para possibilitar outras formas de análise da percepção materna das situações relacionadas a internação, portanto foram criadas previamente sete categorias: 1. Reação à notícia da internação; 2. Expectativa de futuro (itens positivos e negativos); 3. Percepção da condição do bebê (itens positivos e negativos); 4. Percepção do apoio da equipe hospitalar; 5. Percepção de apoio social; 6. Percepção do papel paterno (itens positivos e negativos) e, 7. Percepção do papel materno. Essas categorias e os itens foram apresentados novamente aos juízes, conforme apresentado na Tabela 4, para avaliação da redação das categorias e os possíveis itens pertencentes a cada uma, bem como a sugestão de novas categorias.

Tabela 4 – Descrição da avaliação dos juízes sobre as categorias iniciais do protocolo.

Categoria	Itens	Concordância dos juízes
01	20	66,7%
02	08	100%
	09	83,3%
	10	85,7%
	16	83,3%
	21	71,4%
03	03	100%
	12	85,7%
	14	85,7%
	15	100%
	17	66,7%
04	02	83,3%
	04	100%
05	04	100%
	05	83,3%
06	6	83,3%
	18	66,7%
07	13	66,7%
	21	71,4%
	22	100%
	23	100%
	24	83,3%

Fonte: elaborado pela autora.

Os itens 01 e 07 foram avaliados, porém não houve consenso entre os juízes sobre suas categorias pertencentes, conforme exposto na Tabela 5.

Tabela 5 – Descrição da avaliação dos juízes dos itens 01 e 07.

Itens	Categoria	Concordância dos juízes
01	01	16,7%
	03	16,7%
	02	33,3%
	07	33,3%
07	02	12,5%
	03	37,5%
	07	25%

Fonte: elaborado pela autora.

Diante da discrepância dos juízes e do grande número de categorias, optou-se por uma reconfiguração, diminuindo o número de categorias e reagrupando os itens, objetivando facilitar análises futuras. Obteve-se, portanto, cinco categorias: 1. Percepção da condição do bebê; 2. Percepção do apoio da equipe hospitalar; 3. Percepção de apoio social; 4. Percepção do papel paterno; 5. Percepção do papel materno.

Da mesma forma, essas novas categorias passaram pelo crivo de quatro juízes, selecionados pela disponibilidade em responder em tempo hábil e pela maior afinidade com a temática do projeto e experiências anteriores com elaboração de instrumentos, para verificar a correspondência dos itens as novas categorias sugeridas. Tais dados estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Descrição da avaliação dos juízes das novas categorias de percepção.

Categorias	Itens	Concordância dos juízes
1	1	50%
	3	100%
	8	75%
	10	100%
	12	100%
	14	100%
	15	100%
	16	75%
	17	50%
	19	100%
2	2	100%
	11	100%
3	4	100%
	5	100%
4	6	100%
	18	100%
5	7	100%

9	75%
13	100%
20	100%
21	75%
22	100%
23	75%
24	100%

Fonte: elaborado pela autora.

A partir das novas categorias foi possível encontrar concordância entre os juízes na maioria (92%) dos itens analisados, apenas os itens 01 e 17 que o grau de concordância entre os juízes foi de 50%. A partir dessa porcentagem de concordância, optou-se por incluir esses itens na categoria 01 pelo conteúdo dos itens serem semelhantes ao dos outros itens pertencentes da categoria. Em seguida, dentro de cada categoria, os itens foram divididos em itens positivos e negativos, conforme análise feita na primeira avaliação do protocolo pelos juízes, descritas na Tabela 7.

Tabela 7 – Divisão dos itens dentro das categorias em positivos e negativos.

Categoria	Itens positivos	Itens negativos
1	1	3
	8	12
	10	16
	14	17
	15	
	19	
2	2	11
3		4
		5
4	6	18
5	9	7
	13	20
	22	21
	24	23

Fonte: elaborado pela autora.

Com a proposta de avaliar a percepção, os itens que relatavam sentimentos maternos com relação a condição de internamento do bebê resultaram em um instrumento específico para esta finalidade, o **Protocolo de avaliação de sentimentos**. Ele consta de três itens para possibilitar a identificação de sentimentos vivenciados no momento da notificação da

necessidade de internação, das visitas ao bebê e em relação as expectativas no momento de alta hospitalar, bem como a justificativa para a emergência desses sentimentos. Um conjunto de sentimentos positivos (Tranquila, Conformada, Confiante e Amparada) e negativos (Culpada, Decepcionada, Preocupada, Nervosa e Desesperada) é apresentado para que a mãe assinale qual deles mais representou o que sentiu naquela situação. Após assinalar o sentimento a mãe seria convidada a descrever porque assinalou aquele sentimento. Os sentimentos seriam contabilizados e, as respostas às questões abertas seriam analisadas e categorizadas (APÊNDICE B).

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Elaborar um instrumento para avaliar a percepção materna e os sentimentos no contexto da internação foi tarefa árdua. Todavia, a aplicação consistente do mesmo e análises estatísticas pertinentes auxiliarão na construção de um instrumento que realmente avalie o que se pretende. São muito os determinantes presentes na situação. Porém, a validação do mesmo acontecerá a partir de sucessivas aplicações em contextos semelhantes.

ETAPA 2 - PERCEPÇÃO, SENTIMENTOS E SAÚDE EMOCIONAL MATERNA, APOIO SOCIAL E ENFRENTAMENTO DE MÃES DE BEBÊS INTERNADOS EM UTIN

O objetivo geral desta etapa foi descrever os indicadores de saúde emocional materna (ansiedade, depressão e estresse), o apoio social e as estratégias de enfrentamento de mães de bebês internados em UTIN, considerando o tempo de internação do bebê e analisar a sua influência sobre os sentimentos e percepção materna sobre esta condição.

Os objetivos específicos para esta etapa foram:

- a. Descrever, comparar e relacionar a saúde emocional de mães de bebês internados com o tempo de internação em UTIN.
- b. Descrever a rede de apoio social percebida pelas mães de bebê em UTIN e relacioná-la com o tempo de internação.
- c. Descrever as estratégias de enfrentamento maternas, comparando-as considerando o tempo de internação e o número de indicadores clínicos.
- d. Descrever os sentimentos das mães em diferentes momentos da internação;
- e. Comparar sentimentos positivos e negativos em dois momentos: notícia da internação e visita à UTI;
- f. Comparar sentimentos positivos e negativos considerando ausência e presença de indicadores clínicos;
- g. Descrever a percepção materna sobre a internação do bebê em UTIN e correlacionar com saúde emocional.

Estudos foram desenvolvidos para atender a cada um dos objetivos específicos propostos e serão apresentados a seguir.

ESTUDO 1. SAÚDE EMOCIONAL DE MÃES DE BEBÊS EM UTI NEONATAL E TEMPO DE INTERNAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Os avanços da tecnologia médica permitiram que recém-nascidos muito prematuros e/ou com doenças graves tivessem aumentadas as suas chances de sobrevivência, inviável até a década de 1970 (BALDINI; KREBS, 2010). A Academia Americana de Pediatria define quatro grandes grupos de crianças em condição de risco neonatal que necessitam de cuidados intensivos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): o recém-nascido muito prematuro; o recém-nascido que necessita de suporte tecnológico; o recém-nascido com problemas crônicos e expectativa de morte e, o recém-nascido em condições familiares adversas (LINHARES et al., 2006). Quanto a frequência de cada grupo nas UTIN, os estudos divergem o que provavelmente está associado à época da coleta de dados, visto ser esta uma população flutuante, que também divergem em termos de tempo de internação (ARRUÉ et al., 2013; TADIELO et al., 2013; GRANZOTTO et al., 2012; FOCH; SILVA; ENUMO, 2016).

Este novo ambiente de cuidado trouxe, aos pais e familiares uma nova experiência que é de acompanhar o seu bebê internado na UTIN (RODRIGUES; JORGE; MORAIS, 2005), um contexto propício para alterações na saúde emocional dos familiares envolvidos, criando uma nova demanda para a Psicologia. A saúde emocional de uma mãe com um bebê internado em UTIN é determinada por um conjunto de fatores: da condição do bebê, da relação estabelecida entre os pais e a equipe de saúde, da rede de apoio social disponível e como a família enfrenta a situação. A dificuldade de estabelecimento de vínculo com o bebê, como a instabilidade da saúde e incerteza sobre a sobrevivência do bebê, a separação entre mãe e filho, longos períodos de permanência na UTIN, a dificuldade de comunicação com a equipe, configuram o contexto hospitalar e da UTIN como grande fonte de estressores tanto para a mãe como para o bebê

(GUIMARÃES; PAULA; ENUMO, 2013; ROQUE et al., 2017; FRAGA et al., 2008; RAMOS, 2012). Pesquisas tem sido feitas considerando a presença de vários constructos de saúde emocional, como depressão, ansiedade e estresse.

A depressão pode ser definida pela presença de humor triste, vazio ou irritável somadas a alterações somáticas e cognitivas que podem acarretar prejuízo significativo ao funcionamento do indivíduo (DSM-5, 2014). Um entendimento analítico comportamental dessa psicopatologia tende a atribuir causas de diferentes origens ao surgimento dos sintomas, como do seu ambiente e da sua história de reforçamento ou punição anteriores. Mas de certa forma essas causas culminam na diminuição de atividades tidas anteriormente como prazerosas e aumento do comportamento de fuga e esquiva de situações aversivas (CARDOSO, 2011).

Para a seleção e verificação dos sintomas e da frequência em que estão presentes na vida do sujeito pode-se adotar diferentes métodos para avaliação, sendo os instrumentos padronizados como inventários, testes e escalas os mais comumente utilizados (CAMPOS, 2007). Diversos são os instrumentos utilizados para avaliação da depressão, aplicáveis a diferentes populações, variando de acordo com a idade, gênero, ocupação e entre outras características da amostra. Em seu estudo de revisão de literatura sobre os instrumentos mais utilizados na população brasileira para avaliar depressão, Baptista e Borges (2016) observaram a prevalência de uso do Inventário de Depressão de Beck, da Escala Baptista de Depressão e de instrumentos específicos como a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo. Além disso, puderam constatar a maior recorrência de estudos sobre a depressão envolvendo universitários, seguido por crianças escolares e mães.

O interesse pelo estudo sobre a depressão materna vem crescendo devido ao aumento de sua incidência na população. Tem sido utilizado, também, na identificação das possíveis interferências na qualidade de vida da mãe pelos desdobramentos observados no desenvolvimento do bebê (ALVARENGA; PALMA, 2013). Diversos foram os estudos que

avaliaram os sintomas dessas mães em diferentes momentos da maternidade, podendo ser ainda na gestação (ARAUJO; RODRIGUES, 2010), na necessidade de internação do bebê (PADOVANI et al., 2004), ao longo do primeiro ano de vida do bebê (ALFAYA, 2015; ALVARENGA; PALMA, 2013; CAMPOS; RODRIGUES, 2015) e em outras circunstâncias. Além da depressão outros constructos emocionais podem aparecer associados ou isolados, como a ansiedade e o estresse.

A ansiedade pode ser definida pela preocupação excessiva e recorrente por inúmeros eventos, podendo causar inquietação, problemas de concentração, irritabilidade, tensão muscular e diversos outros (DSM-5, 2014). Autores como Zamignani e Banaco (2005) salientam para os sintomas físicos, mas também para a redução da eficiência comportamental, como o prejuízo nas habilidades sociais, bem como as respostas de fuga e esquiva das situações que desencadeiam esses sintomas. Entre os instrumentos utilizados para avaliar a ansiedade está o Inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE) utilizado para avaliar pacientes cirúrgicos (FRIAS; COSTA; SAMPAIO, 2010), estudantes de medicina e enfermagem (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009; SANTOS; GALDEANO, 2009), pré-vestibulandos (SOARES; MARTINS, 2010), além de estudos sobre a ansiedade materna (ALVES, 2015, PINTO; PADOVANI; LINHARES, 2009, PADOVANI et al, 2004).

O estresse pode ser definido como uma resposta do organismo, a um evento traumático desenvolvendo sintomas físicos e psicológicos que podem causar prejuízo ao funcionamento social do sujeito (DSM-5, 2014). Somada a essa definição, Lipp e Malagris (2011) precursoras no estudo do estresse no Brasil, acrescentam que esse evento traumático é desencadeado por estressores que alteram o equilíbrio do organismo, necessitando de ações para readaptação e enfrentamento dos problemas. Entre os instrumentos utilizados para avaliar e identificar esses estressores está a Escala de Estresse Percebido (PSS) utilizada para mensurar a percepção de estresse pelo seu respondente, dentre os públicos avaliados está a de idosos (LUFT et al, 2007),

professores universitários (REIS et al., 2010), pós-graduandos (FARO, 2013) e estudantes universitárias (DIAS et al. 2015). Utilizando outros instrumentos encontram-se pesquisas sobre o estresse materno no pós-parto (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011), entre mães de bebês internados em UTIN (PADOVANI et al, 2004) e entre mães com bebês com malformação internados em Unidade de Cuidados Intensivos (NARDI et al., 2015; VICENTE et al., 2016).

Pesquisas verificando a presença de sintomas de estresse, ansiedade e depressão em pais de bebês internados em UTIN e de bebês saudáveis verificaram a presença de níveis clínicos desses sintomas. Padovani et al. (2004) encontraram níveis clínicos de ansiedade e depressão em mães de bebês durante e a após a internação, comparando-os nesses dois momentos. Os resultados apontaram para níveis mais altos durante a internação. Após a alta foi possível observar redução dos indicadores de ansiedade e depressão e, também, redução das mães que apresentavam indicadores para as duas condições, podendo atribuir essa diminuição, na alta hospitalar, da preocupação com a condição de saúde do bebê.

Pinto, Padovani e Linhares (2009) em sua pesquisa sobre ansiedade e depressão materna compararam os sintomas em grupos de mães com ou sem indicadores clínicos para depressão e ansiedade, bem como verificar a relação com características do bebê e da mãe. Avaliando os relatos de mães de bebês prematuros e hospitalizados puderam observar que as mães que apresentaram indicadores clínicos verbalizaram sentimentos e experiências com a hospitalização mais negativas e pessimistas. Esses sentimentos também estavam associados a menor peso ao nascer, menos idade gestacional e maior tempo de internação, ou seja, condições de risco do bebê que influenciavam a presença de sentimentos negativos das mães.

Em revisão de literatura realizada por Felipe, Souza e Carvalho (2014) sobre o impacto do nascer prematuro e hospitalização do bebê na saúde emocional materna foi possível observar a alta incidência de patologias nessas mães, sendo mais evidentes os sintomas para depressão e ansiedade. A permanência da hospitalização e as consequências relacionadas ao parto

premature pode ser observado como sintomas próximos ao estresse pós-traumático e as alterações no organismo por ele gerado. Além dessas características, verifica-se a influência de variáveis sociodemográficas para agravamento desses sintomas em específico, como a ausência do pai e a baixa escolaridade materna.

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

Rodrigues e Nogueira (2016) encontraram que a presença de múltiplos indicadores clínicos emocionais influenciam negativamente as práticas educativas parentais, resultando em frequência maior de negligência, punição inconsistente e disciplina relaxada. O uso sistemático de tais práticas incide no vínculo mãe-bebê, necessitando de intervenção pontual junto às mães.

A presença de alterações na saúde emocional materna se identificada precocemente pode resultar em mães mais responsivas ao bebê internado, melhor organização da vida fora do contexto hospitalar e expectativas mais favoráveis da sua competência para cuidar do bebê por ocasião da alta hospitalar. Portanto, são importantes os estudos que avaliem sistematicamente os constructos que compõem a saúde emocional: o estresse, a ansiedade e a depressão.

O presente estudo pretendeu descrever a saúde emocional de mães de bebês internados, considerando o tempo de internação em UTIN.

2. MÉTODO

2.1 Aspectos Éticos

Antecedendo a coleta de dados o presente projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Faculdade de Ciências, UNESP, Bauru e da Maternidade Santa Isabel, de Bauru, SP (processo nº 012698/2017). Para a coleta dos dados foram tomadas todas as providências cabíveis, conforme as condições estabelecidas pela resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, 2012). Por ocasião do convite as participantes foram informadas sobre os objetivos do projeto, as atividades pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados dessa pesquisa em eventos e publicações na área, assim como da manutenção dos demais serviços por elas usufruídos na maternidade, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

2.2 Participantes

Participaram 50 mães de bebês que estavam internados em UTI da instituição parceira, a Maternidade Santa Isabel, de Bauru. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das entrevistadas, quanto a idade 32% delas tinham mais de 31 anos (Média= 26; DP= $\pm 7,2$) com ensino médio completo ou mais (58%). Dessas, 48% eram primíparas, 52% tinham dois filhos ou mais (Média= 1,9; DP= $\pm 1,1$) e tinham união estável (54%). Quanto ao nível socioeconômico prevaleceu a classe econômica C (82%).

Tabela 1 – Caracterização das mães dos bebês internados em UTIN.

Característica	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Idade		
≤ 20	10	20%
21-25	15	30%

26-30	09	18%
>31	16	32%
Número de filhos		
1	24	48%
2	14	28%
≥3	12	24%
Escolaridade		
Menos de 11 anos	21	42%
11 anos ou mais	29	58%
Estado Civil		
Solteira	23	46%
União Estável	27	54%
Classe Social:		
B	06	12%
C	41	82%
D	03	06%

Fonte: elaborado pela autora.

Além das características sociodemográficas foram coletadas informações sobre a gravidez e parto que estão apresentadas na Tabela 2. A grande maioria das mães (74%), informaram ter tido uma boa saúde durante a gestação. Das 26% mães que caracterizaram a sua saúde como regular ou complicada, relataram problemas variados como aumento de pressão, diabetes gestacional, perda de líquido, pré-eclâmpsia, deslocamento de placenta, entre outros que necessitaram desde de intervenção medicamentosa até a necessidade de internação e/ou antecipação do parto. Das mães, 74% não haviam planejado a gravidez, sendo prevalente a cesariana (56%).

Tabela 2 – Características da gestação e parto.

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

Fonte: elaborado pela autora.

Foram coletados, também, dados sobre os bebês hospitalizados, apresentados na Tabela 3. A idade gestacional média foi de 31,6 semanas, variando de 24 semanas a 40

semanas, com peso médio de 1744,3 gramas, variando entre o mínimo de 625 gramas e 4175 gramas e eles tinham, em média, 37,7 centímetros. O tempo médio de internação foi de dez dias, por ocasião da entrevista, sendo o mínimo de um dia e o máximo de 40 dias de internação.

Tabela 3 – Características dos bebês internados na UTIN.

Características	Mínimo	Máximo	Média	DP±
Tempo de internação	1	40	10,3	9,1
Idade gestacional	24	40	31,6	4,5
Peso	625	4175	1744,3	935,8
Tamanho	20	54	37,3	10,2

Fonte: elaborado pela autora.

2.3 Instrumentos:

2.3.1 Questionário sociodemográfico

Contém espaços para a coleta de informações demográficas (idade, profissão, escolaridade, número de filhos), sobre a saúde da mãe durante a gestação, tipo de parto, sobre o bebê e sua condição de saúde (APÊNDICE F).

2.3.2 Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale* – PSS - 14)

A escala foi elaborada por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) e validada no Brasil por Luft et al. (2007). É composta de 14 itens com resposta que variam de zero a quatro (0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = quase sempre 4 = sempre). As questões com conotação positiva têm sua pontuação somada invertida. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero a 56. A pontuação, conforme apresentado pelo estudo de Faro (2015), pode ser classificada em intervalos que incidam a intensidade do estresse, sendo eles: baixo, normal, moderado, alto e muito alto (ANEXO 1).

