



Bebês de risco: a caracterização psicossocial das mães e as possibilidades de intervenções psicológicas

**Alice Maggi
Helen Dalla Santa Prux
Yáskara Arrial Palma**

Resumo: O estudo caracteriza as mães de bebês de risco internados numa unidade de terapia intensiva, detectando medidas de ansiedade e de depressão e apreendendo suas concepções e sentimentos frente ao momento atual, envolvendo os cuidados com o bebê e a rede de apoio social existente. Participaram do estudo 22 mães, com idade entre 16 e 40 anos. Foram utilizados como instrumentos os Inventários de Ansiedade Traço-Estado e de Depressão de Beck e uma entrevista semidirigida. Os resultados apontaram associações significativas quanto à depressão e ansiedade-traço e ansiedade-estado e ansiedade-traço. As elevadas frequências das categorias que revelavam rede de apoio e conhecimento suficiente do tratamento indicam possibilidades de proteção em resposta ao risco. Conclui-se pela indicação de que tal caracterização seja contemplada nas intervenções planejadas pelas equipes de saúde.

Palavras-chave: Bebê de risco, ansiedade, depressão.

Risk babies: Psicossocial characterization of the mothers and the possibilities of psychological interventions

Abstract: The study characterizes mothers of risk babies interned in a unit of intensive therapy, detecting measured of anxiety and depression and apprehending its conceptions and feelings front to the current moment, involving the cares with the baby and the net of existing social support. 22 mothers took part in the study, ages varying between 16 and 40 years. Most babies were in hospital for being premature and having other complications associated or not to prematurity, which characterized risk and intensive care. The State-Trait Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory had been used as instruments and a half-directed interview. The results pointed to significant associations as to depression and anxiety-trait and anxiety-state and anxiety-trait, interpreted as belonging to risk. The high frequency of categories revealing a support network and knowledge enough about the treatment points out to possibilities of protection.

Keywords: Risk babies mothers, anxiety, depression.

Introdução

A prática da psicologia nos hospitais tem privilegiado as unidades intensivas como foco principal de trabalho, na medida em que lidam com situações limite, de risco e de fortes repercussões na vida de todos os envolvidos. Quanto à clientela atendida, as unidades intensivas neonatais incluem bebês em várias circunstâncias consideradas de risco, tanto vinculadas às condições do nascimento que incluem prematuridade, malformação entre outras complicações, como àquelas já antecipadas por ocasião do pré-natal. Nem sempre tem sido a prematuridade o foco exclusivo dos estudos nas unidades de tratamento intensivo neonatais. Fustiñana e Ruiz (2002), por exemplo, preferem denominar como práticas interdisciplinares em intervenções nas situações críticas em lugar de sinalizar

uma intervenção específica por diagnóstico do bebê. Os autores apresentam a articulação entre a equipe de diferentes profissionais em três situações consideradas críticas: o diagnóstico e prognóstico incerto acerca do estado clínico do bebê, a informação de uma malformação do bebê e, finalmente, a situação em que o bebê vai a óbito. Em todas as situações, os autores incluem as expectativas da família diante das rotinas do bebê de risco e a pertinência de uma equipe integrada.

O presente estudo objetiva caracterizar as mães de bebês de risco internados numa unidade de terapia intensiva de um hospital universitário, detectando medidas de ansiedade e de depressão e, também, apreendendo suas concepções e sentimentos frente ao momento atual, envolvendo os cuidados com o bebê e a rede de apoio social existente. Tal contexto pode gerar fatores de risco e/ou proteção aos bebês e às mães, uma vez que elas se constituem agentes fundamentais no acompanhamento e recuperação dos seus filhos, tanto no ambiente hospitalar como por ocasião do retorno ao lar (Azambuja, Bruno & Duarte, 2004; Cunha, 1991; Romano, 1994). Mesmo que esta investigação não contemple a implementação de intervenções, nesse momento, espera-se que os resultados permitam colaborar nessa direção.

A estratégia da pesquisa, portanto, consiste em avaliar as características psicossociais das mães, já que a própria literatura tem demonstrado tal relevância em ambas as direções, isto é, o risco do bebê ao nascer desencadeando reações específicas, como a depressão nas mães (Alfaya & Schermann, 2001, 2005) e também o contrário, algumas reações das mães gerando riscos ao bebê (Zucchi, 1999). Entre as repercussões da depressão da mãe no bebê, relatadas por Alfaya e Schermann (2001, 2005), merece destaque a interferência no estabelecimento das relações precoces entre a díade no que se refere à sensibilidade materna e à amamentação. Tais estudos podem ser compreendidos de maneira associada porque, de acordo com Guedeney e Lebovici (1999), os pais e mães dos bebês doentes ficam em estado de choque, na medida em que são tomados por sentimentos complexos que precisam ser administrados. Alertam os pesquisadores que as reações dos pais e mães são compatíveis com as feridas narcísicas expostas, e se manifestam pela verbalização de sentimentos de culpa, de irrealidade e da perda dos limites corporais, fundamentais de serem abordados caso seja planejada uma intervenção. Tais reações devem ser observadas e identificadas precocemente, evitando que a relação com o bebê fique prejudicada e que ocorram agravamentos no quadro de saúde de ambos.

