


Ansiedade e depressão em mães de recém-nascidos internos em unidade de terapia intensiva

Anxiety and depression in mothers of newborns in intensive care units

Ansiedad y depresión en madres de recién nacidos en unidades de cuidados intensivos


Larissa Gouveia de Souza^a 

Viviane Cordeiro de Queiroz^b 

Smalyanna Sgren da Costa Andrade^c 

Edna Samara Ribeiro César^c 

Vilma Felipe Costa de Melo^c 

Simone Helena dos Santos Oliveira^d 

Como citar este artigo:

Souza LG, Queiroz VC, Andrade SSC, César ESR, Melo VFC, Oliveira SHS. Ansiedade e depressão em mães de recém-nascidos internos em unidade de terapia intensiva. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200388. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200388>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a classificação e fatores associados à ansiedade e/ou depressão em mães de recém-nascidos internos em unidade de terapia intensiva neonatal e elaborar o processo de enfermagem após teste psicológico.

Método: Pesquisa realizada com 91 mães de recém-nascidos internos em terapia intensiva de maternidade nordestina, por meio de formulário de caracterização e inventário de ansiedade e depressão de Beck.

Resultados: Maioria com ansiedade grave (93,4%) e depressão moderada (50,5%). Houve significância estatística entre ansiedade com gravidez planejada ($p=0,022$) e via de parto vaginal ($p=0,028$), bem como depressão com abortamento ($p=0,027$) e ventilação mecânica ($p=0,017$).

Conclusão: Via de parto, ocupação não remunerada, renda, adesão ao método canguru, suplementação, escolaridade, gravidez planejada, idade gestacional do nascimento e peso do neonato impactam na instabilidade emocional. O apoio social destaca-se como fator de proteção para sintomas de ansiedade e depressão.

Palavras-chave: Ansiedade. Depressão. Gestantes. Cuidados de enfermagem. Unidade de terapia intensiva neonatal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the classification and factors associated with anxiety and/or depression in mothers of newborns in a neonatal intensive care unit and elaborate the nursing process after psychological testing.

Method: A study conducted with 91 mothers of newborns in intensive care of northeastern maternity, through a Beck anxiety and depression characterization and inventory form.

Results: Majority with severe anxiety (93.4%) and moderate depression (50.5%). There was statistical significance between anxiety with planned pregnancy ($p=0.022$) and vaginal delivery route ($p=0.028$), as well as depression with abortion ($p=0.027$) and mechanical ventilation ($p=0.017$).

Conclusion: Route of delivery, unpaid occupation, income, kangaroo method adhering, supplementation, schooling, planned pregnancy, gestational age of birth and newborn weight impact emotional instability. Social support stands out as a protective factor for symptoms of anxiety and depression.

Keywords: Anxiety. Depression. Pregnant women. Nursing care. Intensive care units, neonatal.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la clasificación y los factores asociados a la ansiedad y/o depresión en madres de recién nacidos en una unidad de cuidados intensivos neonatales y elaborar el proceso de enfermería después de las pruebas psicológicas.

Método: Se realizó un estudio con 91 madres de recién nacidos en cuidados intensivos de maternidad nororiental, a través de un formulario de caracterización y un inventario de ansiedad y depresión de Beck.

Resultados: La mayoría con ansiedad severa (93,4%) y depresión moderada (50,5%). Hubo significación estadística entre la ansiedad con embarazo planificado ($p=0,022$) y la vía de parto vaginal ($p=0,028$), así como la depresión con aborto ($p=0,027$) y la ventilación mecánica ($p=0,017$).

Conclusión: La vía de parto, la ocupación no remunerada, los ingresos, la adhesión al método canguro, la suplementación, la escolarización, el embarazo planificado, la edad gestacional del nacimiento y el peso del recién nacido afectan la inestabilidad emocional. El apoyo social se destaca como factor protector de los síntomas de ansiedad y depresión.

Palabras clave: Ansiedad. Depresión. Mujeres embarazadas. Atención de enfermería. Unidad de cuidado intensivo neonatal.

^a Hospital Universitário Nova Esperança (HUNE). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^b Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^c Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^d Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências da Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Ansiedade e depressão são problemas de ordem emocional que se cruzam e cada um possui a sua peculiaridade. A ansiedade é vista como uma reação normal do corpo frente a uma zona de perigo, tornando-se um transtorno conforme a sua intensidade e frequência, podendo afetar o trabalho, o bem-estar e os seus relacionamentos pessoais. No caso da depressão, o sentimento duradouro é acompanhado pela presença constante de pensamentos negativos, culpa, medo e diminuição do prazer para atividade diária, necessitando de auxílio psicológico e psiquiátrico⁽¹⁾.

Fatores biológicos e ambientais podem desencadear ansiedade e/ou depressão na puérpera. Nesse contexto, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, enquanto área de assistência a recém-nascidos vulneráveis que necessitam de cuidados específicos e contínuos, pode ser um elemento desencadeador de sofrimento emocional⁽²⁾.