2.3.3 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

O IDATE avalia as variáveis traço e estado de ansiedade. Foi elaborado por Spielberger et al. (1970) e validado por Biaggio e Natalício (1979). O instrumento é

composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, negativos que são corrigidos de forma investida e itens positivos que são corrigidos normalmente. Possibilitam a avaliação dos dois conceitos (ansiedade em um momento específico e como o sujeito vivencia geralmente certos sintomas). Os escores podem variar de 20 a 80 pontos, sendo que a baixa pontuação indica baixo nível de ansiedade e a alta, o oposto.

2.3.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).

O BDI-II é um instrumento que permite a avaliação da intensidade da depressão em adolescentes e adultos, criado por Beck, Steer e Brown (1996) e traduzido e validado no Brasil por Gorenstein et al. (2011). O inventário em escala *likert* composta por 21 itens onde cada alternativa corresponde a uma pontuação que varia de 0 a 4, sendo 63 o maior escore possível. A pontuação pode ser classificada em intensidades como mínima, leve, moderado e grave.

3 Local

Os dados foram coletados na Maternidade Santa Isabel, em Bauru, SP, nas dependências da unidade, local principal em que as mães permaneciam, após a finalização de todas as intervenções da equipe afim de evitar interrupções e a exposição da mãe, objetivando ao máximo garantir a privacidade das mães.

2.4. Procedimento para a coleta de dados

Inicialmente foi feito contato com a Maternidade Santa Isabel e os objetivos e metodologia foram explicitados para ciência da instituição e dos possíveis envolvidos. Após a autorização da Maternidade foi iniciada a coleta.

A partir de visitas à unidade e identificação dos bebês internados na UTI, as mães foram abordadas em seus quartos ou nas dependências da UTI e convidadas a participar do

presente projeto. Em geral, o convite era feito em horário próximo às visitas dos pediatras à UTI para garantia da maior presença desse público. Nesse momento era explicitado os objetivos da pesquisa e feita a leitura do TCLE. Após a assinatura do termo as mães responderam ao Questionário de dados sociodemográficos e aos instrumentos para avaliar a saúde emocional, o IDATE, o BDI e o PSS.

2.5. Procedimento para análise de dados

Os instrumentos foram corrigidos conforme as instruções de cada manual e foram classificados em resultados que apontam um fator clínico ou não clínico da saúde emocional materna. Para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) utilizou-se o critério de pontuação equivalente ou acima do percentil 75 para sintomas clínicos de ansiedade traço e ansiedade estado. Para a correção da Escala de Estresse Percebido foi adotado a pontuação utilizada por Faro (2015) classificando o intervalo de pontuação alto e muito alto como índices clínicos para ansiedade. Além desse instrumento, obteve-se a classificação dos sintomas no Inventário de Depressão de Beck, em leves, moderados ou graves, sendo os moderados e graves considerados clínicos. Para esses instrumentos quanto maior a pontuação final obtida maior será a presença de sintomas de ansiedade, estresse e depressão e consequentemente maior a probabilidade de serem indicadores clínicos.

Foram realizadas correlações de *Spearman* entre a pontuação dos instrumentos utilizados para avaliação da saúde emocional materna (IDATE, BDI, PSS) afim de verificar a possível associações entre eles e a pertinência do uso para essa população. Foram, também, realizadas comparações entre a saúde emocional materna e o tempo de internação dos bebês no momento da entrevista. Para todas as análises considerou-se o nível de significância de 5% (coeficiente de significância estatística $p < 0,05$) e foi utilizado o software de processamento

SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* - pacote estatístico para as ciências sociais), versão 20.0 (SPSS, 2010).

3. RESULTADOS

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

Tabela 4 – Caracterização da pontuação total no BDI-II, considerando a intensidade dos sintomas.

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

Fonte: elaborado pela autora.

Para a identificação do estresse da amostra foi aplicado a Escala de Estresse Percebido – PSS-14. Os resultados estão descritos, na Tabela 5, em cinco categorias, de acordo com a pontuação obtida. Das mães avaliadas 38% (19 participantes) apresentaram classificações nas categorias para estresse “alto” e “muito alto”. A pontuação média da amostra foi de 25,3 pontos (DP= 10,3; MIN= 10; MAX= 44).

Tabela 5 – Frequência absoluta e relativa das participantes nas categorias previstas por Faro (2015) para o PSS-14.

Pontuação PSS – 14	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Abaixo	15	30%
Normal	07	14%

Moderado	09	18%
Alto	09	18%
Muito alto	10	20%

Fonte: elaborado pela autora.

Em Ansiedade-Estado 64% das mães (32 participantes) entrevistadas apresentaram sintomas clínicos e, em Ansiedade-Traço 54% das mães (23 participantes) apresentaram sintomas clínicos (Tabela 6). Dessas mães, 52% (26 participantes) apresentaram sintomas clínicos nas duas subescalas do IDATE.

Tabela 6 - Caracterização da pontuação do IDATE em sintomas clínicos e não clínicos.

Ansiedade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Estado		
< 75	18	36%
≥ 75	32	64%
Traço		
< 75	23	46%
≥ 75	27	54%

Fonte: elaborado pela autora.

A Tabela 7 apresenta os valores mínimo, máximo e a média da pontuação bruta nas duas sub-escalas do IDATE (Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço), sendo 49,1 pontos para Ansiedade Estado e 44,4 pontos para Ansiedade Traço.

Tabela 7 – Pontuação nas subescalas (Ansiedade Estado ou Traço) no IDATE.

Ansiedade	Média	Desvio Padrão ±	Mínimo	Máximo
Estado	49,1	8,0	35	64
Traço	44,4	9,1	32	62

Fonte: elaborado pela autora.

Realizando a comparação da pontuação das mães nas sub-escalas de ansiedade obteve-se diferença estatisticamente significativa entre elas, $p= 0,005$ e $U= 772$, sendo a mediana da sub-escala estado maior que a mediana da sub-escala traço. A ansiedade estado está relacionada aos acontecimentos atuais enquanto o traço se refere a sintomas mais frequentes na vida da pessoa.

Por meio da classificação da pontuação dos instrumentos (BDI-II, PSS-14 e IDATE) em clínicos e não clínicos foi possível caracterizar, nas mães avaliadas, o número de indicadores identificados. Das participantes, 34% (n=17) não apresentaram nenhum indicador clínico. Das demais, 56% (n=28) apresentaram dois ou três indicadores clínicos para estresse, depressão ou ansiedade e, 10% (n=5) apresentaram pelo menos um indicador (Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização da presença de indicadores clínicos nos instrumentos de saúde emocional.

Número de indicadores clínicos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nenhum	17	34%
Um indicador	5	10%
Dois indicadores	11	22%
Três indicadores	17	34%
Quatro indicadores	0	0

Fonte: elaborado pela autora.

Para verificar a relação entre os instrumentos utilizados e a consistência deles para a amostra avaliada, realizou-se associação entre eles (BDI-II, PSS-14 e IDATE). Os resultados mostraram correlações moderadas e estatisticamente significativas e positivas entre eles.

Tabela 9 – Correlação entre os instrumentos de avaliação da saúde emocional materna.

Instrumentos	BDI	PSS	IDATE-Estado	IDATE-Traço
BDI		$r_s = 0,56^{**}$	$r_s = 0,68^{**}$	$r_s = 0,61^{**}$
PSS	$r_s = 0,56^{**}$		$r_s = 0,40^{**}$	$r_s = 0,51^{**}$
IDATE-Estado	$r_s = 0,68^{**}$	$r_s = 0,40^{**}$		$r_s = 0,79^{**}$
IDATE-Traço	$r_s = 0,61^{**}$	$r_s = 0,51^{**}$	$r_s = 0,79^{**}$	

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: r_s = Correlação de Sperman. $^{**}p<0,010$

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

Ansiedade Estado, sendo a média das mães do Grupo 2 maior que a do Grupo 1, indicando que quanto maior o tempo de internação, maior a Ansiedade Estado.

Tabela 10 – Comparação da saúde emocional materna e tempo de internação.

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

Fonte: elaborado pela autora.

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

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

Tabela 11 – Correlação da saúde emocional materna e tempo de internação.

Tempo de internação	
Instrumentos	
BDI	$r_s = 0,28^*$
PSS	$r_s = - 0,0$
IDATE-Estado	$r_s = 0,27$
IDATE-Traço	$r_s = 0,18$

Fonte: elaborado pela autora.

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

4. DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu avaliar a saúde emocional de mães de bebês internados em UTIN. Os resultados obtidos apontaram para 12% das mães com depressão. Tais resultados diferem dos encontrados por Padovani et al. (2004) e Felipe, Souza e Carvalho (2014) que encontraram uma alta incidência de sintomas de depressão nas mães avaliadas em seus estudos por ocasião da internação de seus filhos em UTIN. A baixa incidência desses sintomas pode ser justificada pela percepção do apoio ofertado pela equipe de saúde que atua como fator de

proteção conforme observado por Obeidat, Bond e Callister (2009), ou possivelmente pelas características sociodemográficas das mães abordadas nesse estudo que diferem das apresentadas por Felipe, Souza e Carvalho (2014) e que podem atuar como também como proteção.

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

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

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

A análises para avaliar o impacto da internação sobre a saúde emocional mostrou que quanto maior o número de dias de internação, mais ansiedade estado as mães apresentam, o que é esperado devido ao contato prolongado com situações ansiolíticas. Essa associação de fatores do bebê e prejuízo a saúde emocional materna também foi encontrado por Pinto, Padovani e Linhares (2009) que acrescentaram que esse maior tempo de internação do bebê produz na mãe percepções mais pessimistas e negativas dessa experiência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação e identificação dos indicadores de saúde emocional desse estudo reforçam a necessidade de atenção e apoio social as mães e famílias de bebês que necessitam da UTIN. A maior incidência de mães com indicadores de Ansiedade-Estado pode demonstrar como o contexto da hospitalização pode ser desencadeador de alterações emocionais nelas. Além disso a presença de dois ou mais indicadores nas mães deve ser uma alerta para o acompanhamento por psicólogos pois apresenta-se como um fator de risco a mãe, mas também ao vínculo da díade.

ESTUDO 2. PERCEPÇÃO DA REDE DE APOIO SOCIAL E A RELAÇÃO COM TEMPO DE INTERNAÇÃO DE BEBÊS EM UTIN

1 INTRODUÇÃO

A percepção materna da experiência de conviver com um bebê internado em UTIN é determinada por um conjunto de fatores: da condição do bebê, da relação estabelecida entre os pais e a equipe de saúde, da saúde emocional da mãe, da rede de apoio social disponível e como a família enfrenta a situação. Nas unidades de terapia intensiva neonatais são atendidos recém-nascidos de muito baixo peso, pré-termo, portadores de patologias, malformações ou outras situações clínicas que fazem com que o neonato necessite de auxílio para sobreviver (COSTA; CHAGAS; SOUZA, 2009; LINHARES et al., 2006). Estudos tem apontado a prematuridade como a causa mais frequente de internação nessas unidades (ARRUÉ et al., 2013; GRANZOTTO et al., 2012; TADIELO et al., 2013).

Esses fatores de risco podem trazer a instabilidade do quadro clínico desses bebês, o que causa maior preocupação e medo nos familiares, permeado de intervenções dirigidas especificamente aos bebês, bem como a informação e acolhimento desses pais a cada alteração do prognóstico (FERNANDES; SILVA, 2015). Tais condições adversas podem colocar em conflito as expectativas criadas e desejadas sobre o bebê durante a gestação com as percepções elaboradas com os primeiros contatos com o bebê. A mãe que imaginou levar para casa uma criança sadia depara-se com seu filho internado, com aparência frágil, aspirando grandes cuidados e possíveis sequelas ou deformações físicas, tendendo a idealizá-lo como doente, frágil e pequeno, com possibilidades discutíveis de sobrevivência (PADOVANI et al., 2004).

Ver constantemente seu bebê preso a fios, equipamentos e, quase sempre dormindo, tende a produzir na mãe insegurança com relação à sua sobrevivência fora daquele ambiente (ARAUJO; RODRIGUES, 2010). Zani et al. (2011), entrevistando mães adolescentes sobre a

sua percepção do seu recém-nascido internado em UTIN, observaram a dificuldade em identificar e compreender os riscos de cada bebê, como os riscos da prematuridade, baixo peso e outros fatores dificultadores da sua evolução. Segundo os autores, a tendência das mães foi de não considerarem os bebês como de risco, acreditarem que a condição de saúde do filho é boa, mesmo quando esses apresentavam sérias intercorrências.

Baylis et al. (2014) realizaram um estudo para verificar em que momento esses primeiros contatos ocorriam e qual era a influência para a interação com o filho. Puderam identificar que em sua maioria os pais conseguiam ver os bebês logo após seu nascimento, mas poucos pais puderam tocar ou segurar os bebês. Acrescentam ainda que a imediatez desse primeiro contato está relacionada a dinâmica e rotina da unidade intensiva, sendo essa organização um fator que influencia no contato, formação de vínculo e na percepção que os pais desenvolvem sobre a hospitalização.

Identificar os sentimentos e experiências das primeiras visitas e contatos dos pais com os bebês internados foram os objetivos de Schmidt et al. (2012). Os resultados apontaram para a presença de sentimentos ambíguos nesses primeiros contatos, sendo os positivos por estarem próximos ao bebê, mas os negativos relacionados a preocupação com a sua condição de saúde. Entretanto, observaram que os sentimentos negativos foram atenuados na medida em que os profissionais de saúde da UTIN estabeleciam um bom contato com os pais dos bebês e esses conseguiam conhecer, se habituar ao ambiente da unidade e verificarem que o bebê estava recebendo os devidos cuidadosos pela equipe e hospital.

Costa, Chagas e Souza (2009) realizaram um estudo utilizando um programa de educação em saúde aplicada no contexto da UTIN para as mães de bebês internados. A partir dos relatos os autores identificaram que o trabalho multidisciplinar foi significativo pois as orientações adequadas e de qualidade puderam instrumentalizar as mães e, também, reduzir a recorrência de sentimentos negativos como o medo e a preocupação. Os profissionais criaram

um meio de comunicação com os pais e atuaram como uma fonte de suporte informacional e emocional na medida em que informavam sobre a rotina da unidade, introdução de equipamentos, estímulos novos presentes no ambiente, outros procedimentos e o estado de saúde do bebê.

A equipe de saúde disponível no ambiente hospitalar é uma das mais importantes redes de apoio para os pais. Todavia, outras redes de apoio são necessárias para atender necessidades específicas dos pais no período de internação do seu bebê em UTIN. O apoio social pode ser definido como os recursos que a pessoa tem disponível, advindas de outras, em situações de necessidade (JULIANO; YUNES, 2014). Além da percepção dos recursos a conceituação envolve a identificação das diferentes funções desse apoio, como apoio informacional, emocional. Juntamente ao apoio social, associasse-se o termo rede social, sendo conceituada como o grupo de pessoas com que o sujeito tem contato podendo ou não oferecer apoio (GRIEP et al, 2003, GRIEP et al., 2005, ZANINI; PEIXOTO; NAKANO, 2018).

A percepção do apoio social pode ser avaliada pela Escala de Apoio social (EAS) utilizada para avaliar a percepção de apoio social de estudantes universitários (ZANINI; VEROLLA-MOURA; QUEIROZ, 2009), funcionários técnico-administrativos (GRIEP et al, 2005), idosos (PAIS-RIBEIRO; PONTE, 2009) e mãe de bebês hospitalizados (DANTAS et al., 2015).

Em revisão de literatura sobre o apoio social e a experiência da maternidade, Rappaport e Piccinini (2006) ressaltaram que durante a gestação, período pós-parto e puerpério a mulher se depara com diversos momentos estressantes (cansaço, mudança de rotina, necessidades do bebê, adoecimento do bebê e etc.) sendo o apoio social um importante fator de proteção a essas situações. A habilidade da mãe de perceber fontes de apoio disponíveis, saber a quem recorrer pode ter um impacto positivo em sua saúde, com desdobramentos para o desenvolvimento de um apego seguro entre mãe-bebê, possibilitando uma maternagem

responsiva. Além da condição de fator de proteção do apoio social, os autores constataram que as mães percebiam o pai do bebê como principal fonte de apoio, seguido pelas avós e outros familiares, sendo o apoio conjugal um aspecto de forte influência no bem-estar materno.

Baptista, Baptista e Torres (2006) avaliaram a saúde emocional materna e o apoio social com o objetivo de correlacionar a presença de sintomas de depressão e ansiedade com o suporte social em gestantes no período pré-natal. Os resultados indicaram uma alta presença desses sintomas em mães assim como a associação negativa entre esses sintomas e o suporte social percebido, advindo principalmente do marido, atuante como amenizador das situações consideradas problemas na gravidez, promovendo o desenvolvimento de estratégias psicossociais eficazes e diminuindo as possibilidades de consequências negativas para a relação mãe-bebê.

Dantas et al. (2015), em seu estudo sobre a avaliação do apoio social e a presença de sintomas de depressão em mães de neonatos em UTIN objetivaram investigar a possível relação entre esses dois constructos, utilizando como instrumento de avaliação do apoio social a Escala de Apoio Social (EAS). Os resultados encontrados apontaram para a existência de indicadores clínicos de depressão na maioria das mães entrevistadas. Além disso, encontraram correlação negativa entre a depressão e o apoio social recebido, indicando que quanto melhor a percepção de apoio social, menor a intensidade da sintomatologia depressiva. Em especial, encontraram correlação negativa entre os sintomas de depressão e as dimensões apoio material, de informação e a emocional. Não foram encontradas relações entre o apoio social e as características sociodemográficas das mães e bebês.

A literatura revisada tem possibilitado o conhecimento da percepção de mães de bebês internados em UTIN tem da sua rede de apoio e de sua atuação. Compreender as particularidades das redes de apoio das participantes é possível a idealização de planos de intervenção individuais ou grupais, para auxiliar as mães na identificação e utilização eficiente

das diferentes redes, nos diferentes contextos abrindo um caminho de efetivo apoio para elas, por ocasião da internação do seu bebê em UTIN. Neste estudo o objetivo foi descrever a rede de apoio social percebida pelas mães de bebê em UTIN e relacioná-la com o tempo de internação.

2 MÉTODO

2.1 Aspectos Éticos

Antecedendo a coleta de dados o presente projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Faculdade de Ciências, UNESP, Bauru e da Maternidade Santa Isabel, de Bauru, SP (processo nº 012698/2017). Para a coleta dos dados foram tomadas todas as providências cabíveis, conforme as condições estabelecidas pela resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, 2012). Por ocasião do convite as participantes foram informadas sobre os objetivos do projeto, as atividades pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados dessa pesquisa em eventos e publicações na área, assim como da manutenção dos demais serviços por elas usufruídos na maternidade, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

2.2 Participantes

Participaram 50 mães de bebês que estão internados em UTI da instituição parceira, a Maternidade Santa Isabel, de Bauru. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das entrevistadas, quanto a idade 32% delas tinham mais de 31 anos (Média= 26; DP= $\pm 7,2$) com ensino médio completo ou mais (58%). Dessas, 48% eram primíparas, 52% tinham dois

filhos ou mais (Média= 1,9; DP= $\pm 1,1$) e tinham união estável (54%). Quanto ao nível socioeconômico prevaleceu a classe econômica C (82%).