Não se trata, absolutamente, de esgotar tal problemática como causa e efeito, mas, ao contrário, contribuir com tal caracterização para o conhecimento já produzido nessa área e, acima de tudo, para que tais situações no ambiente hospitalar sejam cada vez melhor conduzidas. Nesse sentido, justifica-se a opção por investigar não somente o nível de depressão da mãe, mas, igualmente, as manifestações de ansiedade e as narrativas diante do momento atual de risco do seu bebê.

Ao se falar em bebês de risco, é pertinente retomar o conceito de fatores de risco desenvolvido por Marcelli (1998). Conforme o autor, tais fatores se referem a todas as condições existenciais na criança ou em seu ambiente que provocam um risco de morbidade mental superior àquele observado na população geral, através dos estudos epidemiológicos. Podem se manifestar na criança pela prematuridade, pelo sofrimento neonatal, pela condição gemelar, por alguma patologia somática precoce e ainda quando

é submetida a separações precoces. Essas variáveis não são independentes umas das outras e, geralmente, se potencializam com efeitos cumulativos como, por exemplo, prematuridade e miséria sócio-econômica. Logo, a natureza da situação patogênica é variável, podendo-se distinguir dos acontecimentos pontuais e determináveis e das situações crônicas e duradouras.

Ainda seguindo o conceito de risco, mas não somente do estado do bebê, convém lembrar as contribuições de Monset-Couchard, Bethmann e Kastler (1996). Conforme suas pesquisas, as fragilidades das mães e de outros cuidadores se incluem no denominado risco ambiental. Num estudo longitudinal, com 89 bebês prematuros eles evidenciaram que fatores socioeconômico e cultural têm uma repercussão mais negativa na saúde do bebê, se comparados com outros sem intercorrências por ocasião do nascimento, na medida em que são imprescindíveis a adesão e cooperação dos cuidadores no manejo das situações cotidianas com esses bebês, tanto no ambiente hospitalar como no caso de necessitarem de uma ampliação no cuidado, por ocasião da alta, e serem incluídos em programas de acompanhamento ao desenvolvimento infantil.

A maioria dos estudos revisados focaliza os bebês prematuros (Linhares, Carvalho, Bordin & Jorge, 1999; Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte & Martinez, 2004). Entretanto alguns deles chamaram a atenção para o denominado bebê de risco ou ainda doente (Rodrigues, 2003; Viana, Guimarães, Maia, Ramos & Mendes, 2005), principalmente, porque vislumbram as possibilidades de intervenção da psicologia junto às equipes de saúde. As temáticas do risco e da proteção associam-se aos conceitos de vulnerabilidade e resiliência desenvolvidos nas abordagens de Masten e Coatsworth (1995), Haggerty, Sherrod, Garmezy e Rutter (1996).

Entende-se, portanto, risco e vulnerabilidade não, unicamente, pela condição orgânica do bebê, mas também, por outros múltiplos aspectos inseridos no contexto do nascimento (Linhares & cols, 1999; Padovani & cols, 2004). Em sendo assim, optou-se por avaliar as condições da mãe quanto à ansiedade e depressão bem como às suas narrativas no momento atual relativo ao nascimento do bebê em condição de risco, uma vez que a maioria dos estudos revisados focaliza no tema da prematuridade dos bebês ou na depressão das mães. Do ponto de vista de atenção à saúde, a condição de prematuridade ou outras complicações neonatais, que exigem a hospitalização numa unidade de cuidados complexos, se inclui nas recomendações para programas de prevenção seletiva, na medida em que a abordagem concentra-se na contenção ou reversão do dano (Tavares, 2005). Para Tavares (2005), orientar as abordagens para grupos específicos, identificando precocemente as fragilidades psíquicas dos indivíduos, constitui-se numa alternativa para o trabalho no âmbito da prevenção e do controle de riscos quando se aborda a saúde mental.

Em sendo assim, justificam-se estudos dessa natureza porque sinalizam possíveis aplicações das constatações produzidas pela investigação, a partir da identificação das potencialidades e fragilidades que podem se constituir, respectivamente, em proteção ou potencialização da situação de risco e vulnerabilidade. Estima-se que os resultados, articulados com os pilares teóricos da psicologia pediátrica (Pedromônico, 2002) e da psicopatologia do desenvolvimento, no contexto da saúde, contribuam para aproximar a pesquisa da assistência em psicologia, integrando as ações desenvolvidas no âmbito das equipes diretamente envolvidas.