Não obstante, o tempo de internação hospitalar oportuniza ao recém-nascido uma exposição maior aos procedimentos necessários para sobrevivência, o que pode diminuir o contato com a mãe que pode se deparar com sofrimento psíquico diante da possibilidade de morbimortalidade infantil. Para tanto, 46% das mortes infantis ocorrem nos primeiros 28 dias de vida. Tendências prospectivas mostram que 60 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade morrerão entre 2017 a 2030, sendo metade delas recém-nascidos⁽³⁾. Em 2016 no Brasil, segundo relatório mais atualizado, a taxa de mortalidade neonatal foi de 14 a cada 1.000 nascidos vivos (14/1.000 NV)⁽⁴⁾. Na Paraíba, nesse mesmo ano, o coeficiente de mortalidade neonatal foi de 8,47 por 1.000 nascidos vivos (8,47/1.000 NV)⁽⁵⁾.

Para garantir uma cobertura de saúde e aumento da sobrevivência dos recém-nascidos, os serviços de saúde necessitam oferecer estratégias adequadas para atendimento satisfatório das crianças e suas famílias após o parto⁽⁶⁾. Sob esta ótica, a separação da mãe-filho ocasionada pela internação da criança em unidade de terapia intensiva neonatal é uma das maiores dificuldades dos serviços de saúde, porque esta experiência pode ser traumática da mãe e exercer influência negativa no comportamento interativo mãe-filho, desencadeando problemas de ordem emocional, como ansiedade e depressão nas mães e atrasos cognitivos no recém-nascido⁽¹⁾.

Nessa perspectiva, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste em ferramenta de cuidado fornecido dentro dos serviços de saúde, de forma individualizada, humanizada e responsável, que permite identificar e intervir em problemas emocionais, como ansiedade e depressão em mães de recém-nascidos internos em unidade de terapia intensiva⁽⁷⁾.

Assim, considerando o panorama da ansiedade, depressão e internações neonatais em nível nacional e mundial, a importância da unidade de terapia intensiva para aumento da sobrevivência de recém-nascidos, o impacto trazido às mães das crianças internas, e por fim, indicando a assistência de enfermagem como elemento relevante ao cuidado dos indivíduos em diversos setores, esta pesquisa possui as seguintes questões norteadoras: Mães de recém-nascidos apresentam ansiedade e/ou depressão decorrentes do processo de internação dos seus filhos em unidade de terapia intensiva? Quais os Diagnósticos de Enfermagem e possíveis intervenções voltadas às mães após aplicação de teste psicológico? Para tanto, objetivaram-se avaliar a classificação e fatores associados à ansiedade e/ou depressão em mães de recém-nascidos internos em unidade de terapia intensiva neonatal e elaborar o processo de enfermagem após teste psicológico.

■ MÉTODO

Estudo descritivo de corte transversal e abordagem quantitativa realizado no setor de terapia intensiva neonatal do Instituto Cândida Vargas (ICV), maternidade referência no atendimento de gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco e na Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Estado (IHAC), localizada na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

A população-alvo foi composta por 91 mães conforme os seguintes critérios de inclusão: mães com recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva durante o período em que a pesquisa transcorreu, com maioridade etária, independente da paridade e escolarização. A amostra foi calculada por meio da Amostragem Aleatória Simples (AAS) para amostra finita, com população anual atendida de 230 mães com seus filhos internos na unidade de terapia intensiva na referida maternidade⁽⁸⁾. O nível de confiança foi de 95%, com margem de erro de 5%, ou seja, $\alpha = 0,05$ ($z = 1,96$), $p = 0,08$ e perdas previstas de 0,2. A amostra probabilística foi calculada em 91 mães do ICV.

Para fins de elucidação do cálculo, o p é a proporção da variável-desfecho do estudo. Para proporções desconhecidas, admite-se o valor de 50%, ou seja, 0,5. Costuma-se empregar uma margem de erro entre 5% e 10%. Sobre o z , ele significa o percentil que reflete o grau de confiabilidade sobre o erro máximo. Para a área da saúde, costuma-se utilizar $\alpha = 0,05$. Isso resulta em $z = 1,96$. A proporção (p) para o cálculo amostral neste estudo considerou a estimativa média de internações que equivale a 8,26% (0,08). As perdas previstas equivalem àquelas que desistiram após a coleta dos dados, importante para manutenção fidedigna da amostra.

O formulário foi composto por dados sociodemográficos, hábitos de vida, características sexuais, reprodutivas e questões referentes ao recém-nascido, além do Inventário de Depressão (BDI) e de Ansiedade (BAI) de Beck que são instrumentos com uso de escalas (BAI). O BDI de Beck contém 21 itens de múltipla escolha, cuja intensidade varia de 0 a 3, referidos à tristeza, pessimismo, sensação de punição, autoacusação, pensamento de suicídio, crises de choro, irritabilidade, retração social, baixo rendimento para o trabalho, indecisão, distorção da imagem corporal, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, restrição de libido. A classificação apresenta os seguintes pontos de corte: ≤ 10 (sem depressão ou depressão mínima), 10-18 (depressão leve a moderada), 18-29 (depressão moderada a grave), 30-63 (depressão grave). Preconiza escore acima de 15 para identificar disforia e finalizar que o termo “depressão” deve ser utilizado para sujeito com escore acima de 20 com diagnóstico⁽⁹⁾.

O inventário de ansiedade (BAI) é composto por 21 itens, que devem ser avaliados pelos próprios indivíduos numa escala de quatro pontos, quais sejam: 0 (absolutamente não), 1 (levemente ansiosa), 2 (moderadamente ansiosa), 3 (gravemente ansiosa). O tempo de duração de aplicação é de cerca de cinco a dez minutos. Sendo classificados os seguintes pontos de corte, 0-10 (sintomas mínimos), 11-19 (sintomas leves), 20-30 (sintomas moderados), 31-63 (sintomas graves)⁽⁹⁾.