Tabela 1 – Caracterização das mães dos bebês internados em UTIN.

Característica	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Idade		
≤ 20	10	20%
21-25	15	30%
26-30	09	18%
>31	16	32%
Número de filhos		
1	24	48%
2	14	28%
≥3	12	24%
Escolaridade		
Menos de 11 anos	21	42%
11 anos ou mais	29	58%
Estado Civil		
Solteira	23	46%
União Estável	27	54%
Classe Social:		
B	06	12%
C	41	82%
D	03	06%

Fonte: elaborado pela autora.

Além das características sociodemográficas foram coletadas informações sobre a gravidez e parto que estão apresentadas na Tabela 2. A grande maioria das mães (74%), informaram ter tido uma boa saúde durante a gestação. Das 26% que caracterizaram a sua saúde como regular ou complicada, relataram problemas variados como aumento de pressão, diabetes gestacional, perda de líquido, pré-eclâmpsia, deslocamento de placenta, entre outros que necessitaram desde de intervenção medicamentosa até a necessidade de internação e/ou antecipação do parto. Das mães, 74% não haviam planejado a gravidez, sendo prevalente (56%) a cesariana.

Tabela 2 – Características da gestação e parto.

Características	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Saúde na gestação:		
Boa	37	74%

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

Fonte: elaborado pela autora.

Foram coletados, também, dados sobre os bebês hospitalizados, apresentados na Tabela 3. A idade gestacional média foi de 31,6 semanas, variando de 24 semanas a 40 semanas, com peso médio de 1744,3 gramas, variando entre o mínimo de 625 gramas e 4175 gramas e eles tinham, em média, 37,7 centímetros. O tempo médio de internação foi de dez dias, por ocasião da entrevista, sendo o mínimo de um dia e o máximo de 40 dias de internação.

Tabela 3 – Características dos bebês internados na UTIN.

Características	Mínimo	Máximo	Média	DP±
Tempo de internação	1	40	10,3	9,1
Idade gestacional	24	40	31,6	4,5
Peso	625	4175	1744,3	935,8
Tamanho	20	54	37,3	10,2

Fonte: elaborado pela autora.

2.3 Instrumentos:

2.3.1 Questionário sociodemográfico

Contém espaços para a coleta de informações demográficas (idade, profissão, escolaridade, número de filhos), sobre a saúde da mãe durante a gestação, tipo de parto, sobre o bebê e sua condição de saúde (APÊNDICE F).

2.3.2 Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB

Escala organizada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2013) em perguntas sobre variáveis (utensílios domésticos, quantidade de cômodos etc.) e serviços

públicos (água encanada, rua pavimentada) utilizadas para indicar o nível socioeconômico do entrevistado.

2.3.3 Escala de Apoio Social (EAS)

A Escala de Apoio Social (EAS) (SHERBOURNE; STEWART, 1991) foi traduzida para o português por Chor et al. (2001). É dividida em dois aspectos, buscando mensurar a rede social que o respondente possui e a qualidade do apoio social que recebe. Em rede social é incluída a quantificação de familiares e amigos que a participante discrimina e contabiliza como apoio e a participação em atividades em grupo em diferentes contextos (reunião de bairro, prática de esporte coletiva e trabalho voluntário). Na classificação, em termos de qualidade da rede, o apoio social é avaliado a partir da frequência com que o respondente pode contar com pessoas que o apoie em diversas situações. É composta por 19 itens, cada um com cinco alternativas, variando de nunca (1) a sempre (5). A EAS contém cinco dimensões funcionais de apoio social: a) apoio emocional – associada à percepção de pessoas em quem confiar ou para falar de seus problemas; b) apoio afetivo - relacionada a demonstrações de afeto, tais como pessoas que o amem e o façam sentir querido; c) interação social positiva - abarca aspectos referentes a ter com quem se distrair e fazer coisas agradáveis, como, por exemplo, atividades de lazer; d) apoio de informação – refere-se à presença de informações que podem ajudar o indivíduo a lidar com problemas; e) apoio material - reflete a disponibilidade de apoio em serviços práticos, tais como pessoas para preparar suas refeições, e que o leve ao médico (GRIEP et al., 2005) (ANEXO 3).

2.4 Local

Os dados foram coletados na Maternidade Santa Isabel, em Bauru, SP nas dependências da unidade, local principal em que as mães permaneciam, após a finalização de

todas as intervenções da equipe afim de evitar interrupções e a exposição da mãe, objetivando ao máximo garantir a privacidade das mães.

2.5 Procedimento para a coleta de dados

Inicialmente foi feito contato com a Maternidade Santa Isabel e os objetivos e metodologia foram explicitados para ciência da instituição e dos possíveis envolvidos. Após a autorização da Maternidade foi iniciada a coleta.

A partir de visitas à unidade e identificação dos bebês internados na UTI as mães foram abordadas em seus quartos ou nas dependências da UTI e convidadas a participar do presente projeto. Em geral, o convite era feito em horário próximo às visitas dos pediatras à UTI para garantia da maior presença desse público. Nesse momento era explicitado os objetivos da pesquisa e feita a leitura do TCLE. Após a assinatura do termo as mães responderam ao Questionário sociodemográfico e ao EAS.

2.6 Análise de dados

O EAS foi corrigido conforme as instruções do manual. A Escala de Apoio Social (EAS) possui cinco subdivisões (apoio emocional, apoio afetivo, interação social positiva, apoio de informação e apoio material) que possibilitam a análise do tipo de apoio social que o entrevistado possui mais a sua disposição. Para correção da escala e identificação da pontuação em cada dimensão foi feita a soma dos pontos obtidos nos itens pertencentes a dimensão, em seguida dividido pela pontuação máxima possível na mesma dimensão e multiplicar esse resultado por 100, obtendo assim a pontuação na dimensão. Dessa forma, quanto mais próximo do escore 100, melhor será a percepção do apoio social em suas diferentes dimensões.

Foram realizadas correlações de *Spearman* entre os dias de internação e os resultados da EAS. Para todas as análises considerou-se o nível de significância de 5% (coeficiente de

significância estatística $p < 0,05$) e foi utilizado o software de processamento *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences* - pacote estatístico para as ciências sociais), versão 20.0 (SPSS, 2010).

3 RESULTADOS

A Escala de Apoio Social (EAS) é dividida em dois aspectos, buscando mensurar a rede social que a mãe possui e como a classifica em relação à qualidade do apoio social que recebe. Inicialmente são quantificadas as pessoas (familiares e amigos) que a participante discrimina e contabiliza como apoio além da participação em atividades de grupo em diferentes contextos (reunião de bairro, prática de esporte coletiva e trabalho voluntário).

As participantes relataram que percebem mais os familiares do que os amigos. Não houve relatos sobre a participação de outros grupos sociais (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização da rede social materna.

Rede social	Média	Desvio-padrão $\pm$	Mínimo	Máximo
Familiares	3,7	2,1	1	15
Amigos	1,0	1,2	0	05

Fonte: elaborado pela autora.

A EAS analisa o apoio recebido em cinco dimensões: material; emocional; informacional; interacional e afetivo. Os resultados apontaram que as mães relataram médias altas (acima de 75 pontos) para todos os apoios, sinalizando a dimensão material como o principal tipo de apoio percebido por essas mães (96,1), seguida pela dimensão afetiva (85,9) e apoio informacional (82,2) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da pontuação média das participantes na EAS.

EAS	Média	Desvio Padrão $\pm$	Mínimo	Máximo
Material	96,1	6,6	80	100
Emocional	75,9	25,1	40	100
Informação	82,2	19,6	50	100
Interação	79,7	23,7	40	100
Afetivo	85,9	21,2	40	100

Fonte: elaborado pela autora.

As mães foram classificadas de acordo com o tempo de internação de seus filhos, conforme mostra a Tabela 6. Observa-se que 64% das mães foram entrevistadas com até 10 dias de internação do seu bebê.

Tabela 6 – Distribuição das mães de acordo com o tempo de internação de seus filhos.

Tempo	N	%
1 a 4 dias	16	32
5 a 10 dias	16	32
11 a 20 dias	11	22
21 dias ou mais	07	14

Fonte: elaborado pela autora.

Nas análises de correlação entre o tipo de apoio recebido e o tempo de internação do bebê por ocasião da entrevista, não foram observadas associações entre as dimensões da rede de apoio social avaliadas.

4. DISCUSSÃO

A avaliação da rede social das mães de bebês internados em UTIN possibilitou verificar o maior predomínio de apoio advindo de familiares do que apoio disponibilizado por amigos. Para as participantes a família representa, neste momento, grande fonte de apoio social e a quem as mães recorriam, principalmente ao apoio conjugal. Este dado também foi encontrado também por Baptista, Baptista e Torres (2006) e Rappaport e Piccinini (2006).

Em relação a percepção das mães sobre os diferentes tipos de apoio à disposição, obteve-se como resultado a frequência mais alta da dimensão material, ou seja, obtinham maior apoio em serviços diários e cuidados com os outros filhos. Em seguida, relataram a disponibilidade de apoio afetivo, de pessoas para demonstrarem afeto e as façam sentirem queridas. Frequente, também, apareceu o apoio informacional, provavelmente disponibilizado pela equipe de saúde

da UTIN, fornecendo informações sobre a situação do bebê neste período de internação. Esses resultados sobre as dimensões mais percebidas por essas mães se assemelham com os encontrados por Dantas et al (2015) em relação ao apoio material e informacional.

O predomínio da dimensão material como maior disponibilidade pode demonstrar que as mães percebem que podem contar, principalmente, com auxílio nas atividades diárias quando impossibilitadas. Todavia, relataram perceber menos apoio emocional e psicológico para lidar com as situações adversas relacionadas a internação do seu bebê.

O apoio informacional pode ser advindo dos profissionais da equipe do hospital que estavam apresentando informações sobre a condição de saúde do bebê, sobre a dinâmica e rotina da unidade intensiva. Baylis et al. (2014), Schmidt et al. (2012) e Costa, Chagas e Souza (2009) destacam que esses são fatores que auxiliam na percepção e vivência de sentimentos mais positivos e melhor enfrentamento das adversidades.

A dimensão emocional obteve menor média em relação as outras quatro, demonstrando que apesar do apoio afetivo e informacional que recebiam, ainda necessitavam de pessoas a quem confiar e dividir seus problemas, diferindo do resultado encontrado por Dantas et al (2015). Esses resultados podem sugerir que, apesar do apoio informacional e material provido pela família, marido e profissionais, que também são importantes, não atuavam como apoio aos sentimentos vivenciados que funcionam como amenizadores de fatores de risco e desenvolvimento de estratégias psicossociais, conforme apresentado por Baptista, Baptista e Torres (2006).

O tempo de internação não mostrou, neste estudo, uma variável importante para a análise do tipo de apoio percebido pelas mães. Todavia, as entrevistas aconteceram em média até 10 dias após a internação do bebê, um tempo relativamente curto para a identificação de dificuldades e do apoio necessário para resolvê-las.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou a identificação da rede de apoio que mães podem contar durante a internação do seu bebê na UTIN. Os familiares estão entre aqueles que dão apoio, principalmente apoio material e afetivo. Os resultados sugerem que percebem que são com as pessoas mais próximas que contam. Todavia, também percebem o apoio informacional, que é aquele advindo da equipe de profissionais, mas não os citam especificamente como apoiadores. Todavia, os dados foram coletados nos dias iniciais da internação dos bebês. Provavelmente em internações prolongadas outras necessidades poderiam surgir, necessitando de outros tipos de redes de apoio.

Os resultados obtidos indicam a necessidade de pesquisas com populações maiores e com períodos mais longos de internação dos bebês, para referendar os dados obtidos neste estudo. Todavia, o instrumento utilizado parece ser um bom veículo para servir de base para o planejamento de ações junto a mães, auxiliando-as na identificação de redes de apoio assim como do desenvolvimento de estratégias que facilitem a comunicação com as redes disponíveis, como a da equipe profissional, importantes para a superação deste momento.

ESTUDO 3 – ASSOCIAÇÕES ENTRE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, TEMPO DE INTERNAÇÃO E INDICADORES DE SAÚDE EMOCIONAL DE MÃES DE BEBÊS INTERNADOS EM UTIN

1. INTRODUÇÃO

A percepção materna da experiência de conviver com um bebê internado em Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é determinada por um conjunto de fatores: da condição do bebê, da relação estabelecida entre os pais e a equipe de saúde, da saúde emocional da mãe, da rede de apoio social disponível e como a família enfrenta a situação. Nas unidades de terapia intensiva neonatais são atendidos recém-nascidos de muito baixo peso, pré-termo, portadores de patologias diversas, malformações ou outras situações clínicas que fazem com que o neonato necessite de auxílio para sobreviver (COSTA; CHAGAS; SOUZA, 2009). Alguns estudos têm apontado a prematuridade como a causa mais frequente de internação nessas unidades (ARRUÉ et al., 2013; GRANZOTTO et al., 2012; TADIELO et al., 2013;), enquanto que outros têm verificado que as causas mais frequentes das internações são, principalmente, patologias diversas adquiridas após o nascimento como infecções, problemas respiratórios ou malformações congênitas (ARRUÉ et al., 2013; FOCH; SILVA; ENUMO, 2016; TADIELO et al., 2013). Todavia, a diferença entre os estudos pode se dever à época da coleta dos dados, considerando que é uma população flutuante que permanece tempos diferentes internados na UTIN

Ainda que com bom prognóstico, a dificuldade de estabelecimento de vínculo com o bebê e outros fatores como a aparência do filho, a instabilidade da saúde e incerteza sobre a sobrevivência do bebê, a separação entre mãe e filho, longos períodos de permanência na unidade, dificuldade de comunicação com a equipe, entre outros fatores configuram o contexto hospitalar e da UTIN como grande fonte de estressores (GUIMARÃES; PAULA; ENUMO,

2013; ROQUE et al., 2017). Esses estressores podem ser fatores de risco ao bebê e a mãe, principalmente para a sua saúde emocional e o vínculo mãe-bebê (FRAGA et al., 2008; RAMOS, 2012).

A presença de alguma alteração emocional, como depressão, ansiedade ou estresse, sugere a necessidade de readaptações, necessárias para retorno ao equilíbrio do organismo (PICCININI et al., 2008). Se a mãe percebe sua capacidade de ajustamento psicossocial defasada, tende a encontrar dificuldades para se organizar e reorganizar sua família diante de situações como a do nascimento de um filho que aspira cuidados e internação (PADOVANI et al., 2004). O apoio oferecido pela equipe de saúde, família e amigos próximos aos pais do bebê foram identificados no estudo de Roque et al. (2017) como potenciais recursos para atenuarem fontes estressores desse contexto.

O conhecimento da dinâmica familiar e do impacto que a doença causa na família e na mãe permite avaliar estratégias que podem ser utilizadas e desenvolvidas durante todo o processo de hospitalização, possibilitando entender a capacidade que os pais têm de lidarem com a internação e de se reestruturarem (BALDINI; KREBS, 2010). A literatura tem apontado para a importância de programas psicossociais para a saúde mental materna e, conseqüentemente, para o bom vínculo mãe-bebê (SÁ; COSTA; SÁ, 2012; BRAGHETO; JACOB, 2011; CORRÊA-CUNHA et al., 2013).

O processo de enfrentamento, ou *coping*, vem sendo descrito e estudado desde a década de 1990. Todavia, ainda, não há consenso quanto a definição e forma de avaliação. Entre as formulações teóricas está a proposta elaborada por Lazarus e Folkman (1984) que define o *coping* como mudanças nos esforços cognitivos e comportamentais, para conseguir lidar com as demandas, internas ou externas, que excedem os recursos pessoais já existentes.

Em sua concepção, essa abordagem foi dividida, inicialmente, em estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, englobando as ações que visavam atenuar as reações

emocionais, os sentimentos desencadeados pelo estressor e as estratégias focalizadas no problema, em ações para gerir, modificar as situações estressoras visando a possível solução do problema. Posteriormente, foram incluídas novas categorias como religioso e fantasioso, interpessoal (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015). Essas ações que levam a lidar com o problema podem ainda podem ser relacionadas diretamente ao estressor, se aproximando do estressor na tentativa de confrontação ou planejamento de soluções, bem como ações de afastamento, objetivando o distanciamento e fuga das situações estressoras como resolução do problema (SEILD; TRÓCGOLI; ZANNON, 2001).

Uma das formas de e identificar e mensurar o uso das estratégias de enfrentamento é por meio da Escala de Modos de Enfrentamento do problema. De âmbito geral tem sido utilizada para avaliar as estratégias de enfrentamento de estudantes universitários (CAROLOTTO; TEIXEIRA; DIAS, 2015), pacientes em hemodiálise (LIRA; AVELAR; BUENO, 2015) e em pacientes em tratamento de feridas (VIDERES et al., 2013). Também tem sido utilizada para avaliar as estratégias de enfrentamento de pais de bebês com malformação (SILVA; GIRÃO; CUNHA, 2016), de gestantes com fetos diagnosticados com malformação (VASCONCELOS; PETEAN, 2009), de mães de recém-nascidos de risco (LOSS et al., 2015), de mães de bebês com anomalias congênitas, internados em UTIN (VICENT et al., 2016) e de mães sobre a hospitalização de bebês na UTIN (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2017).

Um estudo envolvendo mães de recém-nascidos de risco objetivou avaliar os estados emocionais e as estratégias de enfrentamento das mães de bebês pré-termo e baixo peso que estavam em acompanhamento por um programa de *follow-up* (LOSS et al., 2015). Na avaliação das estratégias de enfrentamento os autores observaram o predomínio das estratégias Focalizadas no Problema e da Busca de prática religiosa/Pensamento fantasioso, sendo essa última a mais utilizada. As estratégias focalizadas na emoção foram utilizadas com menor frequência. Os autores hipotetizaram que o predomínio do uso da estratégia de enfrentamento

focalizada no problema pode ter origem no encorajamento, ainda em UTIN, da participação dos pais nos cuidados e na rotina da unidade subsidiando a criação e fortalecimento dessas estratégias para eliminação dos estressores.

O impacto emocional e o enfrentamento materno de bebês internados com anomalia congênita foram avaliados por Vicent et al. (2016). Os resultados apontaram para o predomínio de sintomas depressivos sendo as estratégias de Busca de práticas religiosas mais frequentes utilizadas pelas mães para enfrentamento da situação, seguido pelas Focalizadas no problema e suporte social. Somado a esses resultados está a menor utilização de estratégias focalizadas na emoção. Nesse estudo discutiu-se a prática religiosa como um fator de proteção as situações adversas e fora do controle, pois podem auxiliar no desenvolvimento de respostas adaptativas em relação ao contexto difícil da hospitalização. Os autores acrescentaram, ainda que a baixa frequência de uso das estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção pode ter origem na instabilidade emocional que essas situações causam. Os autores ressaltam que a maior recorrência na adoção de mais de um tipo de estratégia de enfrentamento, como práticas religiosas e focalização no problema, pode estar associado ao fato das mães terem que lidar com ameaças físicas e emocionais e, por isso, necessitariam de respostas de enfrentamento mais adaptativas, positivas e focalizadas (VICENT et al., 2016).