Método

Participantes

Participaram do estudo 22 mães, cujas idades variaram entre 16 e 40 anos, sendo a idade mediana de 26,50 (M=25,91, DP=7,6). As idades dos bebês variaram entre 7 e 75 dias, sendo a idade mediana 26,5 (M=31,86, DP=19,05). A maioria dos bebês estava internada por prematuridade – idade e/ou peso – (16 – 72,7%) bem como outras complicações, associadas ou não a prematuridade, como infecções e outras situações que exigiam cuidados intensivos ao nascer. Todas as entrevistadas eram as mães biológicas dos bebês internados na UTI, sendo utilizada como critério de exclusão a condição de mãe adotiva e também de bebês gêmeos. Utilizou-se como critério de inclusão o bebê estar internado há, no mínimo, dois dias, evitando-se abordar a mãe nos momentos imediatamente após a internação na UTI, quando a família e a mãe, em especial, ocupavam-se de uma série de preocupações que demandam orientações e cuidados. Não foi adotado um limite máximo de tempo de internação dos bebês para a mãe ser avaliada. Foram identificadas 151 mães, ao longo do projeto de pesquisa, que, potencialmente, poderiam participar do estudo. Entretanto, nem sempre coincidiam os horários disponíveis para a coleta dos dados e os das visitas das mães aos seus bebês no hospital, razão pela qual esse número não se refere ao de total de participantes. Por isso, das 151 mães identificadas, 25 foram abordadas e convidadas a participarem do estudo. Ou seja, entre a identificação da participante e a possibilidade de abordá-la havia intercorrências como, por exemplo, o espaçamento das visitas pela mãe, o óbito do bebê e a limitação de tempo da pesquisadora em estar no ambiente hospitalar. O hospital localiza-se numa cidade de porte médio e é referência para os municípios da região, razão pela qual é bastante frequente o deslocamento dos pacientes oriundos de cidades vizinhas. Por ocasião do convite para se incluírem no estudo, as participantes manifestaram sua disponibilidade pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A recusa em participar por três das mães convidadas justificou-se pelo fato de algumas delas residirem em cidades vizinhas e, por isso mesmo, dependerem de horários de transporte ou, ainda, pelo fato de preferirem ficar todo o tempo da visita em contato com seu bebê. Cada uma das participantes respondeu a entrevista e aos testes, individualmente, em uma única sessão numa sala apropriada para esse fim. A Tabela 1 ilustra a caracterização das participantes.

Tabela 1 – Frequências e percentuais das características das participantes (n=22)

Característica	n	%
Escolaridade		
Fundamental incompleto	13	59,1
Fundamental completo	3	13,6
Médio incompleto	3	13,6
Médio completo	3	13,6
Primípara 9 (40,9)	9	40,9
Múltipara 13 (59,1)	13	59,1
Família		
Nuclear 12 (54,5)	12	54,5
Extensiva 10 (45,4)	10	45,4

Instrumentos

Foram utilizados como instrumentos os Inventários de Ansiedade Traço-Estado (Biaggio & Natalício, 1979) e de Depressão de Beck (Cunha, 2001). Foi também aplicada uma entrevista semidirigida desenvolvida por uma das autoras, abordando desde as condições da gravidez até o momento atual, quando do acompanhamento do bebê na UTI, a rede de apoio social como visitas de familiares, amigos e a própria relação com a equipe de saúde do hospital, traduzidas em perguntas exemplificadas por: “Como você está vendo este momento em relação à vida familiar e aos cuidados com o bebê? Gostaria que você descrevesse o momento atual do tratamento do seu bebê no hospital”. Os relatos das entrevistas, gravadas e transcritas, foram submetidos à análise de conteúdo (Bardin, 1977), com a identificação das unidades de sentido, os temas concorrentes, formatando-se uma estrutura, que contemplou as questões da entrevista, os objetivos do estudo e, principalmente, as indicações da literatura científica desse campo de conhecimento psicológico.

Delimitação e procedimentos de coleta e análise dos dados

O estudo apresenta um delineamento misto – quantitativo e qualitativo –, com a utilização de diferentes instrumentos de coleta de dados seguindo as recomendações de Branco e Rocha (1998) e Günther (2006) quanto aos impasses da pesquisa quantitativa e qualitativa. Conforme salienta Aylward (2002), o relato verbal materno, coletado em um contexto de entrevista, pode fornecer à mãe a oportunidade de expressar verbalmente seus sentimentos, suas angústias e dificuldades em relação ao nascimento de um(a) filho(a), ampliando a compreensão proporcionada pelos instrumentos psicométricos. Após a aprovação do projeto pelos responsáveis do Hospital, incluindo as recomendações éticas, para a realização do estudo, as mães foram identificadas e devidamente convidadas a participarem. A identificação foi realizada por indicação da Psicóloga que acompanha a unidade por meio das reuniões semanais da equipe. Os dados obtidos foram analisados quantitativa e qualitativamente comparando as variáveis que indicam circunstâncias pessoais – ansiedade e depressão – e sócio-demográficas das participantes, por meio dos resultados dos testes e das categorias relativas à entrevista. Foram privilegiadas as diferenças detectadas na comparação entre as variáveis com nível de significância $< 0,05$ com intervalo de confiança a 99%. Os testes de qui-quadrado e exato de Fischer foram aplicados para mensurar as diferenças entre as medidas definidas para o estudo.