A pesquisa transcorreu nos turnos matutino e vespertino durante os meses de março e abril de 2020. Neste estudo, optou-se por entrevista individual para participantes com qualquer nível de escolaridade, por isso o instrumento foi adaptado para um formulário. Após autorização prévia do setor responsável do ICV e parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa, os dados foram coletados por uma enfermeira alocada no hospital em plantão diário. A entrevista era realizada em uma sala adequada e confortável, assegurando o sigilo e a confidencialidade das mães, de acordo com os dias e horários pré-estabelecidos. A coleta ocorreu com cada mãe em momento único.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do Programa *IBM Statistics Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21. Os resultados foram apresentados em forma tabelas contendo frequência absoluta, relativa e quadro com o processo de enfermagem. Os dados foram associados com o teste Qui-Quadrado quando a frequência esperada era maior que cinco nas caselas e o Teste Exato de Fisher, quando a frequência esperada era menor que cinco, com significância estatística para resultados $\leq 0,05$.

Para verificar probabilidade do fenômeno, a Razão de Chance, ou seja, *Odds Ratio* (OR). A razão de chance e intervalo

de confiança, indica a chance ou a proteção determinada pelas variáveis (valores significativos não perpassam pela nulidade simbolizada pelo número 1). Quando o valor é maior que 1, a leitura se apresenta com a quantidade de vezes deste valor ocorrer com uma chance de desfecho. No caso do valor se apresentar menor que 1, há duas formas de leitura para este fator de proteção, quais sejam: a) o valor revelado em forma de percentual para a maior chance de não apresentar (não ocorrência do desfecho); b) o valor revelado subtraído do número 1, indicando menor chance em percentual de ocorrência do desfecho. Neste estudo, para o fator de proteção foi utilizada a segunda assertiva para a leitura.

Para a construção do Processo de Enfermagem, os Diagnósticos de Enfermagem (DE) foram formulados a partir do BAI e BDI, cujos sintomas emergiram como características definidoras. Para seleção das manifestações clínicas dos instrumentos, instituiu-se que seriam excluídos os sintomas cujas mulheres referissem o ponto “zero”, ou seja, absolutamente não.

Por isso, como o processo de enfermagem nessa amostra foi elaborado de maneira coletiva, se pelo menos uma respondente citasse ausência daquele sintoma, ele deixaria de ser característica definidora, pois não se aplicaria a todas. Os Diagnósticos de Enfermagem foram elaborados com auxílio da versão português do Brasil da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE^{®(10)}, utilizando os elementos de foco e julgamento, sendo averiguados quanto à sua descrição para manutenção da coerência do sintoma explicitado no BAI e BDI. O planejamento e as intervenções foram elaborados de acordo com o raciocínio lógico frente aos sintomas (características definidoras) evidenciados.

O presente estudo respeitou os aspectos éticos relacionados às pesquisas com seres humanos, bem como assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado sob protocolo n. 208/2020, conforme CAAE n.28313620.4.0000.5179.

■ RESULTADOS

A idade média das mães foi de 23,33 anos ($DP \pm 4,240$). Em relação à faixa etária, houve 64 (70%) mulheres entre 18-25 anos e 27 (28%) ≥ 26 anos de idade. Sobre a escolaridade, 10 (11%) possuíam ensino fundamental I, 33 (36%) fundamental II, 45 (49%) ensino médio e 3 (3%) sendo ensino superior. Acerca da ocupação, 19 (21%) eram estudantes, 27 (30%) autônomas e 31 (34%) desempregadas.

Em relação à naturalidade, 69 (76%) residem na cidade da pesquisa e 22 (24%) em outras cidades. Sobre a religião, 45 (49%) eram católicas, 28 (31%) evangélicas e 18 (20%)

tinham outras religiões não explicitadas. Quanto a etnia, 36 (38%) eram brancas, 9 (10%) pretas, 23 (25%) pardas e 11 (12%) asiáticas. Por fim, a renda mensal, 85 (93%) com um salário mínimo, 6 (6%) com mais de um salário mínimo.

Sobre as características sexuais, reprodutivas e obstétricas, a idade média da sexarca foi de 15,18 anos (DP±1,841), com 19 (21%) mulheres com sexarca até 13 anos e 72 (79%) ≥ 14 anos. Na situação conjugal, 60 (66%) viviam com parceiros e 31 (35%) sem parceiro. Quanto aos métodos contraceptivos, 57 (63%) faziam uso de preservativos, 27 (28%) tomavam pílula e 3 (3%) faziam uso do contraceptivo hormonal injetável.

Em relação à paridade, 36 (39%) eram primigestas e 55 (60%) multigestas, 79 (86%) nunca abortaram e 12 (13%) sofreram abortamento. O tipo de parto eliciado por 48 (52%) mães foi cirurgia cesariana e 43 (47%) foram via vaginal. Acerca de filhos, 36 (39%) tinham apenas um filho, 55 (60%) mais de dois filhos. Quanto às consultas de atendimento pré-natal, 55 (60%) realizaram de 1 a 5 consultas e 36 (39%) realizaram mais de seis consultas.