Ramos, Enumo e Paula (2017) em seu estudo sobre o processo de enfrentamento de mães sobre a hospitalização de seus bebês em UTIN encontraram os mesmos resultados dos estudos da área, com o predomínio do uso de estratégias religiosas e focalizadas na resolução do problema e menos uso de estratégias focalizadas na emoção e seus sentimentos. As autoras ainda apontaram para a mudança de uso de estratégias diante de diferentes momentos a serem enfrentados, salientando a recorrência do uso de estratégias religiosas para enfrentamento nos momentos iniciais e de recebimento da notícia da necessidade de internação. Após a alta

hospitalar as mães passaram a recorrer mais a estratégias focalizadas no problema, indicando que estavam concentrando esforços para solucionar os problemas que persistiram.

Um estudo de revisão de literatura sobre saúde emocional de pais de bebês em UTIN realizado por Roque et al. (2017) verificou que a os pais enfrentavam a situação, em sua maioria, por meio da comunicação e busca de suporte social. Porém, mães e pais utilizavam de diferentes estratégias, sendo que elas buscavam o apoio emocional e psicológico em seus parceiros, enquanto os pais buscavam apoio informacional sobre a condição de saúde do filho. Quando esse apoio conjugal era ineficaz ou inexistente as mães costumavam buscar apoio com outras mães na mesma situação. No mesmo estudo foi possível observar que os pais que utilizavam de estratégias focalizadas no problema foram associados a um enfrentamento mais positivo, que proporcionava melhor adaptação à situação adversa, relacionada a buscar e assegurar que o bebê estivesse recebendo o melhor cuidado.

A investigação das estratégias utilizadas por mães de bebês internados em UTIN é essencial para identificar como essa população está lidando como as situações adversas presentes no contexto da internação. Conhecer-las possibilita futuras intervenções que propiciem o ensino de estratégias mais adaptativas promovendo um enfrentamento mais positivo da situação e que possam transferir a outras situações problemas.

O presente estudo pretendeu descrever as estratégias de enfrentamento maternas, comparando-as considerando o tempo de internação e o número de indicadores clínicos.

2. MÉTODO

2.1 Aspectos Éticos

Antecedendo a coleta de dados o presente projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Faculdade de Ciências, UNESP, Bauru e da Maternidade Santa Isabel, de Bauru, SP (processo nº 012698/2017). Para a coleta dos dados foram tomadas todas as providências

cabíveis, conforme as condições estabelecidas pela resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, 2012). Por ocasião do convite as participantes foram informadas sobre os objetivos do projeto, as atividades pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados dessa pesquisa em eventos e publicações na área, assim como da manutenção dos demais serviços por elas usufruídos na maternidade, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

2.2 Participantes

Participaram 50 mães de bebês que estão internados em UTI da instituição parceira, a Maternidade Santa Isabel, de Bauru. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das entrevistadas, quanto a idade 32% delas tinham mais de 31 anos (Média= 26; DP= $\pm 7,2$) com ensino médio completo ou mais (58%). Dessas, 48% eram primíparas, 52% tinham dois filhos ou mais (Média= 1,9; DP= $\pm 1,1$) e tinham união estável (54%). Quanto ao nível socioeconômico prevaleceu a classe econômica C (82%).

Tabela 1 – Caracterização das mães dos bebês internados em UTIN.

Característica	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Idade		
≤ 20	10	20%
21-25	15	30%
26-30	09	18%
>31	16	32%
Número de filhos		
1	24	48%
2	14	28%
≥3	12	24%
Escolaridade		
Menos de 11 anos	21	42%
11 anos ou mais	29	58%
Estado Civil		
Solteira	23	46%
União Estável	27	54%

Classe Social:		
B	06	12%
C	41	82%
D	03	06%

Fonte: elaborado pela autora.

Além das características sociodemográficas foram coletadas informações sobre a gravidez e parto que estão apresentadas na Tabela 2. A grande maioria das mães, 74%, informaram ter tido uma boa saúde durante a gestação. Das 26% que caracterizaram a sua saúde como regular ou complicada, relataram problemas variados como aumento de pressão, diabetes gestacional, perda de líquido, pré-eclâmpsia, deslocamento de placenta, entre outros que necessitaram desde de intervenção medicamentosa até a necessidade de internação e/ou antecipação do parto. Das mães, 74% não haviam planejado a gravidez, sendo prevalente (56%) a cesariana.

Tabela 2 – Características da gestação e parto.

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

Fonte: elaborado pela autora.

Foram coletados, também, dados sobre os bebês hospitalizados, apresentados na Tabela 3. A idade gestacional média foi de 31,6 semanas, variando de 24 semanas a 40 semanas, com peso médio de 1744,3 gramas, variando entre o mínimo de 625 gramas e 4175 gramas e eles tinham, em média, 37,7 centímetros. O tempo médio de internação foi de dez dias, por ocasião da entrevista, sendo o mínimo de um dia e o máximo de 40 dias de internação.

Tabela 3 – Características dos bebês internados na UTIN.

Características	Mínimo	Máximo	Média	DP±
Tempo de internação	1	40	10,3	9,1
Idade gestacional	24	40	31,6	4,5
Peso	625	4175	1744,3	935,8
Tamanho	20	54	37,3	10,2

Fonte: elaborado pela autora.

2.3 Instrumentos:

2.3.1 Questionário sociodemográfico

Contém espaços para a coleta de informações demográficas (idade, profissão, escolaridade, número de filhos), sobre a saúde da mãe durante a gestação, tipo de parto, sobre o bebê e sua condição de saúde (APÊNDICE F).

2.3.2 Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB

Escala organizada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2013) em perguntas sobre variáveis (utensílios domésticos, quantidade de cômodos etc.) e serviços públicos (água encanada, rua pavimentada) utilizadas para indicar o nível socioeconômico do entrevistado.

2.3.3 Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale* – PSS - 14)

A escala foi elaborada por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) e validada no Brasil por Luft et al. (2007). É composta de 14 itens com resposta que variam de zero a quatro (0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = quase sempre 4 = sempre). As questões com conotação positiva têm sua pontuação somada invertida. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero a 56. A pontuação, conforme apresentado pelo estudo de Faro (2015), pode ser classificada em intervalos que incidam a intensidade do estresse, sendo eles: baixo, normal, moderado, alto e muito alto (ANEXO 1).

2.3.4 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

O IDATE avalia as variáveis traço e estado de ansiedade. Foi elaborado por Spielberger et al. (1970) e validado por Biaggio e Natalício (1979). O instrumento é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, negativos que são corrigidos de forma investida e itens positivos que são corrigidos normalmente. Possibilitam a avaliação dos dois conceitos (ansiedade em um momento específico e como o sujeito vivencia geralmente certos sintomas). Os escores podem variar de 20 a 80 pontos, sendo que a baixa pontuação indica baixo nível de ansiedade e a alta, o oposto.

2.3.5 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).

O BDI-II é um instrumento que permite a avaliação da intensidade da depressão em adolescentes e adultos, criado por Beck, Steer e Brown (1996) e traduzido e validado no Brasil por Gorenstein et al. (2011). O inventário em escala *likert* composta por 21 itens onde cada alternativa corresponde a uma pontuação que varia de 0 a 4, sendo 63 o maior escore possível. A pontuação pode ser classificada em intensidades como mínima, leve, moderado e grave.

2.3.6 Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

A EMEP foi elaborada por Vitaliano et al. (1985), adaptada para o português por Gimenes e Queiroz (1997) e validada para a população brasileira por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). É constituída por uma lista de 45 afirmações a serem avaliadas pelo indivíduo no que se refere às suas estratégias de enfrentamento de estressores específicos, devendo classificá-las quanto à sua frequência: (1) eu nunca faço isso, (2) eu faço isso um pouco, (3) eu faço isso às vezes, (4) eu faço isso muito ou (5) eu faço isso sempre. A escala é composta por quatro grandes

fatores: Enfrentamento Focalizado no Problema (18 itens com pontuação máxima de 90), Enfrentamento Focalizado na Emoção (15 itens com pontuação máxima de 75), Busca de Prática Religiosa/Pensamento Fantasiado (7 itens com pontuação máxima de 35) e Busca por Suporte Social (5 itens com pontuação máxima de 25). Para cada um dos fatores, os escores são somados e divididos pelo número total de itens do fator permitindo uma análise do tipo de enfrentamento predominante (ANEXO 2).

2.4 Local

Os dados foram coletados na Maternidade Santa Isabel, em Bauru, SP nas dependências da unidade, local principal em que as mães permaneciam, após a finalização de todas as intervenções da equipe afim de evitar interrupções e a exposição da mãe, objetivando ao máximo garantir a privacidade das mães.

2.5 Procedimento para a coleta de dados

Inicialmente foi feito contato com a Maternidade Santa Isabel e os objetivos e metodologia foram explicitados para ciência da instituição e dos possíveis envolvidos. Após a autorização da Maternidade foi iniciada a coleta.

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

2.6 Análise de dados

Os instrumentos foram corrigidos conforme as instruções de cada manual e foram classificados em resultados que apontam um fator clínico ou não clínico da saúde emocional materna. Para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) utilizou-se o critério de pontuação equivalente ou acima do percentil 75 para sintomas clínicos de ansiedade traço e ansiedade estado. Para a correção da Escala de Estresse Percebido foi adotado a pontuação utilizada por Faro (2015) classificando o intervalo de pontuação alto e muito alto como índices clínicos para ansiedade. Além desse instrumento, obteve-se a classificação dos sintomas no Inventário de Depressão de Beck, em leves, moderados ou graves, sendo os moderados e graves considerados clínicos. Para esses instrumentos quanto maior a pontuação final obtida maior será a presença de sintomas de ansiedade, estresse e depressão e consequentemente maior a probabilidade de serem indicadores clínicos.

Foram realizadas correlações de *Spearman* entre os dias de internação, os indicadores de saúde emocional materna (IDATE, BDI, PSS) e os resultados da EMEP. Como também a correlação entre os fatores que compõem a escala para verificar a associação interna. Para todas as análises considerou-se o nível de significância de 5% (coeficiente de significância estatística $p < 0,05$) e foi utilizado o software de processamento *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences* - pacote estatístico para as ciências sociais), versão 20.0 (SPSS, 2010).

3. RESULTADOS

O enfrentamento pode ser avaliado por meio da Escala Modos de Enfrentamento de Problema (EMEP) e as estratégias mais comumente utilizadas podem ser pontuadas em quatro fatores diferentes (Focalizada no problema, focalizada na emoção, Busca de Prática Religiosa/Pensamento Fantasiado e Busca por Suporte Social). Conforme apresentado na

Tabela 4 o fator *Estratégias focalizadas no problema* apresentou maior média (3,3), demonstrando ser uma forma recorrente de enfrentamento dos estressores advindos da notícia e do processo de internação do bebê. O fator *Focalizado na emoção* (1,5) foi o de menor média, sendo o tipo de estratégias menos utilizado por essas mães.

Tabela 4 - Distribuição dos resultados entre os fatores de estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes.

Fator	Média	Desvio Padrão $\pm$	Mínimo	Máximo
Focalizado no problema	3,3	0,7	2,0	5,0
Focalizado na emoção	1,5	0,4	1,0	2,7
Religião/fantasiioso	3,1	0,7	1,6	4,7
Suporte social	3,0	0,6	2,0	5,0

Fonte: elaborado pela autora.

Uma análise da frequência de cada uma das 45 afirmações da escala observou-se as maiores médias nos itens 21 “Pratico mais a religião desde que tenho esse problema” e 38 “Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.

Para verificar a relação entre os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães e a consistência para essa população, realizou-se a associação entre eles (Focalizada no problema, focalizada na emoção, Busca de Prática Religiosa/Pensamento Fantasiioso e Busca por Suporte Social). Os resultados demonstraram correlação estatisticamente significativa e positiva entre os fatores: *Focalizado no problema* e *Busca por Suporte Social* e entre *Focalizado na emoção* e *Busca de Prática Religiosa/Pensamento Fantasiioso* da EMEP.

Tabela 5 – Correlação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas.

Fatores	Focalizado no problema	Focalizado na emoção	Religião/Fantasiioso	Suporte Social
Focalizado no problema				$r_s = 0,30^*$
Focalizado na emoção	$r_s = 0,56^*$		$r_s = 0,32^*$	
Religião/fantasiioso		$r_s = 0,32^*$		
Suporte social	$r_s = 0,30^*$			

Fonte: elaborado pela autora.

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

As mães foram classificadas em grupos de acordo com o tempo de internação de seus filhos, sendo o Grupo 1 de mães de bebês internados de um a sete dias e, o Grupo 2, de mães de bebês internados há oito dias ou mais, sendo 40 dias o tempo máximo de internação. Os grupos foram comparados quanto as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por essas mães, entretanto não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Além da comparação, também foram feitas análises de correlação entre o tempo de internação e as estratégias de enfrentamento, também não observando resultados estatisticamente significativos entre as variáveis analisadas (Tabela 6).

Tabela 6 – Comparação das estratégias utilizadas e o tempo de internação.

Tempo de internação.	Grupo 1 N= 26		Grupo 2 N= 24		Estatística do teste
	Média	DP	Média	DP	
Focalizado no problema	3,3	0,8	3,3	0,6	U= 297,0
Focalizado na emoção	1,9	0,5	1,6	0,3	U= 255,0
Religião/fantasiado	2,7	0,7	3,1	0,7	U= 283,5
Suporte social	2,8	0,7	3,1	0,6	U= 268,0

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: U – Mann Whitney *p < 0,050.

Em relação a correlação entre as estratégias de enfrentamento e os indicadores de saúde emocional, encontrou-se como resultado a associação estatisticamente significativa entre as estratégias de enfrentamento *Focalizada no Problema* ($r_s = -0,32$ e $p = 0,022$) e a *Focalizada na emoção* ($r_s = 0,28$ e $p = 0,046$) e os resultados encontrados para sintomas de depressão no BDI.

4. DISCUSSÃO

Dentre os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães de bebês internados em UTIN abordadas nesse estudo observou-se o predomínio do uso de estratégias *Focalizadas no Problema*, estratégias que visam modificar as situações estressoras e encontrar uma solução para os problemas. Seguido por *Busca por suporte social* e *Busca por Práticas religiosas/Pensamento Fantasiado*. A estratégia *Focalizada na emoção*, que visa atenuar as reações emocionais causadas pelos estressores da situação foi a menos utilizada por essas mães,

resultado que se assemelha ao encontrado na literatura (LOSS et al., 2015, RAMOS; ENUMO; PAULA, 2017, VICENT et al., 2016) sobre as estratégias de enfrentamento maternas.

Das afirmações respondidas pelas mães na EMEP encontrou-se como resultado a maior média no item 21 “Pratico mais a religião desde que tenho esse problema”, relativo ao fator Busca pela Prática Religiosa/Pensamento religiosa, demonstrando que as mães ao se depararem com a situação estressora da hospitalização, aumentaram suas buscas pela prática religiosa e estratégias de enfrentamento relacionadas a religião. Essa característica também pode ser observada nas mães dos estudos de Loss et al. (2015), Ramos, Enumo e Paula (2017) e Vicent et al. (2016).

Sobre os resultados da associação entre os diferentes fatores da EMEP obteve-se correlação estatisticamente positiva entre as estratégias *Focalizado no problema* e *Busca por Suporte Social* e entre *Focalizado na emoção* e *Busca de Prática Religiosa/Pensamento Fantasiado* da EMEP. O uso combinado das estratégias e sua qualidade para as respostas das mães aos problemas relacionados a internação também pode ser observado no estudo de Vicent et al. (2016).

Na correlação dos fatores da EMEP e os indicadores de saúde emocional obteve-se a associação negativa dos sintomas de depressão a estratégia *Focalizada no Problema* demonstrando que o maior uso dessa estratégia promove o enfrentamento e a busca de solução do problema diminuindo dessa forma a influência dos sintomas de depressão nas mães. Essa relação de enfrentamento positivo e adaptativo foi encontrado também por Roque et al. (2017).

Também foi possível encontrar associação entre sintomas depressivos e estratégias focalizadas na emoção, sendo uma correlação negativa entre eles, demonstrando que quanto menor a presença dos sintomas depressivos maior seria a utilização de estratégias focalizadas na emoção. Neste estudo pouco foram as mães com sintomas clínicos para depressão e, também, essa estratégia foi a menos utilizada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior incidência de uso de estratégias de enfrentamento do problema pode nos indicar que diante da hospitalização as mães se mobilizam a lidar com as fontes estressoras e a minimizar ou eliminar os problemas. O uso dessas estratégias contribui para a diminuição dos indicadores de depressão materna. Em contraponto o baixo uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção pode indicar dificuldades das mães em lidar com esses sentimentos indicando a necessidade de intervenções direcionadas à utilização de estratégias que atuam positivamente e adaptativamente na resolução dos problemas e das emoções desencadeadas pelas situações adversas da hospitalização de seus bebês.

ESTUDO 4 – SENTIMENTOS MATERNOS EM DIFERENTES MOMENTOS DA INTERNAÇÃO, SAÚDE EMOCIONAL E TEMPO DE INTERNAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A internação introduz o bebê, logo em suas primeiras horas de vida, em um ambiente repleto de estímulos como barulho, luz, movimentação de profissionais, intervenções invasivas e constantes como aspiração, intubação, cateterismo, punção, dentre outros, ao longo de todo período de internação. São fatores que podem atuar como estressores ao bebê e, por consequência, a mãe que o visita (JORDÃO et al., 2016). Além do ambiente hostil, o início da internação é um momento de dificuldade para a mãe, pai e familiares, pois há uma separação abrupta logo após o nascimento resultando em pouco contato físico e visual entre a díade. Enquanto internado esse bebê pode, muitas vezes, responder pouco ou não responder às tentativas de interação dos pais. Além disso, a mãe divide a atenção e os cuidados com os profissionais da unidade, podendo se sentir sem ter o controle da situação e dos cuidados com o próprio filho (BALTAZAR; GOMES; CARDOSO, 2010; FERNANDES; SILVA, 2015).

Ver constantemente seu bebê preso a fios, equipamentos e, quase sempre dormindo, tende a produzir na mãe insegurança com relação à sua sobrevivência fora daquele ambiente (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010). Zani et al. (2011), entrevistando mães adolescentes sobre a sua percepção do seu recém-nascido internado em UTIN, observaram a dificuldade em identificar e compreender os riscos de cada bebê, como os riscos da prematuridade, baixo peso e outros fatores dificultadores da sua evolução. Segundo os autores, a tendência das mães foi de não considerarem os bebês como de risco, acreditarem que a condição de saúde do filho é boa, mesmo quando esses apresentavam sérias intercorrências.

Baylis et al. (2014) realizaram um estudo para verificar em que momento esses primeiros contatos ocorriam e qual era a influência para a interação com o filho. Puderam

identificar que em sua maioria os pais conseguiam ver os bebês logo após seu nascimento, mas poucos pais puderam tocar ou segurar os bebês. Acrescentaram, ainda, que a imediatez desse primeiro contato está relacionada a dinâmica e rotina da unidade intensiva, sendo essa organização um fator que influencia no contato, formação de vínculo e na percepção que os pais desenvolvem sobre a hospitalização.

Identificar os sentimentos e experiências das primeiras visitas e contatos dos pais com os bebês internados foram os objetivos de Schmidt et al. (2012). Os resultados apontaram para a presença de sentimentos ambíguos nesses primeiros contatos, sendo os positivos por estarem próximos ao bebê e, os negativos relacionados a preocupação com a sua condição de saúde. Entretanto, observaram que os sentimentos negativos foram atenuados na medida em que os profissionais de saúde da UTIN estabeleciam um bom contato com os pais dos bebês e esses conseguiam conhecer, se habituar ao ambiente da unidade e verificarem que o bebê estava recebendo os devidos cuidados pela equipe e hospital.