Resultados e discussão

Considerando os objetivos do estudo, quanto às características psicossociais das mães dos bebês de risco, apresentam-se, a seguir, os resultados das participantes nos testes (Tabelas 2, 3 e 4) e na entrevista (Tabela 5), devidamente articulados com os aportes teóricos. Foram classificados como resultados compatíveis com sintomas clínicos aqueles em que o IDATE (Biaggio & Natalício, 1979) foi igual ou maior que 75 e o BECK (Cunha, 2001) maior ou igual a 15, de acordo com a recomendação de Padovani e cols (2004), em estudo sobre tal temática e dos manuais dos respectivos instrumentos de avaliação.

Tabela 2 – Frequências e percentuais de sintomas clínicos de ansiedade e depressão das mães (n=22)

Sintomas	N	%
Ansiedade-estado	16	72,7%
Ansiedade-traço	10	45,4%
Disforia ou depressão	6	27,3%

Tabela 3 – Associações entre sintomas clínicos de ansiedade e depressão das mães (n=22)

Sintomas	Teste de Fisher	Valor de p
Depressão e Ansiedade-Estado	0,079	p > 0,005
Depressão e Ansiedade-Traço	0,003	P< 0,005
Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço	0,015	P< 0,005

Tabela 4 – Frequências e percentuais dos níveis de depressão nas participantes (n=22)

Nível	n	%
Mínimo	15	68,2
Leve	3	13,6
Moderado	3	13,6
Grave	1	4,5

Os resultados indicaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis depressão e ansiedade-traço e entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, embora, isoladamente, evidenciou-se uma frequência mais elevada na ansiedade-estado quando comparada com a ansiedade-traço. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é composto por duas escalas que medem dois conceitos de ansiedade, a ansiedade-estado e a ansiedade-traço. Elas se diferenciam no momento que a ansiedade-estado é a ansiedade que ocorre momentaneamente, de forma transitória, ocorre somente em situações particulares devido a uma tensão associada com o aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. Já a ansiedade-traço se caracteriza por uma característica do indivíduo, é relativamente constante e não costuma sofrer alterações (Baptista, Baptista & Torres, 2006; Faisal-Cury & Menezes, 2006). Nos indicadores de depressão, as participantes apresentaram uma distribuição preferencial entre os níveis leve e mínimo, muito embora fossem identificados casos nos níveis moderado e grave com menor frequência. Coutinho e Coutinho (1999) afirmaram que a depressão pós-parto destaca-se pela sua considerável incidência e pelas evidências de sua associação com distúrbios na capacidade cognitiva e no desenvolvimento emocional dos filhos envolvidos. Estudos epidemiológicos demonstram uma incidência de 10 a 15% da depressão pós-parto, sendo maior o risco de ocorrer distúrbios psiquiátricos nesse período do que em qualquer outra fase da vida da mulher.

A eleição do instrumental mostrou-se apropriada na medida em que o IDATE revelou o nível de ansiedade das participantes, diferindo o que é estado – correspondente a uma situação atual e reativa – e o que é traço – correspondente a algo mais permanente no indivíduo – enquanto que a escala BDI situou a medida da intensidade da depressão. O uso associado de ambas as medidas enriqueceu o estudo como um todo e, também, o atendimento clínico oferecido na instituição hospitalar, uma vez que a depressão e ansiedade muitas vezes coincidem ou se alternam nos quadros identificados. Destaca-se,

a propósito do encaminhamento das mães, que uma delas foi reconhecida com elevado resultado na escala de depressão somente a partir de sua participação neste estudo, razão pela qual a testagem mostrou-se sensível a aspectos nem sempre perceptíveis na rotina hospitalar e nas observações das equipes que se revezam nos diversos turnos de trabalho. A estrutura das categorias apresenta-se detalhada na tabela 5 e na sequência acompanhada de exemplos.

Tabela 5 – Frequências e percentuais das categorias da Análise de Conteúdo das entrevistas (n=22)

Temas	Categorias	n	%
I. Momento da hospitalização	1. Enfrentamento positivo	5	22,7
	2. Estados subjetivos (sentimentos e emoções) positivos	10	45,45
	3. Estados subjetivos (sentimentos e emoções) negativos	5	22,7
	4. Hábitos e práticas maternas alterados	2	9,1
II. Gravidez	5. Circunstâncias favoráveis	11	50
	6. Circunstâncias desfavoráveis	11	50
III. Acompanhamento do bebê na UTIN	7. Interação favorável	21	95,45
	8. Interação desfavorável	1	4,54
IV. Rede de apoio social	9. Família – apoio e proteção	18	81,8
	10. Família (ausência, oscilações e ambivalências)	4	18,2
	11. Amigos – Presença de apoio	15	68,2
	12. Amigos – Ausência de referências	7	31,8
	13. Hospital – Presença de apoio	20	90,9
V. Tratamento do bebê	14. Hospital – Ausência de referências	2	9,1
	15. Conhecimento apropriado	15	68,2
VI. Comentários espontâneos	16. Conhecimento insuficiente	7	31,8
	17. Referências de satisfação	18	81,8
	18. Referências de insatisfação	4	18,2