Em relação aos hábitos de vida, das 91 mães participantes do estudo, 75 (82,4%) não eram fumantes, e 52 (57,1%) não etilistas. Quanto ao lazer, 70 (76,9%) faziam atividades recreativas uma vez ao mês e 21 (23,1%) duas ou três vezes ao mês.

Quanto ao peso médio do recém-nascido, a média foi de 2.692g (DP±349,9), com 27 (29%) menor que 2.500g e 64 (70%) maior que 2.500g. Acerca das semanas gestacionais, 28 (30%) estavam com 36 semanas e 63 (69%) mais que 37 semanas. Em relação a prática do método canguru, 69 (75%) faziam uso e 22 (24%) não. Sobre os recém-nascidos em suplementação, 57 (62%) fizeram uso de suplementação e 34 (37%) não utilizaram. Em relação ao banco de leite, 65 (71%) fizeram uso do estoque e 26 (28%) não. A ventilação mecânica foi necessária para 33 (36%) e 58 (63%) não utilizaram.

A média do somatório das classificações para ansiedade foi de 35,91 (DP±4,518) e da depressão foi de 30,00 (DP±3,269). Em relação às classificações, todas as mulheres se enquadraram em algum grau de adoecimento mental. Sobre as prevalências dos sintomas da ansiedade, 85 (93%) eram graves e seis (6%) tinham sintomas moderados. Quanto à depressão, 46 (50%) possuíam sintomas moderados e 45 (49%) tinham sintomas graves.

Conforme a Tabela 1, a associação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e hábitos de vida com ansiedade, por meio do Teste Exato de Fisher, apresentaram significância estatística, com gravidez planejada ($p=0,022$)

e via de parto vaginal ($p=0,028$). Mães com via de parto cesariana têm 12% (OR=0,875 [IC=0,786-0,974]) menor chance de possuírem ansiedade grave em comparação às mulheres de parto vaginal. Mulheres com gravidez planejada possuem 10% vezes mais chance de apresentarem ansiedade grave (OR=10,179 [IC=1,134-91,327]).

Mulheres com ocupação não remunerada (OR=0,893 [IC=0,815-0,978]), maior renda (0,929 [0,877-0,985], não adeptas ao método canguru (OR=0,913 [IC=0,849-0,982]) e que seus bebês não fizeram uso de suplementação (OR=0,895 [IC=0,819-0,978]) tiveram 10%, 7%, 8% e 10% menor chance de apresentar ansiedade grave, constituindo-se fatores de proteção. Além disso, mulheres com maior escolaridade (OR=1,080 [IC=1,015-1,149]), aquelas que tiveram seus bebês com ≥ 37 semanas de gestação (OR=1,105 [IC=1,020-1,197]), cujos bebês tiveram peso ao nascer >2.500g (OR=1,103 [1,020-1,1194]) possuem maior probabilidade de terem ansiedade grave (Tabela 1).

Houve significância estatística entre presença de sintomas depressivos com abortamento ($p=0,027$) e ventilação mecânica ($p=0,017$). Cabe ressaltar que o método canguru aproximou-se sobremaneira da significância ($p=0,053$). Mulheres com filhos que fizeram uso da ventilação mecânica tiveram 67,1% (OR=0,329 [IC=1,009-7,691]) menor chance de apresentar depressão moderada em comparação às mães cujos filhos não estão sendo ventilados (Tabela 2).

Essa investigação evidenciou que mulheres sem episódio de abortamento tinham 5,97 vezes mais chance (OR=5,972 [IC=1,228-29,036]) de apresentarem sintomas de depressão grave, assim como mães adeptas ao método canguru tiveram 2,78 vezes maior chance (OR=2,786 [IC=1,009-7,691]) de apresentarem sintomas depressivos nos dois níveis. Ausência de companheiro apresentou-se como fator de proteção para a depressão grave, em que mulheres sem parceiro possuem 66% (OR=0,340 [IC=0,137-0,846]) menor chance de terem este desfecho em relação às com parceria (Tabela 2).

Sobre as manifestações comuns a todas as participantes, conforme BAI e BDI, a tabela 3 mostra os graus dos sintomas. Cabe salientar que o somatório dos percentuais deve ser realizado por linha, pois cada manifestação foi distribuída conforme a classificação da ansiedade e da depressão.

No quadro 1, observa-se os processos de enfermagem aplicados a essas mães de acordo com cada manifestação apresentada no instrumento utilizado.

Tabela 1 – Razão de chance e associação entre a ansiedade com variáveis sociodemográficas, obstétricas e hábitos de vida. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2020. (n=91)

Variáveis	ANSIEDADE				p*	OR (IC) †
	Moderada		Grave			
	f	%	f	%		
Ocupação						
Remunerada	6	6,6	50	54,9	0,780	0,893
Não Remunerada	0	-	35	38,5		(0,815-0,978)
Religião						
Católica	3	3,3	42	46,2	1,000	1,024
Não católica	3	3,3	43	47,2		(0,195-5,362)
Escolaridade						
Até o Fundamental	0	-	10	11	1,000	1,080
A partir do Médio	6	6,6	75	82,4		(1,015-1,149)
Faixa etária						
18-25 anos	2	2,2	62	68,1	0,061	0,185
≥ 26 anos	4	4,4	23	25,3		(0,032-1,082)
Cor						
Branca	4	4,4	32	35,2	0,209	3,313
Não Branca	2	2,2	53	58,2		(0,547-19,123)
Renda*						
Até 1 SM	6	6,6	79	86,8	1,000	0,929
Mais de 2 SM	0	-	6	6,6		(0,877-0,985)
Fumante						
Sim	1	1,1	15	16,5	1,000	0,933
Não	5	5,5	70	76,9		(0,102-8,579)