Cordeiro et al. (2012) realizando entrevistas semiestruturadas com mães de bebês prematuros hospitalizados encontraram duas temáticas recorrentes nas falas maternas: as experiências que vivenciaram na unidade e a confiança na assistência prestada pelos profissionais. Sobre as vivências, as mães relataram sentimentos de medo nos momentos que se deparavam com a separação ao filho, pois tinham incerteza sobre a cura ou morte do bebê e, em menor porcentagem, sentimentos positivos relacionados a fé e esperança. Ainda relataram sobre o grande impacto da mudança de rotina, principalmente para as mães com outros filhos e referente aos cuidados em casa. Em relação a segunda temática, as mães relataram confiança diante dos cuidados, tendo como pontos positivos a disponibilidade dos profissionais para informar sobre a condição de saúde do bebê e o ambiente acolhedor. Observaram que esses sentimentos de medo e insegurança foram minimizados com o passar dos dias de internação e com a melhora do quadro clínico.

Sobre os sentimentos vivenciados por e mães de bebês internados, Obeidat, Bond e Callister (2009), em estudo de revisão da literatura, encontraram que as mães têm, em relação a admissão dos bebês a UTIN, sentimentos negativos, como de medo, preocupação, infelicidade, falta de esperança, sentimento de impotência, instabilidade emocional, entre outros. Em contraponto, a mesma revisão encontrou, ainda que em menor número, estudos que identificaram a presença de sentimentos positivos como amor, alívio, esperança, mais responsáveis e maduras. Esses e outros sentimentos positivos foram indicados como facilitadores para a transição a paternidade.

Um segundo estudo de revisão, de Silva et al. (2016) sobre a vivência de pais de bebês internados em UTIN neonatal, principalmente de pais de bebês prematuros, também apontaram para a recorrência de sentimentos ambíguos. Relacionaram os primeiros momentos e contatos com o bebê e a notícia da internação, com sentimentos negativos, relacionados a tristeza, angústia, medo da sobrevida do bebê, associação entre o ambiente hospitalar (UTIN) com a morte eminente, culpa recorrente. Mas, as autoras também encontraram nos artigos analisados o relato de sentimentos positivos sobre a internação, principalmente, após alguns dias de convivência com o ambiente, pois após entenderem a necessidade de internação, ficaram esperançosas e felizes pelos cuidados que os bebês recebiam.

Fernandes e Silva (2015) em pesquisa sobre a vivência de pais de bebês prematuros hospitalizados, obtiveram resultados de percepções ambivalentes dessas mães face a hospitalização, demonstrando ser um momento de muitas dúvidas e incertezas. Observaram a recorrência de representações positivas com sentimentos de alegria, tranquilidade e esperança, como de representações negativas com sentimentos de medo, tristeza, preocupação e desespero. Relataram, ainda, que os pais identificaram acontecimentos marcantes positivos e negativos durante o período de internação, sendo os negativos relacionados as intercorrências

relacionadas a condição de saúde do bebê e os momentos positivos foram decorrentes a percepção de evolução da saúde do bebê e o momento da alta hospitalar.

Correia, Carvalho e Linhares (2008) comparando as verbalizações entre mães com ou sem indicadores clínicos de saúde emocional puderam encontrar verbalizações negativas em ambos os grupos, sendo mais recorrentes em mães que apresentaram sintomas clínicos para ansiedade e depressão, relatando medo, receio de aproximação do filho, revolta e negação. Além disso, no grupo de mães com indicadores emocionais, o tempo de permanência desse bebê hospitalizado foi maior, podendo ser um fator incisivo nessa percepção negativa e saúde emocional.

Investigar as vivências e sentimentos maternos decorrentes da hospitalização de um bebê possibilitaria o maior conhecimento dessa população, das alterações que perpassem esse período para, em seguida, idealizar planos de intervenções individuais ou grupais que auxiliam as mães a terem uma boa vivência desse período e possam fazer uma tranquila transição a parentalidade.

O presente estudo pretendeu descrever os sentimentos das mães em diferentes momentos da internação: por ocasião da notícia da internação, da visita à UTI e, sobre a expectativa da alta hospitalar, comparando os sentimentos positivos e negativos nessas situações e, também, comparar os sentimentos considerando a ausência e presença de indicadores clínicos emocionais.

2.MÉTODO

2.1 Aspectos Éticos

Antecedendo a coleta de dados o presente projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Faculdade de Ciências, UNESP, Bauru e da Maternidade Santa Isabel, de Bauru, SP (processo nº 012698/2017). Para a coleta dos dados foram tomadas todas as providências

cabíveis, conforme as condições estabelecidas pela resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, 2012). Por ocasião do convite as participantes foram informadas sobre os objetivos do projeto, as atividades pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados dessa pesquisa em eventos e publicações na área, assim como da manutenção dos demais serviços por elas usufruídos na maternidade, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

2.2 Participantes

Participaram 50 mães de bebês que estão internados em UTI da instituição parceira, a Maternidade Santa Isabel, de Bauru. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das entrevistadas, quanto a idade 32% delas tinham mais de 31 anos (Média= 26; DP= $\pm 7,2$) com ensino médio completo ou mais (58%). Dessas, 48% eram primíparas, 52% tinham dois filhos ou mais (Média= 1,9; DP= $\pm 1,1$) e tinham união estável (54%). Quanto ao nível socioeconômico prevaleceu a classe econômica C (82%).

Tabela 1 – Caracterização das mães dos bebês internados em UTIN.

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

B	06	12%
C	41	82%
D	03	06%

Fonte: elaborado pela autora.

Além das características sociodemográficas foram coletadas informações sobre a gravidez e parto que estão apresentadas na Tabela 2. A grande maioria das mães, 74%, informaram ter tido uma boa saúde durante a gestação. Das 26% que caracterizaram a sua saúde como regular ou complicada, relataram problemas variados como aumento de pressão, diabetes gestacional, perda de líquido, pré-eclâmpsia, deslocamento de placenta, entre outros que necessitaram desde de intervenção medicamentosa até a necessidade de internação e/ou antecipação do parto. Das mães, 74% não haviam planejado a gravidez, sendo prevalente (56%) a cesariana.

Tabela 2 – Características da gestação e parto.

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

Fonte: elaborado pela autora.

Foram coletados, também, dados sobre os bebês hospitalizados, apresentados na Tabela 3. A idade gestacional média foi de 31,6 semanas, variando de 24 semanas a 40 semanas, com peso médio de 1744,3 gramas, variando entre o mínimo de 625 gramas e 4175 gramas e eles tinham, em média, 37,7 centímetros. O tempo médio de internação foi de dez dias, por ocasião da entrevista, sendo o mínimo de um dia e o máximo de 40 dias de internação.

Tabela 3 – Características dos bebês internados na UTIN.

Características	Mínimo	Máximo	Média	DP±
Tempo de internação	1	40	10,3	9,1
Idade gestacional	24	40	31,6	4,5
Peso	625	4175	1744,3	935,8
Tamanho	20	54	37,3	10,2

Fonte: elaborado pela autora.

2.3 Instrumentos:

2.3.1 Questionário sociodemográfico

Contém espaços para a coleta de informações demográficas (idade, profissão, escolaridade, número de filhos), sobre a saúde da mãe durante a gestação, tipo de parto, sobre o bebê e sua condição de saúde (APÊNDICE F).

2.3.2 Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB

Escala organizada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2013) em perguntas sobre variáveis (utensílios domésticos, quantidade de cômodos etc.) e serviços públicos (água encanada, rua pavimentada) utilizadas para indicar o nível socioeconômico do entrevistado.

2.3.3 Protocolo de avaliação de sentimentos

Protocolo elaborado para esse estudo para possibilitar a identificação de sentimentos vivenciados no momento da notificação da necessidade de internação, das visitas ao bebê e ao momento de alta hospitalar, bem como a justificativa para a emergência desses sentimentos. Os sentimentos são classificados em positivos e negativos e as justificativas agrupadas em categorias (APÊNDICE B).

2.3.4 Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale* – PSS - 14)

A escala foi elaborada por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) e validada no Brasil por Luft et al. (2007). É composta de 14 itens com resposta que variam de zero a quatro (0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = quase sempre 4 = sempre). As questões com conotação positiva têm sua pontuação somada invertida. As demais questões são negativas e devem ser

somadas diretamente. A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero a 56. A pontuação, conforme apresentado pelo estudo de Faro (2015), pode ser classificada em intervalos que incidam a intensidade do estresse, sendo eles: baixo, normal, moderado, alto e muito alto (ANEXO 1).

2.3.5 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

O IDATE avalia as variáveis traço e estado de ansiedade. Foi elaborado por Spielberger et al. (1970) e validado por Biaggio e Natalício (1979). O instrumento é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, negativos que são corrigidos de forma investida e itens positivos que são corrigidos normalmente. Possibilitam a avaliação dos dois conceitos (ansiedade em um momento específico e como o sujeito vivencia geralmente certos sintomas). Os escores podem variar de 20 a 80 pontos, sendo que a baixa pontuação indica baixo nível de ansiedade e a alta, o oposto.

2.3.6 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).

O BDI-II é um instrumento que permite a avaliação da intensidade da depressão em adolescentes e adultos, criado por Beck, Steer e Brown (1996) e traduzido e validado no Brasil por Gorenstein et al. (2011). O inventário em escala *likert* composta por 21 itens onde cada alternativa corresponde a uma pontuação que varia de 0 a 4, sendo 63 o maior escore possível. A pontuação pode ser classificada em intensidades como mínima, leve, moderado e grave.

2.4 Local

Os dados foram coletados na Maternidade Santa Isabel, em Bauru, SP, nas dependências da unidade, local principal em que as mães permaneciam, após a finalização de todas as intervenções da equipe afim de evitar interrupções e a exposição da mãe, objetivando ao máximo garantir a privacidade das mães.

2.5 Procedimento para a coleta de dados

Inicialmente foi feito contato com a Maternidade Santa Isabel e os objetivos e metodologia foram explicitados para ciência da instituição e dos possíveis envolvidos. Após a autorização da Maternidade foi iniciada a coleta.

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

2.6 Procedimento para análise de dados

Os instrumentos foram corrigidos conforme as instruções de cada manual e foram classificados em resultados que apontam um fator clínico ou não clínico da saúde emocional materna. Para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) utilizou-se o critério de pontuação equivalente ou acima do percentil 75 para sintomas clínicos de ansiedade traço e ansiedade estado. Para a correção da Escala de Estresse Percebido foi adotado a pontuação utilizada por Faro (2015) classificando o intervalo de pontuação alto e muito alto como índices clínicos para ansiedade. Além desse instrumento, obteve-se a classificação dos sintomas no Inventário de Depressão de Beck, em leves, moderados ou graves, sendo os moderados e graves considerados clínicos. Para esses instrumentos quanto maior a pontuação final obtida maior será a presença de sintomas de ansiedade, estresse e depressão e consequentemente maior a probabilidade de serem indicadores clínicos. Os dados foram analisados em termos de frequência absoluta e relativa.

3. RESULTADOS

O instrumento “Protocolo de avaliação de sentimentos” possibilitou o questionamento às mães acerca dos sentimentos emergidos em três diferentes contextos, o momento da notícia da internação, nas visitas durante a internação e as expectativas com relação a alta hospitalar, assinalando um sentimento para cada situação representados na Tabela 4. Pode-se verificar que as mães vivenciaram mais sentimentos negativos no momento da notícia da necessidade de internação de seu bebê (82% deles), do que nos momentos de visitas a UTI (24%). A maioria das mães relataram apenas sentimentos positivos quanto ao momento de alta hospitalar do bebê (96%) tendo o relato de duas mães que não pararam para pensar sobre esse momento de alta e seus sentimentos envolvidos.

Tabela 4 – Caracterização dos sentimentos envolvidos no momento da notícia, internação e alta hospitalar.

	Notícia da internação		Durante a internação		Alta hospitalar	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Positivos	09	18%	38	76%	48	96%
Negativos	41	82%	12	24%	2	04%
Total	50	100%	50	100%	50	100%

Fonte: elaborado pela autora.

As justificativas informadas pelas mães para os sentimentos vivenciados a cada momento foram todas lidas e agrupadas em categorias de acordo com a proximidade do conteúdo da justificativa. As categorias das justificativas para cada sentimento foram contabilizadas e pode-se verificar as mais utilizadas em cada momento e com quais sentimentos estão relacionados.

Sobre os sentimentos envolvidos no momento em que as mães receberam a notícia da necessidade de internação, 18% delas apontaram sentimentos positivos, sendo que 88,9% (8

participantes) se sentiram tranquilas e 11,1% (1 participante) se sentiu conformada. Das justificativas para os sentimentos positivos, a maior frequência (56%) foi para a categoria “esperava pela internação do bebê” o que aconteceu por causas diversas como a da idade gestacional baixa do bebê, pela saúde da mãe na gravidez e pelo aviso prévio da equipe de saúde. Em seguida, a categoria relacionada ao suporte recebido na unidade hospitalar foi a mais frequente (33%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Descrição das justificativas aos sentimentos positivos no momento da notícia da internação.

Sentimentos	Justificativas	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Tranquila	1.Esperava pela internação	04	45%
	2.Suporte e cuidado	01	11%
	3. A internação é a melhor opção de cuidado	03	33%
Conformada	1.Esperava pela internação	01	11%
Total		09	100%

Fonte: elaborado pela autora.

Dos sentimentos negativos identificados no momento da notícia da internação, 78,1% (32 participantes) das mães identificaram-se como preocupadas, 7,3% (3 participantes) delas desesperadas, 7,3% (3 participantes) tristes e 7,3% (3participantes) demonstram sentimentos negativos diversos como abalada, com medo e nervosa. Das mães que relataram sentimentos negativos diante da notícia de internação, 28% das justificativas eram relacionadas à condição de saúde do bebê, 28% ao desconhecimento do estado de saúde e gravidade do diagnóstico, 17% à surpresa da internação e 15% dos relatos se referiram à impossibilidade de levá-lo para casa (Tabela 6).

Tabela 6 - Descrição das justificativas negativas no momento da notícia da internação

Sentimentos	Justificativas	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Preocupada	9.Atribui a condição da criança	11	28%
	5.Desconhecer o real estado de saúde do bebê	10	22%
	7.Surpresa pela necessidade de internação	6	13%
	6.Impossibilidade de leva-lo(a) para casa	5	11%
	8.Possuir outros filhos para cuidar	2	4%
	10.Perda gestacional anterior	1	2%
	1.Esperava pela internação	1	2%
Desesperada	7.Surpresa pela necessidade de internação	1	2%
	1.Esperava pela internação	1	2%

	5.Desconhecer o real estado de saúde do bebê	1	2%
Triste	6.Impossibilidade de leva-lo(a) para casa	2	4%
	5.Desconhecer o real estado de saúde do bebê	1	2%
Diversas	7.Surpresa pela necessidade de internação	2	4%
	5.Desconhecer o real estado de saúde do bebê	1	2%
Total		45	100%

Fonte: elaborado pela autora.

Dos sentimentos vivenciados pelas mães durante as visitas aos bebês internados, 76% das mães relataram sentimentos positivos (76%). Do total das mães que relataram tais sentimentos 87% delas se declararam tranquilas, 8% (3 participantes) conformadas e 5% (2 participantes) confiantes. Das mães que relataram sentimentos positivos 51,3% justificaram se sentirem dessa forma pois perceberam que seus filhos estavam se recuperando bem e evoluindo e, 36,6% relataram que seus bebês estavam sob bons cuidados, podendo influenciar positivamente na recuperação do estado de saúde (Tabela 7).

Tabela 7 – Descrição das justificativas positivas durante a internação.

Sentimentos	Justificativas	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Tranquila	16.Boa recuperação/evolução/prognóstico	21	51,3%
	2.Suporte e cuidado	12	29,3%
	17.Conhece/teve experiências de bebês que ficaram internados e estão bem atualmente	2	4,8%
	14.Religiosidade	1	2,5%
Conformada	3. A internação é a melhor opção de cuidado	2	4,8%
	2.Suporte e cuidado	1	2,5%
Confiante	2.Suporte e cuidado	2	4,8%
Total		41	100%

Fonte: elaborado pela autora.

Daquelas que relataram sentimentos negativos identificados durante a internação e visitas (24% da amostra total), todas sentiam-se preocupadas quando questionados sobre o sentimento no momento das visitas, sendo que 91,7% (11 participantes) delas justificaram esse sentimento pelo desconhecimento do real estado de saúde do bebê e por terem dúvidas sobre a sua saúde e diagnóstico (Tabela 8).

Tabela 8 - Descrição das justificativas negativas durante a internação.

Sentimentos	Justificativas	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Preocupada	5.Desconhecer o real estado de saúde do bebê	11	91,7%
	9.Atribui a condição da criança	1	8,3%
Total		12	100%

Fonte: elaborado pela autora.

Dos sentimentos relatados durante a expectativa da alta hospitalar, 96% deles foram sentimentos positivos, prevalecendo o sentimento de confiança em 52,1% das mães (27 participantes) e o sentimento de tranquilidade em 35,4% das mães (19 participantes). As justificativas mais frequentes utilizadas pelas mães que relataram sentimentos positivos, 53,7% aguardam ansiosamente pela alta hospitalar, 18,5% que desejam levar seu bebê para casa e 12,9% que gostariam de cuidar do bebê, colocar para dormir, amamentar (Tabela 9).

Tabela 9 - Descrição das justificativas positivas na alta hospitalar

Sentimentos	Justificativas	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Confiante	11.Aguardam muito pelo dia da alta hospitalar	20	31,5%
	12.Poder levar o(a) filho(a) para casa	4	8,3%
	13.Por todos os momentos difíceis que passaram	1	2,8%
	14.Religiosidade	1	2,8%
	18. Terá boa saúde no futuro/após a alta	1	2,8%
Conformada	11.Aguardam muito pelo dia da alta hospitalar	3	5,5%
	15.Poder praticar a maternagem (cuidar, amamentar, colocar no berço)	3	5,5%
	12.Poder levar o(a) filho(a) para casa	1	2,8%
	18. Terá boa saúde no futuro/após a alta	1	2,8%
Tranquila	11.Aguardam muito pelo dia da alta hospitalar	9	16,7%
	12.Poder levar o(a) filho(a) para casa	4	7,4%
	15.Poder praticar a maternagem (cuidar, amamentar, colocar no berço)	4	7,4%
	18. Terá boa saúde no futuro/após a alta	2	3,7%
Total		54	

Fonte: elaborado pela autora

Ainda relacionado aos sentimentos que as mães verbalizaram sobre a alta hospitalar, duas delas apontaram dificuldades para expressarem suas emoções e sentimentos, justificados pelas frases “não parou para pensar no assunto” e “sem palavras”.

Diante do contexto da notícia de internação e da visita da mãe a unidade hospitalar foi possível comparar os sentimentos vivenciados por essas mães nesses dois momentos importantes. Observa-se que a maioria das mães (58%) alteraram seus sentimentos, sendo inicialmente negativos e relacionados a difícil notícia da internação, para sentimentos positivos diante das visitas aos filhos internados (Tabela 10).

Tabela 10 – Comparação dos sentimentos em duas situações diferentes.

Sentimentos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sentimentos Positivos (internação e visita)	9	18%
Sentimentos Negativos (internação e visita)	12	24%
Sentimentos negativos internação e positivos visita	29	58%
Total	50	100%

Fonte: elaborado pela autora.