Estrutura geral das categorias

Tema I – Momento da hospitalização – Categorias:

1. Enfrentamento positivo P5 – “(...) a única coisa que eu estou sentindo tristeza é que eu queria levar ele pra casa, eu vejo que é melhor pra ele, que ele precisa ficar aqui (...)”. **2. Estados subjetivos (sentimentos e emoções) positivos** P12 – “(...) depois começou a melhora um pouco, porque o nenê melhorou aí eu fiquei mais tranquila né, mas no começo foi bem difícil”. **3. Estados subjetivos (sentimentos e emoções) negativos** P14 – “A gente se sente nervosa, porque a gente nunca não sabe se tá bem ou se tá mal, (...)”. **4. Hábitos e práticas maternas alterados** P18 – “(...) mas está sendo pesado para mim, como eu tenho as outras em casa, aí fica meio difícil para eu estar todo dia aqui, se dividir”.

Tema II – Gravidez – Categorias:

5. Circunstâncias favoráveis: P9 – “(...) estava ótima a gravidez, os exames tudo bem, não tinha nada, foi assim do dia pra noite. Tive infecção e tive que vim, consegui segurá ele um dia mas não deu mais(...)”. **6. Circunstâncias desfavoráveis:** P17 – “Até os quatro meses foi normal, depois começou a ficar pressão alta aí eu tive que começar a tomar remédio, só que daí ela não baixava mais, cada vez ela ficava mais alta, aí foi por isso, mais, que ela nasceu antes”.

Tema III – Acompanhamento do bebê na UTIN – Categorias:

7. Interação favorável P20 – “(...) eu fico ali o dia inteiro, dou mama para ela, cuidado, mudo, fico ali agradando”. **8. Interação desfavorável** P4 – “(...) antes eu nem encostava nele, muito pequeno, na primeira semana, mas eles deixavam abrir, encostar, passar a mão nele, só que eu não queria (...)”. **Tema IV – Rede de apoio social – Categorias:** **9. Família – apoio e proteção** P3 – “(...) financeira e apoio, eles me dão todo tipo de ajuda. E também assim eles me apoiam bastante em tudo o que eu quero fazer eles me apoiam, para vir sempre aqui, quando eu fico triste minha mãe e meu pai me consolam bastante (...)”. **10. Família – ausência, oscilações e ambivalências** P19 – “(...) da minha família não. Só eu e meu marido (...)”. **11. Amigos – presença de apoio** P21 – “(...) até nesse ponto eu achei muito interessante porque o pessoal se preocupa, quantos que ligam para saber o que aconteceu com o nenê, até mesmo iam lá em casa me visitar (...)”. **12. Amigos – ausência de referências** P19 – “(...) é difícil, onde eu moro são todos pobre para te falar a verdade, é um bairro onde cada um trabalha para ter sua vida, cada um trabalha para si (...)”. **13. Hospital – presença de apoio** P9 – “(...) eles tão me ajudando muito, qualquer coisa que eu precise aqui eu tenho aqui (...)”. **14. Hospital – ausência de referências** P19 – “(...) acho que não, só que cuidam bem da F. Isso é mais importante que receber ajuda. Para mim tá ótimo (...)”. **Tema V – Tratamento do bebê – Categorias:** **15. Conhecimento apropriado** P1 – “(...) eu só sei que ele toma antibiótico de 8 em 8 horas, primeiro era um, daí eles foram fazer o exame de novo e os números não abaixaram, aí eles trocaram o antibiótico, daí por isso que ele tem que ficar até domingo, senão já tinha terminado o antibiótico na quinta-feira, mas deve te melhorado porque o guri, eu sinto que está agora mais forte (...)”. **16. Conhecimento insuficiente** P6 – “(...) não tá tomando remédio mais nenhum, nada, só em observação, esperando um resultado que não sei o nome do que é, que a neurologista vem olhar sabe. Não porque não me informaram, mas sim porque eu não sei falar. E daí então, só esperando o resultado (...)”.