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	ANSIEDADE				p*	OR (IC) †
	Moderada		Grave			
	f	%	f	%		
Etilista						
Sim	2	2,2	37	40,7	0,697	0,649
Não	4	4,4	48	52,7		(0,113-3,735)
Lazer						
0-1 vez ao mês	5	5,5	65	71,4	1,000	1,538
2-3 vezes ao mês	1	1,1	20	22		(0,170-13,951)
Conjugalidade						
Com parceiro	5	5,5	55	60,4	0,429	2,727
Sem parceiro	1	1,1	30	33		(0,304-24,433)
Gravidez Planejada						
Não	5	5,5	28	30,8	0,022‡	10,179
Sim	1	1,1	57	62,6		(1,134-91,327)
Paridade						
Primípara	2	2,2	34	37,4	1,000	0,450
Multípara	4	4,4	51	56		(0,130-4,324)
Abortamento						
Sim	0	-	12	13,2	1,000	1,082
Não	6	6,6	73	80,2		(1,016-1,153)
Via de parto						
Cesariana	6	6,6	42	46,2	0,028‡	0,875
Vaginal	0	-	43	47,2		(0,786-0,974)
Número de filhos						
Apenas 1	1	1,1	35	38,5	0,397	0,286
≥2	5	5,5	50	54,9		(0,032-2,553)

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	ANSIEDADE				p*	OR (IC) †
	Moderada		Grave			
	f	%	f	%		
Consultas pré-natal						
1-5 consultas	2	2,2	53	58,2	0,209	0,302
≥ 6 consultas	4	4,4	32	35,2		(0,052-1,743)
Peso do bebê						
<2.500g	0	-	27	29,7	0,174	1,103
>2.500g	6	6,6	58	63,7		(1,020-1,194)
Método canguru						
Sim	6	6,6	63	69,2	0,329	0,913
Não	0	-	22	24,2		(0,849-0,982)
Suplementação						
Sim	6	6,6	51	56	0,080	0,895
Não	0	-	34	37,4		(0,819-0,978)
Banco de Leite						
Sim	5	5,5	60	65,9	0,670	2,083
Não	1	1,1	25	27,5		(0,232-18,748)
Ventilação Mecânica						
Sim	1	1,1	32	35,2	0,411	0,331
Não	5	5,5	53	58,2		(0,037-2,964)
Idade Gestacional						
≤ 36 semanas	0	-	28	30,8	0,172	1,105
≥ 37 semanas	6	6,6	57	62,6		(1,020-1,197)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

*significância estatística; †OR: Razão de Chance/IC: Intervalo de Confiança; ‡Teste Exato de Fisher.

Tabela 2 – Razão de chance e associação entre a depressão com variáveis sociodemográficas, obstétricas e hábitos de vida. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2020. (n=91)

Variáveis	DEPRESSÃO				p*	OR (IC) †
	Moderada		Grave			
	F	%	f	%		
Ocupação						
Remunerada	31	34	25	27,5	0,246	1,653
Não Remunerada	15	16,5	20	22		(0,705-3,876)
Religião						
Católica	26	28,6	19	20,9	0,173	1,779
Não católica	20	22	26	28,5		(0,775-4,082)
Escolaridade						
Até o Fundamental	5	5,5	5	5,5	1,000	0,976
A partir do Médio	41	45,1	40	44,1		(0,262-3,630)
Faixa etária						
18-25 anos	33	36,3	31	34,1	0,821	1,146
≥ 26 anos	13	14,3	14	15,3		(0,466-2,820)
Cor						
Branca	50	54,9	10	12,1	0,749	1,163
Não Branca	23	25,3	7	7,7		(0,460-2,939)
Renda*						
Até 1 SM	41	45,1	44	48,4	0,203	0,186
Mais de 2 SM	5	5,5	1	1		(0,021-1,663)
Fumante						
Sim	9	9,9	7	7,6	0,784	1,320
Não	37	40,7	38	41,8		(0,446-3,914)

Tabela 2 – Cont.

Variáveis	DEPRESSÃO				p*	OR (IC) †
	Moderada		Grave			
	F	%	f	%		
Etilista						
Sim	19	20,8	20	22	0,834	0,880
Não	27	29,7	25	27,5		(0,383-2,019)
Lazer						
0-1 vez ao mês	38	41,8	32	35,2	0,221	1,930
2-3 vezes ao mês	8	8,8	13	14,2		(0,711-5,237)
Conjugalidade						
Com parceiro	25	27,5	35	38,4	0,383	0,340
Sem parceiro	21	23,1	10	11		(0,137-0,846)
Gravidez Planejada						
Sim	14	15,3	19	21	0,280	0,599
Não	32	35,1	26	28,5		(0,253-1,419)
Paridade						
Primípara	15	15,4	21	20,9	0,170	0,553
Múltipara	31	35,2	24	28,5		(0,236-1,294)
Abortamento						
Sim	10	11	2	2,2	0,027‡	5,972
Não	36	39,6	43	47,2		(1,228-29,036)
Via de parto						
Cesariana	26	28,6	22	24,2	0,531	1,359
Vaginal	20	22	23	25,3		(0,595-3,103)
Número de filhos						
Apenas 1	16	17,6	20	22	0,395	0,667
≥2	30	33	25	27,4		(0,286-1,522)

Tabela 2 – Cont.