Com relação a saúde emocional materna, foi possível observar e comparar os indicadores clínicos para depressão, estresse e ansiedade com os sentimentos verbalizados nos dois contextos decisivos para elas. Sendo que, no momento da notícia, tanto as mães que descreveram sentimentos positivos e negativos tiveram maior porcentagem (10% e 46%) para a presença de dois ou mais indicadores clínicos. Já no contexto das visitas a unidade identificou-se que para as mães que relataram sentimentos positivos houve predomínio de dois ou mais indicadores clínicos para saúde emocional e para as participantes que relataram sentimentos negativos houve maior porcentagem para um ou nenhum indicador clínico de saúde emocional (Tabela 11).

Tabela 11 – Descrição dos indicadores clínicos das mães em dois momentos da internação.

Sentimentos	Presença de 1 ou nenhum indicador		Presença de 2 ou 3 indicadores	
Notícia da internação	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
Positivos	4	8%	5	10%
Negativos	18	36%	23	46%
Visitas a UTIN				
Positivos	14	28%	24	48%
Negativos	8	16%	4	8%

Fonte: elaborado pela autora.

Ainda sobre os sentimentos vivenciados nesses contextos, pode-se observar e comparar a distribuição desses sentimentos de acordo com o tempo de internação. No momento da notícia da internação observou-se predomínio dos sentimentos negativos independente do número de dias de internação. Entretanto esses sentimentos foram mais frequentes nas mães cujos bebês estavam internados há poucos dias, principalmente os bebês que estavam a menos de 6 dias naquele ambiente. Em relação aos sentimentos relacionados nas visitas ao bebê internado, houve predomínio dos positivos nos diferentes períodos de internação da amostra, entretanto foram mais frequentes nas participantes com seus bebês de até 15 dias internados, principalmente os internados há poucos dias (até 6 dias) vivenciando, provavelmente, os primeiros momentos de visita e contato com o bebê.

Tabela 12 - Caracterização do tempo de internação de acordo com os sentimentos vivenciados em dois momentos da internação

Sentimentos	Dias de internação					
	Até 6 dias		De 7 a 15 dias		15 dias ou mais	
Notícia da internação	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Positivos	5	10%	2	4%	2	4%
Negativos	19	38%	15	30%	8	16%
Visitas a UTIN						
Positivos	19	38%	13	26%	6	12%
Negativos	4	8%	4	8%	4	8%

Legenda: FA= frequência absoluta FR= frequência relativa

Fonte: elaborado pela autora.

4. DISCUSSÃO

A avaliação dos sentimentos vivenciados pelas mães participantes em três momentos distintos, apresentou como resultado a maior incidência de sentimentos negativos (como desesperada, triste, preocupada) no momento da notícia da internação, sendo as principais justificativas para estes sentimentos a condição de saúde da criança ou o desconhecimento do real estado de saúde dela e o caráter surpresa dessa notícia. Os resultados se assemelham aos

encontrados por Schmidt et al. (2012) com relação à condição do bebê e aos de Silva et al. (2016) que também observaram mais sentimentos negativos relacionados à notícia da internação.

Após as visitas e contato com o ambiente da UTI as mães identificaram predominantemente sentimentos positivos, justificados pela identificação da boa recuperação (ex: ganho de peso, retirada de aparelhos) e evolução dos bebês e do bom suporte hospitalar e cuidado de qualidade recebido pelos profissionais. Resultados semelhantes foram encontrados por Cordeiro et al. (2012), Schmidt et al. (2012) e Silva et al. (2016) que confirmam o aumento de sentimentos positivos quando da presença constante na UTI. Tais dados reforçam a importância do atendimento da equipe hospitalar que, ao oferecer acolhimento aos pais alteram a visão que os pais têm da internação do filho, colaborando para a formação de vínculo da díade.

Com relação as expectativas das mães para a alta dos bebês, identificaram com alta frequência o relato de sentimentos positivos, pois aguardam muito pelo dia da alta hospitalar e pela possibilidade de praticar a maternagem e os cuidados diários com o bebê, que são difíceis no ambiente da UTI. Considerando a necessidade de muitos equipamentos e procedimentos invasivos, adequados à condição de cada bebê, resulta, muitas vezes, em contato físico restrito e por dividirem os cuidados com os profissionais da saúde. Resultados semelhantes também foram encontrados por Fernandes e Silva (2015).

A partir da comparação dos sentimentos no contexto da notícia da internação com os sentimentos desencadeados nas visitas ao bebê na UTIN observou-se, nas mães da amostra, que após a notícia de internação, quando relataram uma percepção da situação, em sua maioria negativa, durante as visitas, passaram a se sentirem mais seguras e positivas com relação a internação, dados também encontrados por Batlis et al. (2014), Cordeiro et al. (2012), Schmidt et al. (2012) e Silva et al. (2016). Os dias de convivência, habituação à dinâmica da UTI e a evolução do bebê provavelmente foram fatores geradores de otimismo e esperança. Em

contrapartida, as mães que continuaram a relatar sentimentos negativos (no momento da notícia e durante as visitas ao bebê internado) atribuíram a preocupação ao desconhecimento do real estado de saúde do bebê, sendo a condição de saúde de bebê e seu prognóstico um fator provável deste tipo de sentimentos.

Na comparação dos sentimentos verbalizados nos dois contextos (hora da notícia e durante as visitas à UTIN) com os indicadores clínicos pode-se observar como resultado o predomínio de sentimentos negativos na população que apresentou dois ou três dos indicadores para depressão, estresse e ansiedade. Esse resultado corrobora para o encontrado por Correia, Carvalho e Linhares (2008) sobre a relação entre indicadores clínicos e maior tendência a percepção negativa da hospitalização.

Em relação as análises de correlação entre os sentimentos nesses dois contextos e o tempo de internação foi possível observar a maior recorrência no momento da notícia da internação de sentimento negativos nos bebês que estavam há poucos dias internados conforme encontrado por Schmidt et al. (2012) e Silva et al. (2016). Em relação aos sentimentos nas visitas ao bebê internado, houve predomínio dos positivos quanto menor era o número de dias de internação por ocasião da entrevista. Observa-se que quando o bebê estava internado há mais tempo (15 dias ou mais) os relatos dos sentimentos positivos e negativos foram equivalentes, determinado que o passar dos dias na UTIN e o aumento do período da internação, reduzia os sentimentos positivos e aumentava os negativos, como também observado por Correia, Carvalho e Linhares (2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a identificação dos sentimentos vivenciados por mães de bebês internados em três momentos diferentes e suas relações com a presença de indicadores emocionais clínicos e o tempo de internação. Os resultados obtidos salientaram que as mães

diante da inesperada notícia da necessidade de internação e incertezas sobre a condição de saúde do bebê relataram sentimentos negativos, diferentemente dos momentos de visitas e alta hospitalar em que as mães relataram sentimentos positivos decorrentes da confiança e ambientação a rotina da unidade. Diante disso, os resultados desse estudo podem direcionar o olhar dos profissionais ao bebê e, também, a mãe em sua vivência da hospitalização.

ESTUDO 5 – PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A INTERNAÇÃO DE BEBÊS EM UTIN: INFLUÊNCIA DA SAÚDE EMOCIONAL MATERNA

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebê de risco exige a atenção e cuidados a saúde específicos, sendo o momento logo após a sua admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), um dos momentos de muito estresse e preocupação, causando apreensão sobre o caso, condição de saúde e as também as possibilidades de contato e interação mãe-bebê. Sentimentos de medo, impotência, culpa, ansiedade e outros negativos são muito associados a essas mulheres que vivenciam essa experiência adversa e podem influenciar a saúde da mãe e do bebê (ROCHA et al., 2018).

Cartaxo et al. (2014), em um estudo qualitativo sobre a vivência materna na unidade de terapia intensiva encontrou, nos discursos das mães, uma ambivalência quanto a representação da unidade para elas, associado à morte, incertezas e inseguranças, mas como local de possibilidade de sobrevivência pelos recursos oferecidos. Ainda sobre o ambiente de cuidados, puderam encontrar representações sobre a relação de confiança estabelecida pelos profissionais responsáveis pelos bebês, resultando em sentimentos de tranquilidade e diminuição da ansiedade materna.

Costa, Chagas e Souza (2009) realizaram um estudo utilizando um programa de educação em saúde aplicada no contexto da UTIN para as mães de bebês internados. A partir dos relatos os autores identificaram que o trabalho multidisciplinar foi significativo pois as orientações adequadas e de qualidade puderam instrumentalizar as mães e, também, reduzir a recorrência de sentimentos negativos como o medo e a preocupação. Os profissionais criaram um meio de comunicação com os pais e atuaram como uma fonte de suporte informacional e emocional na medida em que esclareciam os pais sobre a rotina da unidade, a introdução de

equipamentos, os estímulos novos presentes no ambiente, outros procedimentos e o estado de saúde do bebê.

Maia et al. (2014), em uma pesquisa bibliográfica sobre a interação entre família e equipe de saúde, especificamente os enfermeiros das unidades neonatais, constataram a grande influência de um bom relacionamento entre equipe e família para a saúde emocional dos pais. A partir da inclusão dos pais nos cuidados, da informação da condição de saúde e da escuta aos problemas da família, os pais se mostravam mais confiantes no trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e na melhor recuperação do bebê. As ações da equipe possibilitavam o exercício do cuidado e treino de habilidades que seriam necessárias após a alta hospitalar.

Padovani et al. (2004), em um estudo de avaliação da ansiedade e depressão em mães de bebês durante a internação e após a alta, identificaram maior frequência de indicadores clínicos durante a hospitalização, sendo mais recorrente sintomas de ansiedade estado, desencadeadas por essa situação aversiva. Após a alta, as mães apresentaram indicadores reduzidos de ansiedade e depressão. Os resultados destacam a dificuldade de enfrentar o contexto de hospitalização apontando para a necessidade de identificação da saúde emocional materna e a implementação de serviços de apoio às mães neste contexto.

Felipe, Souza e Carvalho (2014), em uma revisão integrativa da literatura sobre o impacto do nascer prematuro e internação nas mães, constataram que a chegada antecipada de um bebê de risco desencadeia muitas alterações emocionais nessas mães, sendo um evento traumático e desencadeador de depressão e ansiedade. Observaram, ainda, que essas dificuldades podem ser acentuadas se as mães se encontram sozinhas, na ausência do pai do bebê e com uma escassa rede de apoio.

Em um estudo de revisão de literatura sobre saúde emocional de pais de bebês em UTIN realizado por Roque et al. (2017), os autores observaram que alterações emocionais são comumente encontradas nesses pais, demonstrando altos índices de ansiedade e estresse.

Entretanto, puderam identificar, também, como fator comum nesses pais o uso do suporte social como influência positiva. Verificaram que as mães, diante das situações estressoras advindas da internação buscavam, principalmente, o apoio emocional e psicológico em seus parceiros e, caso não os encontrassem nessa figura ou fosse ineficaz, buscavam em outras mães na mesma situação.

O estudo e identificação da percepção materna da internação de um bebê possibilita a maior compreensão dos sentimentos desencadeados nesse contexto aversivo, podendo atuar como espaço para o acolhimento das queixas e dúvidas, na reflexão sobre as consequências das diferentes estratégias de enfrentamento visando a promoção da saúde emocional materna.

O presente objetivou descrever a percepção materna sobre a internação do bebê em UTIN e correlaciona-la com indicadores de saúde emocional.

2 MÉTODO

2.1 Aspectos Éticos

Antecedendo a coleta de dados o presente projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Faculdade de Ciências, UNESP, Bauru e da Maternidade Santa Isabel, de Bauru, SP (processo nº 012698/2017). Para a coleta dos dados foram tomadas todas as providências cabíveis, conforme as condições estabelecidas pela resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, 2012). Por ocasião do convite as participantes foram informadas sobre os objetivos do projeto, as atividades pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados dessa pesquisa em eventos e publicações na área, assim como da manutenção dos demais serviços por elas usufruídos na maternidade, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes

ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

2.2 Participantes

Participaram 50 mães de bebês que estão internados em UTI da instituição parceira, a Maternidade Santa Isabel, de Bauru. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das entrevistadas, quanto a idade 32% delas tinham mais de 31 anos (Média= 26; DP= $\pm 7,2$) com ensino médio completo ou mais (58%). Dessas, 48% eram primíparas, 52% tinham dois filhos ou mais (Média= 1,9; DP= $\pm 1,1$) e tinham união estável (54%). Quanto ao nível socioeconômico prevaleceu a classe econômica C (82%).

Tabela 1 – Caracterização das mães dos bebês internados em UTIN.

Característica	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Idade		
≤ 20	10	20%
21-25	15	30%
26-30	09	18%
>31	16	32%
Número de filhos		
1	24	48%
2	14	28%
≥3	12	24%
Escolaridade		
Menos de 11 anos	21	42%
11 anos ou mais	29	58%
Estado Civil		
Solteira	23	46%
União Estável	27	54%
Classe Social:		
B	06	12%
C	41	82%
D	03	06%

Fonte: elaborado pela autora.

Além das características sociodemográficas foram coletadas informações sobre a gravidez e parto que estão apresentadas na Tabela 2. A grande maioria das mães, 74%, informaram ter tido uma boa saúde durante a gestação. Das 26% que caracterizaram a sua saúde como regular ou complicada, relataram problemas variados como aumento de pressão, diabetes

gestacional, perda de líquido, pré-eclâmpsia, deslocamento de placenta, entre outros que necessitaram desde de intervenção medicamentosa até a necessidade de internação e/ou antecipação do parto. Das mães, 74% não haviam planejado a gravidez, sendo prevalente (56%) a cesariana.

Tabela 2 – Características da gestação e parto.

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

Fonte: elaborado pela autora.

Foram coletados, também, dados sobre os bebês hospitalizados, apresentados na Tabela 3. A idade gestacional média foi de 31,6 semanas, variando de 24 semanas a 40 semanas, com peso médio de 1744,3 gramas, variando entre o mínimo de 625 gramas e 4175 gramas e eles tinham, em média, 37,7 centímetros. O tempo médio de internação foi de dez dias, por ocasião da entrevista, sendo o mínimo de um dia e o máximo de 40 dias de internação.

Tabela 3 – Características dos bebês internados na UTIN.

Características	Mínimo	Máximo	Média	DP±
Tempo de internação	1	40	10,3	9,1
Idade gestacional	24	40	31,6	4,5
Peso	625	4175	1744,3	935,8
Tamanho	20	54	37,3	10,2

Fonte: elaborado pela autora.

2.3 Instrumentos:

2.3.1 Questionário sociodemográfico

Contém espaços para a coleta de informações demográficas (idade, profissão, escolaridade, número de filhos), sobre a saúde da mãe durante a gestação, tipo de parto, sobre o bebê e sua condição de saúde (APÊNDICE F).

2.3.2 Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB

Escala organizada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2013) em perguntas sobre variáveis (utensílios domésticos, quantidade de cômodos etc.) e serviços públicos (água encanada, rua pavimentada) utilizadas para indicar o nível socioeconômico do entrevistado.

2.3.3 Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale* – PSS - 14)

A escala foi elaborada por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) e validada no Brasil por Luft et al. (2007). É composta de 14 itens com resposta que variam de zero a quatro (0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = quase sempre 4 = sempre). As questões com conotação positiva têm sua pontuação somada invertida. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero a 56. A pontuação, conforme apresentado pelo estudo de Faro (2015), pode ser classificada em intervalos que incidam a intensidade do estresse, sendo eles: baixo, normal, moderado, alto e muito alto (ANEXO 1).

2.3.4 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

O IDATE avalia as variáveis traço e estado de ansiedade. Foi elaborado por Spielberger et al. (1970) e validado por Biaggio e Natalício (1979). O instrumento é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, negativos que são corrigidos de forma investida e itens positivos que são corrigidos normalmente. Possibilitam a avaliação dos dois

conceitos (ansiedade em um momento específico e como o sujeito vivencia geralmente certos sintomas). Os escores podem variar de 20 a 80 pontos, sendo que a baixa pontuação indica baixo nível de ansiedade e a alta, o oposto.

2.3.5 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).

O BDI-II é um instrumento que permite a avaliação da intensidade da depressão em adolescentes e adultos, criado por Beck, Steer e Brown (1996) e traduzido e validado no Brasil por Gorenstein et al. (2011). O inventário em escala *likert* composta por 21 itens onde cada alternativa corresponde a uma pontuação que varia de 0 a 4, sendo 63 o maior escore possível. A pontuação pode ser classificada em intensidades como mínima, leve, moderado e grave.

2.4 Local

Os dados foram coletados na Maternidade Santa Isabel, em Bauru, SP nas dependências da unidade, local principal em que as mães permaneciam, após a finalização de todas as intervenções da equipe afim de evitar interrupções e a exposição da mãe, objetivando ao máximo garantir a privacidade das mães.

2.5 Procedimento para a coleta de dados

Inicialmente foi feito contato com a Maternidade Santa Isabel e os objetivos e metodologia foram explicitados para ciência da instituição e dos possíveis envolvidos. Após a autorização da Maternidade foi iniciada a coleta.

A partir de visitas à unidade e identificação dos bebês internados na UTI as mães foram abordadas em seus quartos ou nas dependências da UTI e convidadas a participar do presente projeto. Em geral, o convite era feito em horário próximo às visitas dos pediatras à UTI para

garantia da maior presença desse público. Nesse momento era explicitado os objetivos da pesquisa e feita a leitura do TCLE. Após a assinatura do termo as mães responderam aos instrumentos de saúde emocional (IDATE, BDI e PSS), ao Questionário sociodemográfico e ao EMEP.

2.6 Análise de dados

Os instrumentos foram corrigidos conforme as instruções de cada manual e foram classificados em resultados que apontam um fator clínico ou não clínico da saúde emocional materna. Para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) utilizou-se o critério de pontuação equivalente ou acima do percentil 75 para sintomas clínicos de ansiedade traço e ansiedade estado. Para a correção da Escala de Estresse Percebido foi adotado a pontuação utilizada por Faro (2015) classificando o intervalo de pontuação alto e muito alto como índices clínicos para ansiedade. Além desse instrumento, obteve-se a classificação dos sintomas no Inventário de Depressão de Beck, em leves, moderados ou graves, sendo os moderados e graves considerados clínicos. Para esses instrumentos quanto maior a pontuação final obtida maior será a presença de sintomas de ansiedade, estresse e depressão e consequentemente maior a probabilidade de serem indicadores clínicos.

Foram realizadas correlações de *Spearman* entre os os indicadores de saúde emocional materna (IDATE, BDI, PSS) e os resultados das categorias de percepção materna. Como também a correlação entre os fatores que compõem a escala para verificar a associação interna. Para todas as análises considerou-se o nível de significância de 5% (coeficiente de significância estatística $p < 0,05$) e foi utilizado o software de processamento *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences* - pacote estatístico para as ciências sociais), versão 20.0 (SPSS, 2010).

3.RESULTADOS

A partir do instrumento “Protocolo de percepção materna acerca de situações concretas relacionadas à internação do bebê” verificou-se a percepção das mães sobre o processo de internação, das visitas, das possibilidades futuras após a alta, entre outros fatores associados. Esse instrumento é composto por 24 afirmativas que estão agrupadas em cinco categorias: 1. Percepção da condição do bebê (composta por seis itens positivos e quatro negativos); 2. Percepção do apoio da equipe hospitalar (composta por um item positivo e um negativo); 3. Percepção de apoio social (composta por dois itens negativos), 4. Percepção do papel paterno (composta por um item positivo e um negativo) e, 5. Percepção do papel materno (composta por quatro itens positivos e quatro itens negativos).