Tema VI – Comentários espontâneos – Categorias:

17. Referências de satisfação P16 – “(...) está ótimo, eu gostei, é a primeira vez que eu vim aqui neste hospital, eu adorei, eu precisei e eles me ajudaram, eu gostei. Eu fui tratada bem, porque lá na minha cidade eu não gostei (...) e aqui é diferente (...)”. **18. Referências de insatisfação** P8 – “Uma coisa que podia melhorar aqui nesse hospital é não precisar ter tanta incomodação que nem tem agora, por exemplo, só no caso do meu filho, ter que correr todo esse processo que não tem nada a ver, nada a ver, e melhorar nos aspectos das assistentes sociais, que não está correndo certo como eu queria né, devido,

através do juizado. Como eu sou Menor, tudo bem até aceito, só que eu não quero entregar meu filho, e eles queriam minha mãe para pegar a guarda do nenê e eu não entendi até agora porque disso”.

Os resultados aproximam-se dos achados de Linhares e cols (1999), em que os conteúdos verbais das mães foram a preocupação com a sobrevivência e com a separação do bebê, a impotência de desempenhar o papel da mãe, alívio/esperança em relação à sobrevivência, desejo da alta hospitalar, culpa relativa a condições adversas antecedentes ao nascimento, problemas pessoais da mãe, alívio quanto às condições de saúde e desenvolvimento e frustração de suas expectativas em relação ao bebê. Igualmente os conteúdos das narrativas se aproximam da descrição de Marcelli (1998), isto é, quando a criança nasce num contexto de urgência e drama, privando a mãe da preparação e entendimento psicológicos do fim da gravidez, a mãe sente-se ferida no seu narcisismo, a culpa e vergonha podem dar origem a reações particulares. O medo de tocar, a dependência excessiva em relação aos médicos e às enfermeiras, a inabilidade comportamental, temor de voltar para casa, aparecem na relação mãe-filho.

Nas entrevistas, se mesclam em algumas categorias a dramaticidade do risco do bebê com a fragilidade das mães diante de situações do cotidiano, como estarem numa cidade que pouco conhecem e, mais ainda, diante de equipes que falam numa linguagem pouco compreensível para seus anos de escolaridade. A análise das entrevistas indicou a predominância de narrativas correspondentes a uma interação favorável com o bebê, apesar da condição de risco e hospitalização, bem como a presença de uma rede de apoio e proteção. Ressaltam-se, entretanto, situações de instabilidade e ambivalência diante do risco que pode representar um enfrentamento negativo do momento atual, possivelmente resultado da própria vivência desfavorável ainda por ocasião da gravidez.

O estudo permitiu conhecer a situação que envolve o nascimento de um bebê de risco, desde a concepção e sentimento das mães, ansiedade e depressão até a rede de apoio social identificada em todos os momentos do processo. Logo, o fato de os resultados terem apontado para associações significativas quanto à depressão e ansiedade-traço e ansiedade-estado e ansiedade traço podem ser interpretados como da ordem do risco. Por outro lado, a identificação de elevadas frequências justamente das categorias que revelavam rede de apoio e conhecimentos suficientes sobre o tratamento do bebê, por exemplo, indicam possibilidades de proteção tanto para elas, diretamente, como para os bebês de risco, objeto principal de sua atenção naquele momento. Quanto à particularidade de não terem sido encontradas outras associações significativas entre as demais variáveis incluídas neste estudo: sócio-demográficas e as categorias da análise de conteúdo, destaca-se que não se descarta a possibilidade de futura investigação envolvendo outro instrumental similar ou ainda a ampliação da amostra.

No que se refere às características das mães, quanto à escolaridade, torna-se pertinente comparar os resultados obtidos com outros realizados na mesma instituição hospitalar que focalizava a mortalidade infantil neonatal (Araújo, 2003; Araújo, Bozzetti & Tanaka, 2000). Isso porque no referido estudo, foram identificadas nas mães condições de analfabetismo (2,4%) e idade compatível com adolescência (19%). Ou seja, os resultados das variáveis socioeconômicas e educacionais das mães foram motivos para que Araújo e cols. (2000) alertassem para a necessidade do suporte psicossocial no enfrentamento dessa grave situação.

Os resultados, contudo, não devem ser analisados isoladamente, mas no contexto e, principalmente, na repercussão que pode adquirir em relação ao cuidado com o bebê. Motta, Lucion e Manfro (2005) alertam que a mãe deprimida frequentemente tem um padrão de cuidado do bebê não suficientemente bom, principalmente quando a depressão se estende por vários meses. Nesse sentido, para além de mensurar, há que se acompanhar a evolução da situação a fim de garantir o cuidado apropriado. Conforme Brum e Schermann (2004), as mães de bebês de risco deveriam receber apoio da equipe e familiares em relação ao luto que deverá ser feito pela prematuridade do filho. Esse procedimento amenizaria o trauma em que a díade se encontra e a capacitaria para um apego seguro no filho. A ampliação da rede de apoio favoreceria a díade e preveniria o surgimento de transtornos gerais do desenvolvimento.