Variáveis	DEPRESSÃO				p*	OR (IC) †
	Moderada		Grave			
	F	%	f	%		
Consultas pré-natal						
1-5 consultas	28	30,8	27	29,6	1,000	1,037
≥ 6 consultas	18	19,8	18	19,8		(0,448-2,403)
Peso do bebê						
<2.500g	14	15,4	13	14,3	1,000	1,077
>2.500g	32	35,2	32	35,1		(0,375-2,685)
Método canguru						
Sim	39	42,9	30	33	0,053‡	2,786
Não	7	7,7	15	16,4		(1,009-7,691)
Suplementação						
Sim	28	30,8	29	31,9	0,829	0,858
Não	18	19,7	16	17,6		(0,367-2,009)
Banco de Leite						
Sim	29	31,9	36	39,6	0,104	0,426
Não	17	18,8	9	9,9		(0,166-1,097)
Ventilação Mecânica						
Sim	11	12,1	22	24,2	0,017‡	0,329
Não	35	38,4	23	25,3		(0,134-0,804)
Idade Gestacional						
≤ 36 semanas	14	15,4	14	15,4	1,000	0,969
≥ 37 semanas	32	35,2	31	34		(0,398-2,360)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

*significância estatística; †OR: Razão de Chance/IC: Intervalo de Confiança; ‡Teste Exato de Fisher.

Tabela 3 – Distribuição dos graus dos sintomas conforme os itens definidos para a elaboração do processo de Enfermagem aplicado às mães de recém-nascidos internos em unidade de terapia intensiva. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2020. (n=91)

Manifestações do Inventário de Ansiedade de Beck			
Variáveis	Leve	Moderado	Grave
Tremores nas pernas	14 (15,3%)	37 (40,7%)	40 (44,0%)
Incapaz de relaxar	40 (44,0%)	30 (33,0%)	21 (23,0%)
Palpitação ou aceleração do coração	45 (49,5%)	36 (39,5%)	10 (11,0%)
Dificuldade de respirar	49 (53,8%)	30 (33,0%)	12 (13,2%)
Assustada	18 (19,8%)	46 (50,5%)	27 (29,7%)

Manifestações do Inventário de Depressão de Beck			
Variáveis	Leve	Moderado	Grave
Tristeza	49 (53,8%)	35 (38,5%)	7 (7,7%)
Desânimo	-	62 (68,1%)	29 (31,9%)
Sensação de fracasso	44 (48,4%)	33 (36,2%)	14 (15,4%)
Insatisfação	36 (39,6%)	33 (36,3%)	22 (24,1%)
Perda de apetite	45 (49,4%)	37 (40,7%)	9 (9,9%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Característica definidora	Diagnóstico de Enfermagem		Planejamento	Intervenção
	Manifestações	Foco		
Tremores nas pernas	Risco para movimento corporal	Aumentado	Redução das consequências negativas dos tremores	* Orientar para a possibilidade de traumas. * Auxiliar nas atividades de cuidado do neonato. * Instruir sobre postura de redução de risco. * Proporcionar ambiente calmo com o mínimo de agentes estressores.
Incapaz de relaxar	Padrão de repouso	Alterado	Promoção do relaxamento	* Demonstrar técnicas de relaxamento * Auxiliar na criação de um cronograma de atividades diárias
Palpitação ou aceleração do coração	Risco de pressão sanguínea	Alterada	Manutenção dos valores pressóricos e do estado emocional satisfatório	* Ajudar a paciente a reconhecer os sinais de aumento ou queda da pressão arterial e da ansiedade. * Apoiar a mãe, ouvindo suas necessidades. * Encorajar a expressar suas inquietações.

Quadro 1 – Processo de Enfermagem aplicado às mães de recém-nascidos internos em unidade de terapia intensiva conforme manifestações eliciadas no *Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck*. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2020