Observa-se, na Tabela 4, que as categorias positivas mais frequentes foram a “Percepção do apoio da equipe” (Média= 4), “Percepção do papel materno” (Média= 3,9) e “Percepção do papel paterno” (Média= 3,7). Entre as categorias negativas observou-se frequências mais altas nas categorias “Percepção do apoio da equipe” (Média= 3,5), “Percepção de apoio social (Média= 3,4) e “Percepção do papel materno” (Média= 3,2).

Tabela 4 – Caracterização da pontuação das categorias do “Protocolo de percepção materna acerca de situações concretas relacionadas à internação do bebê”.

Categorias	Positivo				Negativo			
	Média	Desvio Padrão	Min.	Max.	Média	Desvio Padrão	Min.	Max.
1.Percepção da condição do bebê	3,7	0,3	2,7	4	3,0	0,8	1	4
2.Percepção do apoio da equipe hospitalar	4	0	4	4	3,5	1,1	1	4
3.Percepção de apoio social	0	0	0	0	3,4	0,9	1	4
4.Percepção do papel paterno	3,7	0,9	1	4	2,9	1,5	0	4
5.Percepção do papel materno	3,9	0,2	3	4	3,2	0,7	1,5	4

Fonte: elaborado pela autora

Dentre os itens positivos que compõem a categoria 2 “Percepção do apoio da equipe hospitalar”, o que apresentou maior média de percepção materna foi o item 2 “*Confio nos médicos e enfermeiras da UTI*”, tendo nota total para todas as mães entrevistadas. Entre os itens

negativos, na categoria 4 “Percepção do papel paterno”, o item que obteve menor média, foi o 18 “*A reação do pai do(a) meu(minha) filho(a) diante da internação foi ruim*”.

Realizando a correlação entre a percepção materna da internação do bebê com os resultados apresentados nos instrumentos utilizados para avaliação da saúde emocional materna foi possível observar associação negativa entre a categoria 3 “Percepção do apoio social” e ansiedade estado ($r_s = -0,28$ $p = 0,048$).

4. DISCUSSÃO

A identificação da percepção de mães de bebês internados em UTIN e suas respectivas categorias apontaram para percepção tanto positiva como negativa de quatro das cinco categorias analisadas. Somente a categoria “Percepção do apoio social” teve percepção negativa e nenhuma positiva, indicando que as mães não a percebem positivamente. Entre as categorias com maiores médias está a categoria 2 “Percepção do apoio da equipe”, sendo a temática mais vivenciada e percebida pelas mães durante o período de internação. Das temáticas envolvendo essa categoria houve concordância entre as mães sobre a confiança nos profissionais responsáveis pelos cuidados ao recém-nascido. Os mesmos resultados foram encontrados por Maia et al. (2014), Cartaxo et al. (2014) e Costa, Chagas e Souza (2009) o que aponta para a importância do bom relacionamento da equipe com os pais.

A categoria 4, teve a menor média de percepção positiva e, também, da percepção negativa, mostrando que as mães se dividem em avaliar o papel paterno. A presença paterna como fator positivo e sua função de apoio social para o melhor entendimento da internação também foi encontrado nos estudos de Felipe, Souza e Carvalho (2014) e Roque et al (2017).

Correlacionando a percepção materna em suas categorias e os indicadores de saúde emocional materna foi possível observar associação negativa entre a categoria 3 “Percepção do apoio social” e ansiedade do tipo estado, indicando que a percepção positiva sobre o apoio

social recebido indica a menor presença de indicadores de ansiedade estado. Resultados semelhantes também foram obtidos na pesquisa de Padovani et al. (2004).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo corroboram com os da área sobre a necessidade e importância da avaliação da percepção das mães de bebês internados. A identificação das demandas e dificuldades dessas mulheres possibilita o planejamento de intervenções que promovam o aprendizado de estratégias de enfrentamento adaptativos a situações estressoras e também de ações de promoção a saúde emocional materna e relação mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

ALFAYA, C. Depressão materna no sexto mês de vida do bebê: resultados iniciais. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, Lisboa, v. 6, n. 1, 2015.

ALMEIDA, R. A.; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, jul./dez., p. 183-202, 2011.

ALVARENGA, P; PALMA, E. M. S. Indicadores de depressão materna e a interação mãe-criança aos 18 meses de vida. **PSICO**, v. 44, n. 3, p. 402-410, 2013.

ALVES, G. M. A. N. Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco ao desenvolvimento. 2015. 177 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDREANI, G.; CUSTÓDIO, Z.A.O.; CREPALDI, M.A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**, n. 24, p. 115-126, 2006.

ARAÚJO, B.B.M.; RODRIGUES, B.M.R.D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, **Revista Ex. Enfermagem**, v. 4, n. 44, p. 865-872, 2010.

ARRUÉ, A.M. et al. Caracterização da morbimortalidade de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 1, n.3, p. 86-92, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. São Paulo, 2013.

BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. **Humanização em UTI pediátrica e o neonatal: estratégias de intervenção junto ao paciente, aos familiares e à equipe**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

BALTAZAR, D. V; GOMES, R. F. S; CARDOSO, T. B. D. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: construindo rotinas e protocolos para uma prática humanizada. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2010.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Psic – Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 7, n. 1, p. 39-48, 2006.

BAPTISTA, M. N.; BORGES, L. Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. **Avaliação Psicológica**, v. 15, n. esp., p. 19-32, 2016.

BARR, P. Guilt, shame and fear of death predict neonatal intensive care unit-related parental distress. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 33, n. 4, p. 402-413, 2015.

BAYLIS, R. et al. First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. **Acta Paediatrica**, v. 103, p. 1045-1052, 2014.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. **BDI-II: Beck Depression Inventory Manual**. Psychological Corporation. 1996.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M.; GONÇALVES, M. B. Transtornos emocionais e a formação em medicina: um estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 10-23, 2009.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALICIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA, 1979.

BRAGHETO, A. C. M.; JACOB, A. V. Suporte psicológico às mães de prematuros em uma UTI neonatal: relato de experiência. **Saúde & Transformação social**, v. 1, n. 3, p. 174-178, 2011.

CAMPOS, A. P. A. **Análise Comportamental em Depressivos**. 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2007.

CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico**, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 483-492, out.-dez. 2015

CARDOSO, 2011. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicol. Argum.**, v. 29, n. 67, p. 479-489, 2011.

CAROLOTTTO, R. C.; TEIXEIRA, M. A. P.; DIAS, A. C. G. Adaptações acadêmicas e coping em estudantes universitários. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 3, p. 421-432, 2015.

CARTAXO, L. S. et al. Vivências de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 5551-5557, 2014.

CASTRO, E. K. Psicologia pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 396-405, 2007.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **Resolução 13/07**, 2010. Disponível em: <<http://www.pol.org.br>>. Acesso em: 25/10/2017.

CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad Saúde Pública**, v. 4, n. 17, p. 887-896, 2001.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983.

CONEP, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012.

CORRÊA-CUNHA, E. F. et al. Intervenções com mães de bebês prematuros: um estudo de grupos focais. **Clínica & Cultura**, v. 2, n. 2, p. 80-90, jul./dez. 2013.

CORREIA, L. L.; CARVALHO, A. M. V.; LINHARES, M. B. M. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 16, n. 1, jan./fev. 2008.

COSTA, D. G.; CHAGAS, G. M.; SOUZA, N. R. Educação em saúde para mães em unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência et Praxis**, Minas Gerais, v.2, n. 3, p. 37-40, 2009.

CREPALDI, M. A.; LINHARES, B. M.; PEROSA, G. B. **Temas em psicologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

DANTAS, M. M. C. et al. Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. **Acta. Colomb. Psicol.**, v. 18, n. 2, p. 129-138, 2015.

DIAS, J. C. R. et al. Escala de estresse percebido aplicada a estudantes universitárias: estudo de validação. **Psychology, Community & Health**, v. 4, n. 1, p. 1-13, 2015.

FARO, A. Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale (PSS): Um estudo populacional. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 1, p. 21-30, 2015.

FARO, A. Estresse e estressores na pós-graduação: Estudo com mestrandos e doutorandos no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 29, 51-60, 2013.

FELIPE, A. O. B.; SOUZA, J. J.; CARVALHO, A. M. P. Impactos do nascer prematuro na saúde mental das mães. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 21, n. 3, p. 16-27, 2014.

FERNANDES, N. G. V; SILVA, E. M. B. Vivências dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 4, p. 107-115, 2015.

FOCH, G. F. L; SILVA, A. M. B; ENUMO, S. R. F. Enfrentamento Religioso-Espiritual de Mães de Bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 1181-1192, 2016.

FRAGA, D. A et al. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionados a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 335-344, abr./jun. 2008.

FRIAS, T. F. P.; COSTA, C; M. A.; SAMPAIO, C. E. P. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. **Reme – Rev. Min. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 345-352, jul./set., 2010.

GIMENES, M. G.G.; QUEIROZ, B. As diferentes fases de Enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: GIMENES, M. G. G.; FÁVERO, M. H. (Orgs.). A mulher e o câncer. Campinas: **Editorial Psy**; 1997. p. 232-46.

GOMES-OLIVEIRA, M. H. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory- II in a community sample. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 34, p. 389-394, 2012.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y. P.; ARGIMON, I. L.; WERLANG, B. S. G. Manual do Inventário de Depressão de Beck - BDI-II. São Paulo: **Casa do Psicólogo**; 2011.

GRANZOTTO, J.A. et al. Análise do perfil epidemiológico das internações em uma unidade de terapia intensiva neonatal, **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 4, n. 56, p. 304-307, 2012.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev. Saude Pública**, v. 37, n. 3, p. 379-385, 2003.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n. 3, p. 703-714, 2005.

GUIMARÃES, F. H. C; PAULA, K. M. P; ENUMO, E. R. F. Estratégias de enfrentamento da prematuridade e suas relações com a amamentação no Alojamento Canguru. In: TOJUMARU, R. S; MENANDRO, P. R. M. (Org.). **Saúde, trabalho e família: Multidisciplinaridade em foco**. 1. ed. Vitória: Gm Gráfica e Editora, 2013, v. 1. p. 11-38.

JORDÃO, K. R. et al. Possíveis fatores estressantes na unidade de terapia intensiva neonatal em hospital universitário. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 310-314, 2016.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 135-154, 2014.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal and coping. New York: **Springer Publishing Company**, 1984.

LINHARES, M. B. M. et al. Psicologia pediátrica e neonatologia de alto risco: promoção precoce do desenvolvimento de bebês prematuros. In: CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. L.; PEROSA, G. B (Orgs.). **Temas em Psicologia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 109-145.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L.N. Estresse: Aspectos históricos, teóricos e clínicos. In: Rangé, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo comportamentais: Um diálogo com a Psiquiatria**. Porto Alegre, RS: Artmed. 2011. p. 617-621.

LIRA, C. L. O. B.; AVELAR, T. C.; BUENO, J. M. H. Coping e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Est. Inter. Psicol.**, v. 6, n. 1, 2015.

LOSS, A. B. M. et al. Estados emocionais e estratégias de enfrentamento de mães de recém-nascidos de risco. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 3-18, 2015.

LUFT, C. D. B. et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007.

MAIA, J. M. A.; SILVA, L. B.; FERRARI, E. 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, p. 154- 164, 2014.

MELO, M. R. O.; ANDRADE, I. S. N. Child development and prematurity: a reflection on maternal knowledge and expectations. **Rev. Bras. Promoc. Saude**, v. 26, n. 4, p. 543-548, out./dez., 2013.

MIYAZAKI, M. C. O. S. et al. Psicologia da Saúde: Extensão de Serviços à Comunidade, Ensino e Pesquisa. **Psicologia USP**, v. 13, n 1, p. 29-53, 2002.

MONTANHAUR, C. D. **Mães de bebês internados em UTI Neonatal: Análise de variáveis que influenciam na percepção da condição do bebê e da rede de apoio social.** Relatório - (Iniciação Científica), Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2016.

NARDI, C. G. A. et al. Bebês com sequência de Pierre Robin: saúde mental materna e interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, v. 32, n. 1, p. 129-140, 2015.

OBEIDAT, H. M; BOND, E. A; CALLISTER, L. C. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. **The Journal of Perinatal Education**, v. 18, n. 3, 2009.

PADOVANI, F.H. P. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 251-254, 2004.

PAIS-RIBEIRO, J. L.; PONTE, A. C. S. Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de suporte social do MOS (MOS social support survey) com idosos. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 10, n. 2, p. 163- 174, 2009.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PINTO, I. D.; PADOVANI, F. H. P.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 75-83, 2009.

RAMOS, F. P. **Uma proposta de análise do coping no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2012. 349 f. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

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

RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 32, n. 2, p. 269-279, 2015.

RAPPAPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, v. 16, n. 1, p. 85-96, 2006.

REIS, R. S.; HINO, A. A.F.; AÑEZ, C.R.R. Perceived Stress Scale: Reliability and validity study in Brazil. **Journal of Health Psychology**, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010.

ROCHA, L. L. B. et al. A experiência da mulher hospitalizada com o recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

RODRIGUES, O. M. P. R.; NOGUEIRA, S. C. Práticas educativas e indicadores de e ansiedade, depressão e estresse maternos. **Psic. Teor. e Pesq.**, v. 32, n. 1, p. 35-44, 2016.

RODRIGUES, A. S.; JORGE, M. S. B.; MORAIS, A. P. P. Eu e meu filho hospitalizado: concepção das mães. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 87-94, set./dez. 2005.

RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R. A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 9, p. 252-7, 2011.

ROQUE, A. T. F. et al. A scoping review of the mental health of parents of infants in the NICU. **Journal of Obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing**, v. 46, n. 4, p. 576-587, 2017.

SÁ, R.C.; COSTA, L.M.F.P.; SÁ, F.E. Vivência materna com filhos prematuros em uma unidade de tratamento intensivo neonatal, **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v. 2, n. 25, p. 83-89, 2012.

SANTOS, M. D. L.; GALDEANO, L. E. Traço e estado de ansiedade de estudantes de enfermagem na realização de uma prova prática. **Reme- Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 76-83, 2009.

SCHMIDT, K.T. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**; v. 16, n. 1, p. 73-81, 2012.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 225- 234, 2001.

SHERBOURNE, C. D; STEWART, A L. The MOS social support survey. **Social Science and Medicine**, n. 32, p. 705-714, 1991.

SILVA, R. M. M. et al. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Enferm. Cent. O. Min**, v. 6, n. 2, p. 2258-2270, 2016.

SILVA, E. H. P.; GIRÃO, E. R. C.; CUNHA, A. C. B. Enfrentamento do pai frente à malformação congênita do filho antes e depois do nascimento. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 180-199, 2016.

SOARES, A. B.; MARTINS, J. S. R. Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular. **Paideia**, v. 20, n. 45, p. 57-62, 2010.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Manual for the state-trait anxiety inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1970.

SPSS. **Statistical Package for the Social Sciences**. Versão 20.0. Somers, NY: IBM Corporation, 2010. CD-ROM.

TADIELO, B. Z. et al. Morbidade e mortalidade de recém-nascidos em tratamento intensivo neonatal no Sul do Brasil. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 13, n. 7, p. 7-12, 2013.

VASCONCELOS, L.; PETEAN, E. B. L. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 10, n. 1, p. 69-82, 2009.

VICENT, S. R. et al. Impacto emocional e enfrentamento materno da anomalia congênita de bebês na UTIN. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 17, n. 3, p. 454-467, 2016.

VIDERES, A. R. N. et al.. Fatores estressores e estratégias de coping de pacientes hospitalizados em tratamento de feridas. **Rev. Rene.**, v. 14, n. 3, p. 481-492, 2013.

VITALIANO, P. P. et al. The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. **Multivariate Behav Res.**, v. 20, p. 3-36, 1985.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.

ZANI, A. V. et al. Recém-nascido de risco na percepção da mãe adolescente. **Rev. Rene**, v. 12, n. 2, p. 279-286, 2011.

ZANINI, D. S.; PEIXOTO, E. M.; NAKANO, T. C. Escala de apoio social (MOS-SSS): Proósta de normatização com referêmcias nos itens. **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 387-399, 2018.

ZANINI, D. S.; VEROLLA-MOURA, A.; QUEIROZ, I. P. A. R. Apoio social: aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 195-202, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PRIMEIRA VERSÃO DO PROTOCOLO

Reação à notícia da internação

1. Quando a notícia foi dada fiquei com muitas dúvidas.
2. Quando recebi a notícia da internação do bebê fiquei decepcionada.
3. Quando recebi a notícia da internação do bebê fiquei desesperada.
4. Quando a notícia foi dada fiquei satisfeita com o que me disseram
5. Depois da notícia senti necessidade de conversar com alguém.
6. Eu não esperava a internação, eu esperava ir para casa com o bebê.
7. Eu não queria que o meu bebê ficasse internado.
8. Eu já estava preparada, sabia que a hospitalização seria necessária

Tempo de internação

1. Meu bebê sairá da UTI em até uma semana.
2. Meu bebê sairá da UTI em até 15 dias.
3. Meu bebê sairá da UTI em mais de um mês.
4. Tenho muita esperança de levá-lo para casa logo.
5. Não quero levá-lo agora. Quero que fique mais fortinho.

Sentimentos com relação ao bebê

1. Estou confiante pois meu bebê está sendo bem cuidado.
2. Me sinto muito nervosa pois quero muito esse bebê.
3. Estou preocupada com o trabalho que terei com ele quando sair do hospital.
4. Estou nervosa, mas sei que estão fazendo o melhor por ele.
5. Estou conformada, sei que estão fazendo o melhor por ele.
6. Estou tranquila pois quero que ele, mais tarde, tenha qualidade de vida.
7. Eu sei que ele está melhorando, mas ainda é muito preocupante.

8. A saúde do meu filho é ótima, só precisa ganhar peso.
9. A saúde do meu filho inspira muitos cuidados.
10. Visito meu bebê sempre que posso.
11. Visito meu bebê para acompanhar sua recuperação.
12. Visito meu bebê para que não pensem que não estou interessada na sua recuperação.
13. Mesmo que não visite meu bebê diariamente, estou sempre pensando nele.
14. Me sinto muito nervosa. Quero muito este bebê.
15. Me sinto nervosa, mas sei que estão fazendo o melhor por ele.
16. Me sinto conformada, sei que estão fazendo o melhor por ele.
17. Me sinto tranquila, quero que ele, mais tarde, tenha qualidade de vida.
18. Quando estou com meu bebê na UTI penso na sua recuperação.
19. Quando estou com meu bebê na UTI penso na alta.
20. Quando estou com meu bebê na UTI penso se vai ter um desenvolvimento normal.
21. Quando estou com meu bebê na UTI penso se vai realmente sobreviver.
22. Quando estou com ele na UTI fico aflita vendo-o com tantos fios ligados.
23. Ficar com o bebê na UTI, parece que ameniza a dor deles.
24. Ao mesmo tempo em que eu venho aqui e quero pegá-lo, eu tenho medo de machucá-lo.
25. Os médicos dizem que está bem, que está só para ganhar peso.
26. Tenho vindo visita-lo na UTI todos os dias.
27. Permaneço com ele pelo menos 8 horas por dia na UTI.
28. Permaneço com ele pelo menos 4 horas por dia na UTI.
29. Permaneço com ele pelo menos uma hora por dia.
30. Tenho vindo visita-lo duas ou três vezes por semana.
31. Tenho vindo visita-lo uma vez por semana
32. A maneira como os profissionais cuidam e olham para o bebê faz eu ter esperança

Sentimentos com relação a internação

1. Eu sou muito calma e tento me controlar mais ainda.
2. Já tive experiências de internações de outros filhos anteriormente e estou tranquila.
3. A minha família me dá muito apoio. Não tenho do que reclamar.
4. Não gosto de pensar muito para não chorar toda hora.
5. Minha família não sabe o que está acontecendo comigo.
6. O pai do bebê entende que a internação é melhor para ele agora.
7. O pai do bebê ficou abalado com a internação.
8. O pai do bebê tem me apoiado em todos os momentos.
9. O pai do bebê espera que eu venha visita-lo e leve notícias para a família.
10. O pai do bebê o visita tanto quanto eu.
11. Ainda não ficou claro o motivo da internação.
12. Já esperava pela internação, mas não sabia perguntar
13. Estou muito ansiosa pela sua alta.
14. Estou conformada, pois está se recuperando.
15. Já esperava pela internação pois nasceu antes da hora.
16. Queria saber mais sobre a internação, mas não sabia a quem perguntar.
17. Queria saber mais e procurei o médico para mais explicações.
18. Por ocasião da internação senti uma sensação de perda muito grande, uma tristeza, eu chorava sem parar.
19. Não tenho porque sentir culpa, eu não me sinto culpada, não tive como evitar.
20. Eu me culpo e me preocupo em saber porque ele nasceu assim.
21. As pessoas me culpam porque meu bebê está internado

Desdobramentos futuros da internação ou condição do bebê

1. Mesmo com o tratamento na UTI meu bebê ficará com sequelas.

2. Meu bebê sairá da UTI e logo vai ter uma vida normal.
3. Meu bebê sairá da UTI mas vai ter seu desenvolvimento monitorado (ex.: aparelhos, acompanhamento médico, fisioterapia, entre outros).
4. Eu não sei como vou cuidar desse bebê quando sair daqui.
5. Tenho muito medo da hora que ele for para casa. É tão frágil.
6. Quando meu filho sair da UTI, não precisará de nenhum serviço especializado.
7. Quando meu filho sair da UTI precisará de muitos serviços especializados.
8. Penso que meu bebê pode sair da UTI logo, ir para casa e “tocar a vida”
9. Penso que meu bebê pode sair da UTI logo mas vai ter seu desenvolvimento monitorado
10. Penso que meu bebê vai demorar para sair da UTI, mas vai ter seu desenvolvimento monitorado
11. Penso que meu bebê vai demorar para sair da UTI, mas vai precisar de aparelhos
12. Penso que meu bebê tem poucas chances de sair da UTI.

Dificuldade em vivenciar a hospitalização

1. É muito difícil saber que seu filho está na UTI.
2. Já participei deste momento com outros familiares, mas ver seu filho na UTI é doloroso demais.
3. Eu fico desesperada de ver meu filho ligado em todos aqueles aparelhos.
4. Cada dia é um dia. Não tenho muita esperança que sobreviva.
5. A pior parte é nunca saber o que vai acontecer amanhã
6. É difícil organizar tudo em casa para vir ficar um pouco aqui com ele.
7. Minha prioridade é este bebê. Se pudesse ficaria o dia todo com ele.
8. Se pudesse ficaria o dia todo com ele na UTI.
9. Não gosto de ficar aqui na UTI com ele, sem que ele me veja, me perceba.
10. Eu fico muito feliz de ficar com ele na UTI.
11. Não vejo a hora de levá-lo para casa

12. O difícil é deixar outros filhos para trás.
13. Converso com meus familiares sobre a condição do bebê.
14. Converso sobre a condição do bebê somente com o pai dele.
15. Não converso com ninguém sobre a condição do bebê.
16. Procuro informações na internet sobre casos semelhantes ao dele.
17. Quando não estou com ele leio livros, revistas, vejo TV.
18. Rezo para que se recupere logo.
19. Rezo para que aconteça o melhor para ele.
20. Rezo para que os médicos façam o melhor para ele.
21. Me ocupo fazendo trabalhos manuais.
22. Me ocupo cuidando da casa e dos outros filhos
23. Durante as visitas peço sempre notícias do bebê para o médico de plantão.
24. Durante as visitas não pergunto nada. Eles vêm falar comigo.
25. Não pergunto sobre o bebê e não gosto que falem comigo.
26. Fico com raiva do médico porque não diz com certeza o que vai acontecer com o bebê.
27. Tenho a impressão que a gente de que estão judiando do meu bebê.
28. Os médicos estão sempre prontos para dar informações sobre o bebê e resolver as dúvidas.
29. É muito difícil conseguir que os médicos respondam satisfatoriamente nossas dúvidas.
30. Eu tenho bastante confiança nos profissionais da UTI.
31. Os profissionais da UTI nos apoiam e passam confiança.

APÊNDICE B – “PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SENTIMENTOS”

Diante da notícia da internação do meu filho me senti:

- ☐) Tranquila
- ☐) Culpada
- ☐) Conformada
- ☐) Confiante
- ☐) Decepcionada
- ☐) Preocupada
- ☐) Nervosa
- ☐) Amparada
- ☐) Desesperada

Durante a internação do meu filho, na maior parte do tempo, me senti:

- ☐) Tranquila
- ☐) Culpada
- ☐) Conformada
- ☐) Confiante
- ☐) Decepcionada
- ☐) Preocupada
- ☐) Nervosa
- ☐) Amparada
- ☐) Desesperada

Quando penso no meu bebê saindo da UTI, eu fico:

- ☐) Tranquila
- ☐) Culpada
- ☐) Conformada
- ☐) Confiante
- ☐) Decepcionada
- ☐) Preocupada
- ☐) Nervosa
- ☐) Amparada
- ☐) Desesperada

APÊNDICE C – SEGUNDA VERSÃO DO PROTOCOLO (ENTREGUE PARA A ANÁLISE DOS JUÍZES)

- 1 Penso sempre na saúde do meu filho
- 2 Confio nos médicos e enfermeiras da UTI
- 3 Considero a saúde do meu filho(a) ruim
- 4 Tenho recebido pouco apoio de familiares e amigos
- 5 Não converso com familiares e amigos sobre a condição de saúde do meu filho
- 6 O pai do meu filho tem me apoiado em todos os momentos
- 7 Minha presença na UTI não influencia a recuperação do meu filho
- 8 Ao sair da UTI meu filho não precisará de serviço especializado (fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras especialidades)
- 9 Quando estou com meu filho na UTI penso na sua recuperação
- 10 A saúde do meu filho depois que sair da UTI vai ser muito boa
- 11 Os profissionais da UTI não estão disponíveis para resolver minhas dúvidas
- 12 Meu filho ficará muito tempo na UTI
- 13 Mesmo não estando com meu filho na UTI sempre penso nele
- 14 Permanecer na UTI é a melhor coisa para ele hoje
- 15 Acredito que meu filho está se recuperando muito bem
- 16 Terei muito trabalho com o(a) meu(minha) filho(a) quando ele for para casa
- 17 Nunca sei como está a saúde do meu filho a cada dia
- 18 O pai do meu filho não reagiu bem a notícia da internação
- 19 Meu filho se desenvolverá plenamente quando sair do hospital
- 20 Gostaria de ter evitado a internação do meu filho
- 21 Não saberei cuidar bem do(a) meu(minha) filho quando ele for para casa
- 22 Não peço notícias sobre o meu filho durante as visitas a UTI neonatal
- 23 Minha função de mãe é acompanhar meu filho na UTI
- 24 Não quero que pensem que não me interessam por ele
- 25 Venho à UTI para acompanhar de perto a recuperação do meu filho
- 26 Não consigo ficar em casa sem ele.

**APÊNDICE D - “PROTOCOLO DE PERCEPÇÃO MATERNA ACERCA
DE SITUAÇÕES CONCRETAS RELACIONADAS À INTERNAÇÃO DO
BEBÊ”**

Assinale **apenas uma** alternativa que julgar mais correta de acordo com sua opinião.

1. Preocupo-me com a saúde do(a) meu(minha) filho(a):
☐ Concordo plenamente
☐ Concordo parcialmente
☐ Discordo parcialmente
☐ Discordo plenamente
☐ Não sei opinar

2. Confio nos médicos e enfermeiras da UTI:
☐ Concordo plenamente
☐ Concordo parcialmente
☐ Discordo parcialmente
☐ Discordo plenamente
☐ Não sei opinar

3. Considero que meu(minha) filho(a) está muito doente:
☐ Concordo plenamente
☐ Concordo parcialmente
☐ Discordo parcialmente
☐ Discordo plenamente
☐ Não sei opinar

4. Recebo pouco ou nenhum apoio de familiares e amigos:
☐ Concordo plenamente
☐ Concordo parcialmente
☐ Discordo parcialmente
☐ Discordo plenamente
☐ Não sei opinar

5. Não converso com familiares e amigos sobre a condição de saúde do(a) meu(minha) filho(a):
☐ Concordo plenamente
☐ Concordo parcialmente
☐ Discordo parcialmente
☐ Discordo plenamente
☐ Não sei opinar

6. O pai do(a) meu(minha) filho(a) tem me apoiado em todos os momentos:
☐ Concordo plenamente
☐ Concordo parcialmente
☐ Discordo parcialmente
☐ Discordo plenamente
☐ Não sei opinar

7. Minha presença na UTI não influencia a recuperação do(a) meu(minha) filho(a):
☐ Concordo plenamente
☐ Concordo parcialmente
☐ Discordo parcialmente
☐ Discordo plenamente
☐ Não sei opinar

8. Ao sair da UTI meu(minha) filho(a) não precisará de serviço especializado (fonaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras especialidades):
☐ Concordo plenamente
☐ Concordo parcialmente
☐ Discordo parcialmente

- ☐ Discordo plenamente
- ☐ Não sei opinar

9. Quando estou com meu(minha) filho(a) na UTI penso na sua recuperação:

- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo plenamente
- ☐ Não sei opinar

10. A saúde do(a) meu(minha) filho(a) vai ser muito boa depois que sair da UTI:

- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo plenamente
- ☐ Não sei opinar

11. Os profissionais da UTI nem sempre estão disponíveis para resolver minhas dúvidas:

- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo plenamente
- ☐ Não sei opinar

12. Meu(minha) filho(a) ficará muito tempo na UTI:

- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo plenamente
- ☐ Não sei opinar

13. Mesmo não estando com meu(minha) filho(a) na UTI sempre penso nele(a):

- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo plenamente
- ☐ Não sei opinar

14. Sei que para meu(minha) filho(a) ficar na UTI é a melhor coisa para ele hoje:

- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo plenamente
- ☐ Não sei opinar

15. Acredito que meu(minha) filho(a) está se recuperando muito bem:

- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo plenamente
- ☐ Não sei opinar

16. Terei muito trabalho com o(a) meu(minha) filho(a) quando ele for para casa:

- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo plenamente
- ☐ Não sei opinar

17. Nunca sei como está a saúde do(a) meu(minha) filho(a) a cada dia:

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo parcialmente
- ☐) Discordo parcialmente
- ☐) Discordo plenamente
- ☐) Não sei opinar

18. A reação do pai do(a) meu(minha) filho(a) diante da internação foi ruim:

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo parcialmente
- ☐) Discordo parcialmente
- ☐) Discordo plenamente
- ☐) Não sei opinar

19. Meu(minha) filho(a) se desenvolverá totalmente quando sair da UTI:

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo parcialmente
- ☐) Discordo parcialmente
- ☐) Discordo plenamente
- ☐) Não sei opinar

20. Gostaria de ter evitado a internação do(a) meu(minha) filho(a):

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo parcialmente
- ☐) Discordo parcialmente
- ☐) Discordo plenamente
- ☐) Não sei opinar

21. Não saberei cuidar bem do(a) meu(minha) filho(a) quando ele(ela) for para casa:

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo parcialmente
- ☐) Discordo parcialmente
- ☐) Discordo plenamente
- ☐) Não sei opinar

22. Minha função de mãe é acompanhar meu(minha) filho(a) na UTI:

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo parcialmente
- ☐) Discordo parcialmente
- ☐) Discordo plenamente
- ☐) Não sei opinar

23. Não quero que pensem que não me interesse por meu(minha) filho(a):

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo parcialmente
- ☐) Discordo parcialmente
- ☐) Discordo plenamente
- ☐) Não sei opinar

24. Venho à UTI para acompanhar de perto a recuperação do(a) meu(minha) filho(a):

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo parcialmente
- ☐) Discordo parcialmente
- ☐) Discordo plenamente
- ☐) Não sei opinar

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo em participar da pesquisa intitulada “Percepção materna de bebês internados em UTI neonatal: influências de variáveis maternas, contextuais, apoio social e enfrentamento” vinculada ao projeto de pesquisa “Prematuridade: percepção materna, saúde emocional materna, interação mãe bebê e desenvolvimento infantil”, coordenada pela Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues. A pesquisa tem por objetivo principal avaliar a saúde emocional de mães de bebês internados em UTI neonatal, verificar a percepção materna sobre a saúde e o processo de internação. Além disso, objetiva-se verificar a rede de apoio social disponível e o uso de estratégias de enfrentamento. Para isto a sua participação é muito importante e será da seguinte forma: Você responderá a instrumentos para avaliação da saúde emocional materna e a protocolos sobre a percepção sobre a internação do bebê.

Informamos que não haverá quaisquer riscos para você ou seu bebê. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e futuras publicações garantindo o mais absoluto sigilo e confidencialidade dos seus dados e do seu filho, de modo a preservar a sua identidade. Os dados obtidos serão sempre utilizados junto com dados de outros bebês.

O benefício esperado é a produção de conhecimento para orientar possíveis intervenções posteriores que auxiliarão no desempenho da maternidade e no desenvolvimento de bebês. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite mais esclarecimentos, pode nos contatar através do e-mail: olgarolim@fc.unesp.br

Eu _____ declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof^a Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

_____ Data: _____

Assinatura

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

(Telefone/e-mail): 14 31036090 / olgarolim@fc.unesp.br

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**Dados da mãe:**

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Natural de: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Estado Civil: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

Dados do bebê:

Nome: _____

Data do nascimento: _____ Sexo: _____

Idade Gestacional: _____ Peso: _____ Altura: _____

Apgar 1 minuto: _____ Apgar 5 minutos: _____

Número de filhos: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais

Ordem de nascimento do bebê _____

Saúde da mãe durante a Gestação: _____

Doenças: _____

Tratamento: _____

Internação(motivo): _____ Duração: _____

Ameaças de aborto: () Não () Sim. Providências: _____

A gravidez foi planejada: () Sim () Não.

Caso não: qual foi a sua reação: _____

Apresentou outros problemas durante a gravidez: ()Sim ()Não

Quais: _____

Condições do nascimento:

Tipo de parto: ()Natural ()Natural com Fórceps ()Cesárea

Caso cesárea, foi marcada antecipadamente? ()Sim ()Não

Houve problemas durante o parto? ()Sim ()Não

Quais: _____

Necessidade de manobras de reanimação: ()Sim ()Não

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (*PERCEIVED STRESS SCALE – PSS - 14*)

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0= nunca

1= quase nunca

2= às vezes

3= quase sempre

4= sempre

Neste último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

ANEXO 2 – ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a situação do seu bebê, neste momento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema do seu bebê, no momento atual.

Veja um exemplo: **Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde**

1	2	3	4	5
Eu nunca faço	Eu faço isso um	Eu faço isso às	Eu faço isso muito	Eu faço isso

No exemplo acima, você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o problema do seu bebê. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco. Muito obrigado pela sua participação!

Nome: _____ Data: _____

_____/____/____

1	2	3	4	5
Eu nunca faço	Eu faço isso um	Eu faço isso às	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2. Eu me culpo.	1	2	3	4	5
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1	2	3	4	5
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
5. Procuro um culpado para a situação.	1	2	3	4	5
6. Espero que um milagre aconteça.	1	2	3	4	5
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	1	2	3	4	5
8. Eu rezo/ oro.	1	2	3	4	5
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.	1	2	3	4	5
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.	1	2	3	4	5
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	1	2	3	4	5
13. Desconto em outras pessoas.	1	2	3	4	5
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1	2	3	4	5
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	1	2	3	4	5
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1	2	3	4	5
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	1	2	3	4	5
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	1	2	3	4	5
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	1	2	3	4	5
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	1	2	3	4	5
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	1	2	3	4	5
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	1	2	3	4	5
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem-sucedido.	1	2	3	4	5
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1	2	3	4	5
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.	1	2	3	4	5
27. Tento esquecer o problema todo.	1	2	3	4	5
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
29. Eu culpo os outros.	1	2	3	4	5
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4	5
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.	1	2	3	4	5
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
34. Procuro me afastar das pessoas em geral.	1	2	3	4	5
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	1	2	3	4	5

36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5
37. Descubro quem mais é ou foi responsável.	1	2	3	4	5
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	1	2	3	4	5
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	1	2	3	4	5
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	1	2	3	4	5
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	1	2	3	4	5
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	1	2	3	4	5
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	1	2	3	4	5
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com seu problema de saúde?

ANEXO 3 – ESCALA DE APOIO SOCIAL

Perguntas do bloco de rede social

D1 – Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta.)

__parentes; () nenhum

D2 - Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta.)

__amigos; () nenhum

D3 – Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, Vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

() sim () não

() mais de uma vez por semana () uma vez por semana () 2 a 3 vezes por semana; ()

Algumas vezes no ano () uma vez no ano

D4 – Nos últimos 12 meses, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

() sim () não

() mais de uma vez por semana () uma vez por semana () 2 a 3 vezes por semana; ()

Algumas vezes no ano () uma vez no ano

D5 – Nos últimos 12 meses, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?

() mais de uma vez por semana () uma vez por semana () 2 a 3 vezes por semana; ()

Algumas vezes no ano () uma vez no ano

Perguntas do bloco de apoio social

Se você precisar...com que frequência conta com alguém

D6 – que o ajude, se ficar de cama?

()nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

D7 – para lhe ouvir, quando você precisa falar?

()nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

D8 – para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?

()nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

D9 – para levá-la ao médico?

()nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

D10 – que demonstre amor e afeto por você?

()nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

D11 – para se divertir junto?

()nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

D12 – para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?

()nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

D13 – em quem confiar ou para falar de você sobre seus problemas?

()nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

D14 – que lhe dê um abraço?

()nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

D15 – com quem relaxar?

()nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

D16 – para preparar suas refeições, se você ficar doente?

()nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

D17 – de quem você realmente quer conselhos?

☐ nunca; ☐ raramente; ☐ às vezes; ☐ quase sempre; ☐ sempre

D18 – com quem distrair a cabeça?

☐ nunca; ☐ raramente; ☐ às vezes; ☐ quase sempre; ☐ sempre

D19 – para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?

☐ nunca; ☐ raramente; ☐ às vezes; ☐ quase sempre; ☐ sempre

D20 – para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

☐ nunca; ☐ raramente; ☐ às vezes; ☐ quase sempre; ☐ sempre

D21 – para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?

☐ nunca; ☐ raramente; ☐ às vezes; ☐ quase sempre; ☐ sempre

D22 – com quem fazer coisas agradáveis?

☐ nunca; ☐ raramente; ☐ às vezes; ☐ quase sempre; ☐ sempre

D23 – que compreenda seus problemas?

☐ nunca; ☐ raramente; ☐ às vezes; ☐ quase sempre; ☐ sempre

D24 – que você ame e que faça você se sentir querido?

☐ nunca; ☐ raramente; ☐ às vezes; ☐ quase sempre; ☐ sempre