Kaplan e Madison (citado por Klaus & Kennell, 1992) também enfocaram as reações das mães ao nascimento de um bebê prematuro, sob o ponto de vista de uma reação aguda ao trauma, em vez da perspectiva de um processo patológico em andamento. Eles reconheceram que as reações a um evento estressante, tal como o nascimento de um bebê prematuro, podiam ser intensamente condicionadas por fatores de personalidade previamente existentes, mostrando a possibilidade da ocorrência desses sentimentos em função exclusiva da gravidez.

Especificamente em relação às condições de risco, Maldonado (2002) descreve a depressão pós-parto com tendência a ser mais intensa quando há uma quebra muito grande da expectativa em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida que se estabelece com a presença do filho. Independente da condição de risco do bebê, Soifer (1980) afirmou que, ocorrido o parto, as ansiedades de confusão vividas em seu transcurso tendem a se resolver através dos mecanismos maníacos, que buscam nas atitudes das pessoas que cercam a puérpera um ensejo para os devaneios de reverência e homenagem. Felice (2000) abordou o puerpério e seus psicodinamismos entrevistando e testando um grupo específico de puérperas e constatou que algumas delas depararam-se com sentimentos ambíguos nesse período, que podem ser observados desde o período da gestação ou até mesmo no pós-parto.

A caracterização das mães viabilizada pelo presente estudo corresponde à descrição de Kotliarenco e Lecannelier (2004) quando sinalizam a possibilidade de um trabalho psicológico que elabore a frustração e apreensão diante de um filho em risco. Isso porque tais situações do nascimento carregam consigo tanto o imprevisto quanto o anunciado, se for considerado o conhecimento de tal risco ainda por ocasião do pré-natal. Isso porque metade das participantes verbalizou circunstâncias desfavoráveis desde o período da gravidez acenando para uma provável preparação a algo que não iria tão bem. Conclui-se, então, pela necessidade de tais grupos continuarem a ser investigados, tanto do ponto de vista descritivo como também na perspectiva de resultados de intervenções psicológicas, seja no ambiente hospitalar ou no acompanhamento por ocasião da alta hospitalar. Isso porque as mães dos bebês de risco, mesmo portadoras de fragilidades no que se refere à ansiedade e depressão podem se revelar cuidadoras em potencial, oferecendo proteção ao risco de seu bebê, revelado por ocasião do nascimento, ou mesmo antes. O presente estudo atingiu os objetivos desejados por ocasião da elaboração, apesar de eventuais limitações presentes no processo de investigação, como a dificuldade na composição

da amostra reduzindo o total de participantes no tempo planejado. De qualquer modo, conhecer da melhor forma possível as condições das mães em oferecer proteção aos riscos de seus bebês pode ser uma alternativa de integrar, com agilidade, os achados das pesquisas às rotinas de assistência da instituição hospitalar, bem como na rede de assistência da cidade e da região. Espera-se que os resultados sigam contribuindo no aprimoramento da assistência incluindo, por exemplo, a ampliação da amostra às outras instituições da cidade e da região identificando potencialidades e fragilidades das mães dos bebês de risco. O fato do hospital em que foi realizado o estudo ser uma referência na área da saúde materno-infantil na região viabiliza o encaminhamento dos casos para acompanhamento na própria estrutura da Universidade em que um ambulatório-escola atende justamente os bebês de risco egressos da UTI. Dessa forma, ressalta-se uma vez mais a relevância de estudos desta natureza que integrem a investigação, o ensino e a assistência, viabilizando patamares mais elevados na qualidade de vida da população. O estudo concentrou-se, exclusivamente, na abordagem das participantes no ambiente hospitalar focalizando as medidas de ansiedade e depressão e o relato das mães diante do apoio recebido pela família diante da condição de risco de seu bebê, não sendo possível, então, averiguar com mais profundidade a qualidade do apoio recebido. O fato delas verbalizarem a percepção de estarem recebendo tal apoio deve ser valorizado já que pode indicar, num primeiro momento, resultados compatíveis com situações de resiliência, ou seja, a situação de risco do bebê poderia ter provocado índices mais elevados e graves de depressão. Portanto, supõe-se a existência de competência das próprias mães em dar conta da situação atual, ao menos naquele momento da hospitalização. Felizmente, elas não são tantas quantas se suporiam, mas nem por isso devem ser menos acompanhadas. Até porque persiste, em alguns dos casos estudados, a falta de recursos para um pré-natal, uma rede social e de saúde escassa e débil que coloca permanentemente em risco todos os envolvidos. Logo, o fato dos indicadores de depressão e ansiedade não serem tão elevados quanto se poderiam supor, devem ser analisados com muita cautela. De acordo com Lindström (2001), dentro de uma perspectiva humanista do desenvolvimento humano e da saúde pública, é necessário levar em conta os assuntos que envolvem ética, equidade, ambientes humanos sustentáveis e equilíbrio ecológico, em vez de indivíduos fortes e competitivos.

Referências

- Alfaya, C., & Schermann, L. (2001). Depressão materna em mães de recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. *PSICO, 1*(32), 115-129.
- Alfaya, C., & Schermann, L. (2005). Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. *Estudos de Psicologia, 10*(2), 279-285.
- Araújo, B. F. (2003). Prematuridade: perspectiva atual. *Revista de Ciências Médicas, 1*(2), 9-15.
- Araújo, B. F., Bozzetti, M.C., & Tanaka, A. C. A. (2000). Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. *Jornal de Pediatria, 76*(3), 200-206.
- Aylward, G. P. (2002). Methodological issues in outcome of at-risk infants. *Society of Pediatric Psychology, 27*(1), 37-45.

- Azambuja, M. R. F., Bruno, M. V., & Duarte, D. (2004). *Infância em família: um compromisso de todos*. Porto Alegre: Instituto Brasileiro de Direito de Família.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade entre gestantes. *PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora 70.
- Biaggio, A. M. B., & Natalício, L. F. (1979). *Inventário de ansiedade traço-estado – IDATE*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Branco, A., & Rocha, R. F. (1998). Investigação científica do desenvolvimento humano. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14(3), 251-258.
- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência e Saúde coletiva*, 9(2), 457-467.
- Coutinho, T., & Coutinho, C. (1999). Depressão pós-parto. *Femina*, 27(7), 571-577.
- Cunha, I. da C. (1991). *Treinamento perinatal*. Porto Alegre: Sagra.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2(3), 171-178.
- Felice, E. M. (2000). *A psicodinâmica do puerpério*. São Paulo: Vetor.
- Fustiñana, C., & Ruiz, A. L. (2002). Situaciones críticas en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Em: E. Beker, M. C. Beltrón & A. B. Besozzi (Orgs.), *Intervenciones en situaciones críticas: prácticas interdisciplinarias* (Vol. 1), (pp.129-149). Buenos Aires: Catálogos.
- Guedeney, A., & Lebovici, S. (1999). *Intervenções psicoterápicas pais/bebês*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Série: Textos de Psicologia Ambiental*, 7, 1-10.
- Haggerty, R., Sherrod, L., Garmezy, N., & Rutter, M. (1996). *Stress, risk and resilience in children and adolescents*. Cambridge: University Press.
- Klaus, M., & Kennell, J. (1992). *Pais/Bebê – a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kotliarenco, M. A., & Lecannelier, F. (2004). Resiliencia y coraje. El apego como mecanismo protetor. Em: A. Melillo, E. N. Suárez Ojeda & D. Rodríguez (Orgs.), *Resiliencia y subjetividad* (pp.). Buenos Aires: Paidós.
- Lindström, B. (2001). O significado da resiliência. *Adolescência Latinoamericana*, 2(3), 133-137.
- Linhares, M. B. L., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., & Jorge, S. M. (1999). Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento < 1500g: na UTI-neonatal e no seguimento longitudinal. *Temas em Psicologia*, 7(3), 245-262.
- Maldonado, M. (2002). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (16ª ed). São Paulo: Saraiva.

- Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. (5.ed). Porto Alegre: Artmed.
- Masten, A. S., & Coatsworth, D. (1995). Competence, resilience and psychopathology. Em: D. Cicchetti & D. Cohen (Orgs.), *Development and Psychopathology*. v. 2: *Risk, Disorder and Adaptation* (pp.715-752). New York: John Wiley & Sons.
- Monset-Couchard, M., Bethmann, O., & Kastler, B. (1996). Mid and long-term outcome of 89 premature infants weighing less than 1,000 g at birth, all appropriate for gestational age. *Biology of Neonate*, 70, 328- 338.
- Motta, M.G., Lucion, A. B., & Manfro, G. G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(2), 165-176.
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 251-254.
- Pedromônico, M. R. M. (2002). A investigação do desenvolvimento da criança: problemas e enfrentamentos. *Temas em Psicologia da SBP*, 10(2), 113-120.
- Rodrigues, O. M. P. R. (2003). Bebês de risco e sua família: o trabalho preventivo. *Temas em Psicologia da SBP*, 11(2) Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 07/2007.
- Romano, B. W. (1994). *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tavares, M. (2005). Prevenção, riscos, identificação precoce. *Ciência e Profissão – Diálogos*, 3, 51-53.
- Viana, V., Guimarães, H., Maia, T., Ramos, M., & Mendes, F. (2005). Apoio às mães em crise num serviço de neonatologia. *Psicologia, saúde e doenças*, 6(2), 119-130.
- Zucchi, M. (1999). Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos epistemológicos da investigação. *Caderno de Saúde Pública*, 15(1), 89-97.

Recebido em julho de 2008

Aceito em maio de 2009

Alice Maggi – Psicóloga; Doutora em Psicologia (PUCRS); Professora e pesquisadora do Departamento de Psicologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS).

Helen Dalla Santa Prux – Psicóloga egressa do Curso de Psicologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS).

Yáskara Arrial Palma – Psicóloga egressa do Curso de Psicologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS).

Endereço para contato: amaggi@ucs.br