Característica definidora	Diagnóstico de Enfermagem		Planejamento	Intervenção
	Manifestações	Foco		
Dificuldade de respirar	Risco de padrão respiratório	Alterado	Melhoria do padrão respiratório	<ul style="list-style-type: none"> * Orientar sobre a técnica para exercícios respiratórios. * Monitorar o padrão respiratório. * Averiguar os sinais de agitação.
Assustada	Risco de comportamento desorganizado	Aumentado	Redução do medo	<ul style="list-style-type: none"> * Fornecer informações corretas, usando termos simples. * Encorajar paciente a verbalizar qualquer medo e preocupação. * Falar calma e lentamente. * Proporcionar tranquilidade e conforto. * Indicar psicoterapia.
Tristeza	Risco para depressão	Aumentado	Redução da tristeza	<ul style="list-style-type: none"> * Estimular o diálogo * Incentivar a visita de familiares * Proporcionar métodos de distração * Orientar o engajamento em grupos de apoio.
Desânimo	Risco de Desesperança	Aumentado	Melhoria do ânimo	<ul style="list-style-type: none"> * Ajudar a mulher a priorizar atividades. * Identificar e controlar fatores que levam a mulher ao desânimo. * Manter o ambiente receptivo e acolhedor.
Sensação de fracasso	Risco de frustração	Aumentado	Melhoria da autoestima	<ul style="list-style-type: none"> * Identificar discursos autocríticos negativos * Pontuar a evolução do desenvolvimento do neonato. * Elogiar o cuidado e atenção voltados à criança * Solicitar que a mulher aponte as melhores conquistas da sua vida.
Insatisfação	Risco de negação da capacidade para gerir a vida	Aumentado	Aumento do nível de satisfação pela vida	<ul style="list-style-type: none"> * Estimular o pensamento positivo. * Garantir apoio psicológico pela equipe de saúde. * Indicar grupo de apoio de mães de neonatos internos como estratégia para promover aceitação da situação.
Perda de apetite	Ingestão de Alimentos	Diminuída	Melhoria do padrão alimentar	<ul style="list-style-type: none"> * Solicitar orientação nutricional da equipe do serviço de saúde. * Informar ao paciente quanto à importância da ingesta alimentar para o aleitamento materno do neonato.

Quadro 1 – Cont.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

■ DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico das mulheres desta pesquisa não apresentou relação com a ansiedade e a depressão, embora tenha se mostrado variáveis importantes de risco e proteção aos transtornos emocionais. Estudo realizado em uma capital nordestina mostrou prejuízos na relação mãe-filho elevada quando associada a fatores de risco como menor escolaridade da mãe⁽¹¹⁾, fortalecendo o impacto desta variável sociodemográfica sobre repercussões no binômio.

Escolaridade baixa, primiparidade, insegurança no cuidado e ausência de plano de saúde podem favorecer a depressão pós-parto entre mulheres asiáticas⁽¹²⁾. Já em Amsterdam, ansiedade e depressão apresentaram fatores de risco associados à ocupação na agricultura e pecuária, histórico de gravidez não planejada e uso de tabaco⁽¹³⁾.

Nesta investigação, situação conjugal, episódio de abortamento, adesão ao método canguru e ventilação mecânica alinharam-se aos desfechos emocionais. Cabe ressaltar que há evidências de associação entre o processo de hospitalização e o estado de saúde mental da família conducente com ansiedade⁽¹⁴⁾. Na Flórida, prevalências consideráveis de *baby blues* (disforia puerperal), seguindo por depressão pós-parto e transtorno de ansiedade, indicam o apoio familiar como elemento de alto impacto ao adoecimento mental⁽¹⁵⁾.

Pesquisas apontam diminuição no escore de depressão entre as mães que foram adeptas ao método canguru^(1,6,16), estando associados ao efeito da liberação de ocitocina durante o contato físico do método⁽¹⁷⁾. Estes resultados são dissonantes dos achados deste estudo e não há explicações qualitativas, embora acredite-se que este desfecho tenha relação com o apego, ou seja, as mães que realizam a técnica, podem se sentir mais impotentes pela permanência do neonato no setor hospitalar, gerando maior sensação de tristeza.

A prematuridade não impactou estatisticamente o resultado, mas investigação norte-americana com 62 mães de prematuros (idade gestacional < 37 semanas) mostrou altos níveis de depressão e ansiedade, sendo esta última mais prevalente em mães de bebês nascidos antes de 32 semanas gestacionais, devido à quantidade acentuada de procedimentos invasivos⁽¹⁸⁾.

Sobre as manifestações clínicas relacionadas à ansiedade e depressão o relato de casais de bebês prematuros apontou que sentimentos como angústia, impotência, medo e desejo de fuga fazem parte do cotidiano da família que possui filho internado em UTIN, existindo relação significativa desses sentimentos com fatores pessoais e socioeconômicos⁽¹⁹⁾.

Intervenções voltadas à saúde mental de mães durante a internação do filho englobam interações entre as mães do

grupo e execução de atividades direcionadas ao contexto (roda de conversas e troca de experiências vivenciadas)⁽²⁰⁾. Além disso, a relação acolhedora, a escuta sensível e o cuidado da equipe de saúde direcionado às mães de bebês em UTIN foram estratégias utilizadas para melhorar o bem-estar frente à permanência da família no hospital⁽⁷⁾.

■ CONCLUSÃO

Houve adoecimento mental com ansiedade grave e depressão moderada na maioria das mães de recém-nascidos internos em unidade de terapia intensiva neonatal. Variáveis como parceria fixa, gravidez planejada, via de parto vaginal, abortamento, ventilação mecânica, adoção ao método canguru e suplementação possuem relação com risco ou proteção aos transtornos emocionais estudados, demonstrando a necessidade de elaboração do processo de enfermagem no sentido de aumentar a resolutividade desta problemática nos serviços de saúde neste nível de complexidade.

A realização do estudo em apenas uma maternidade de referência do Estado, com o selo de Hospital Amigo da Criança, bem como a não execução e avaliação das intervenções elaboradas, constituem-se como limitações da pesquisa. As contribuições se ancoram na efetividade do uso das escalas multidisciplinares de avaliação psicológica, desde que haja uma equipe de pesquisa integrada com outras áreas, bem como a sua intersecção com a sistematização da assistência, conferindo autonomia no cuidado da Enfermagem.

■ REFERÊNCIAS

1. Trumello C, Candelori C, Cofini M, Cimino S, Cerniglia L, Paciello, M, et al. Mothers' depression, anxiety, and mental representations after preterm birth: a study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. *Front Public Health*. 2018;6:359. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00359>
2. Salah M, Breaka R, Alkaseh A. Prevalence of anxiety and depression among mothers of newborns admitted to neonatal intensive care units in Gaza strip. *EPOA*. 2018;2(1):10-14. doi: <https://doi.org/10.33805/2638-8073.109>
3. United Nations Children's Fund (UN). Levels e trends in child mortality. estimates developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation. New York: UNICEF; 2017. [cited 2020 Jul 17]. Available from: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_relatorios/child_mortality_report_unicef_2017.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2021 jul 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2019_analise_situacao.pdf
5. Araújo RF, Costa KKD, Silva FME, Diniz CR, Alves MM. Índice de mortalidade infantil no nordeste brasileiro entre 2015 e 2017. *Rev Enferm Digit Cuid Promoção Saúde*. 2020;5(1):19-23. doi: <http://www.doi.org/10.5935/2446-5682.20200005>

6. Smith ER, Bergelson I, Constantian S, Valsangkar B, Chan GJ. Barriers and enablers of health system adoption of kangaroo mother care: a systematic review of caregiver perspectives. *BMC Pediatr.* 2017;17:35. doi: <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0769-5>
7. Almeida CR, Morais AC, Lima KDF, Cohim ACO. Daily routine of accompanying mothers in the neonatal intensive care unit. *J Nurs UFPE on line.* 2018 [cited 2020 Oct 21];12(7):1949-56. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22640/29523>
8. Consolidado das internações de recém-nascidos na unidade de terapia intensiva no ano de 2019. João Pessoa: Instituto Cândida Vargas; 2019.
9. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
10. International Council of Nurses (CH). CIPE versão 2017 – português do Brasil. 2017 [citado 2020 mar 18]. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>
11. Cavalcante MCV, Lamy Filho F, França AKTC, Lamy ZC. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(5):1683-93. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.21722015>
12. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2019;46(10):1355-73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.012>
13. Bronner MB, Knoester H, Last BF, Grotenhuis MA, Bos AP. Follow-up after paediatric intensive care treatment: parental posttraumatic stress. *Acta Paediatr.* 2018;97(2):181-6. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00600.x>
14. Fonseca GM, Freitas KS, Silva Filho AM, Portela PP, Fontoura EG, Oliveira MAN. Anxiety and depression in family members of people hospitalized in an intensive care unit. *Psicol Teor Prat.* 2019;21(1):328-43. doi: <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n1p328-343>
15. Zivoder I, Martić-Biocina S, Veronek J, Ursulin-Trstenjak N, Sajko M, Pauković M. Mental disorders/difficulties in the postpartum period. *Psychiatr Danub.* 2019 [cited 2020 Jun 21];31 Suppl. 3:338-44. Available from: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol31_noSuppl%203/dnb_vol31_noSuppl%203_338.pdf
16. Herizchi S, Hosseini MB, Ghoreishzadeh M. The impact of kangaroo-mother care on postpartum depression in mothers of premature infants. *Int J Women's Health Reprod Sci.* 2017;5(4):312-7. doi: <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2017.53>
17. Fontoura FC, Cardoso MVLML, Rodrigues SE, Almeida PC, Carvalho LB. Anxiety of mothers of newborns with congenital malformations in the pre- and postnatal periods. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2018;26:e3080. doi: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.2482.3080>
18. Moreira TB, Silva LR, Silva MDB, Silva LJ, Mourão PP, Moreira APA. Maternal experience in the context of breastfeeding of the hospitalized newborn and submitted to surgical intervention. *Esc Anna Nery.* 2020;24(4):e20190281. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0281>
19. Kegler JJ, Neves ET, Silva AM, Jantsch LB, Bertoldo CS, Silva JH. Stress in parents of newborns in a neonatal intensive care unit. *Esc Anna Nery.* 2019;23(1):e20180178. doi: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0178>
20. Baseggio DB, Dias MPS, Brusque SR, Donelli TMS, Mendes P. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. *Temas Psicol.* 2017;25(1):153-67. doi: <http://doi.org/10.9788/TP2017.1-10>

■ **Contribuição de autoria:**

Larissa Gouveia de Souza: Conceituação, curadoria de dados, investigação, escrita do rascunho original.

Viviane Cordeiro de Queiroz: Análise formal, visualização e escrita do rascunho original, revisão e edição.

Smalyanna Sgren da Costa Andrade: Conceituação, curadoria de dados, análise formal, metodologia, supervisão, visualização e escrita do rascunho original, revisão e edição.

Simone Helena dos Santos Oliveira: Conceituação, curadoria de dados, análise formal, metodologia, supervisão, visualização e escrita do rascunho original, revisão e edição.

Edna Samara Ribeiro César: Conceituação, metodologia, análise formal, visualização e escrita do rascunho original, revisão e edição.

Vilma Felipe Costa de Melo: Conceituação, metodologia, análise formal, visualização e escrita do rascunho original, revisão e edição.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Smalyanna Sgren da Costa Andrade
E-mail: smalyanna@facene.com.br

Recebido: 31.10.2020
Aprovado: 26.03.2021

Editor associado:

Helga Geremias Gouveia

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti