



Frequência de estresse materno e de risco psíquico em recém-nascidos que foram hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal


Lívia dos Santos Paula ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4115-7616>


Hellen Nataly Correa Lagos-Guimarães ⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-1068-7558>


Adriane Celli ²

 <https://orcid.org/0000-0002-4392-2721>

Andriéllen Marciniak ⁵

 <https://orcid.org/0000-0001-8244-2061>

Rosa Maria Marini Mariotto ³

 <https://orcid.org/0000-0003-4398-4719>

^{1,2,4,5} Hospital de Clínicas. Universidade Federal do Paraná. Rua General Carneiro, 181. Curitiba, PR, Brazil. CEP: 80.060-900. E-mail: livia.stos.paula@gmail.com

³ Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

Resumo

Objetivos: descrever a frequência de estresse materno e indicadores de risco psíquico em recém-nascidos que foram expostos à unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).

Métodos: estudo observacional, analítico, coorte, amostra de 26 participantes (13 expostos e 13 não expostos a UTIN). O estresse materno foi avaliado pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp e o risco psíquico pelo IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil), 15 dias após a alta hospitalar e aos quatro meses de idade corrigida.

Resultados: o estudo encontrou frequência de estresse de 23,1% nas mães de RN que foram expostos a UTIN e 38,5% de risco psíquico nestes bebês. Encontrou as seguintes associações: estresse materno e exposição do RN à UTIN ($p=0,037$); estresse materno e tempo de exposição do RN à UTIN ($p=0,031$); risco psíquico e prematuridade ($p=0,014$). Não encontrou associação entre risco psíquico e estresse materno; e não encontrou diferença na frequência de risco psíquico entre os grupos de RN.

Conclusões: a internação do RN em UTIN está associada a estresse materno, mas não a risco psíquico. A prematuridade pode causar risco psíquico. O estresse materno não apresentou associação com risco psíquico.

Palavras-chave Estresse materno, Risco psíquico, Saúde mental materno infantil, Desenvolvimento psicológico, Recém-nascido pré-termo



Introdução

Os cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são marcados pela alta tecnologia e pela urgência e precisão das ações para manter a vida dos recém-nascidos (RN). Os avanços na tecnologia de assistência neonatal têm possibilitado que RN de extremo baixo peso, pré-terms e acometidos por doenças perinatais sobrevivam.¹

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde,¹ anualmente são cerca de 30 milhões de RN prematuros e/ou com doenças que os forcem a necessitar de cuidados hospitalares além dos que envolvem o parto. Desses RN, entre oito e dez milhões necessitam de cuidados em UTIN para que possam sobreviver e se desenvolver. No campo da saúde mental, alguns estudos demonstram um aumento de incidência de problemas psicológicos em prematuros, como déficits de atenção, problemas de socialização, dificuldade no controle emocional, transtornos invasivos do desenvolvimento e *déficit* de processamento auditivo e visual.^{2,3}

Alguns autores relacionam, ainda, a separação do RN e de sua mãe, durante a internação em UTIN, a problemas no processo de estabelecimento do laço subjetivante entre eles. É através desse laço que as vivências dos RN são elaboradas e ganham significado. A ausência dessa relação colocaria o RN numa situação de diversos sofrimentos físicos sem interpretação que poderiam vir a se constituir como um trauma, dificultando assim a sua relação com seu próprio corpo e, como consequência, consigo mesmo e com o ambiente que o circunda.⁴⁻⁶

Estudos sugerem que não só os RN sofram com a passagem pela UTIN, mas também seus pais, o que fica evidente pelo elevado nível de estresse dos mesmos.⁷⁻¹¹ Os pais de RN, fragilizados pela internação, apresentam além do estresse, níveis aumentados de sintomas depressivos, ansiedade, angústia, dificuldade das mães em exercer a função materna e interações interrompidas com o RN.¹²⁻¹⁴ Por isso, o tratamento dos pais também mostra-se fundamental.¹⁵ O cuidado aos pais é importante para preservar sua saúde mental, mas também a do RN, afinal estudos sugerem que o estado emocional dos pais interfira no desenvolvimento psíquico da criança. Pesquisadores franceses concluíram que mães depressivas apresentam uma relação qualitativamente inferior com os RN/lactentes, se comparadas a mães sem depressão.⁷

Estudos demonstram que com intervenções de orientação psicanalítica, individuais ou em grupo, é possível o reposicionamento dos pais em relação a suas funções subjetivas junto aos RN.¹⁶ A intervenção deve iniciar durante a internação na UTIN¹⁵ e ter continuidade após a alta hospitalar.¹ O trabalho envolve tanto os pais quanto o RN desde o início porque entende-se que o desenvolvimento psicológico se dá partir da relação corporal e psíquica do RN com a figura materna (ou outro que execute esta função) e o

ambiente que o circunda. A intervenção precoce se dá a partir de atividades que façam transitar o bebê da pura percepção sensorial para o campo da significação.^{17,18}

A intervenção irá fortalecer a relação entre mãe e RN estimulando o desenvolvimento da maternagem, ou seja, da capacidade de transformar o discurso materno em ato diante do RN, para que o seu desenvolvimento se dê. É necessário oferecer suporte às emoções da mãe, como seus medos e fantasias quanto às motivações do evento que levou o RN à internação na UTIN. Isso reduz os níveis de ansiedade, proporciona simbolização do Real, reorganização do Imaginário e elaboração do trauma o que possibilita a instalação do discurso materno.¹⁵

Ao mesmo tempo será preciso que o psicólogo/analista faça a suposição antecipada da capacidade dos pais de exercerem as funções materna e paterna, mesmo antes de estarem preparados para tal. O que proporciona a organização de elementos conscientes e inconscientes para a instauração do desejo sobre o exercício de tais funções.¹⁶ Todo esse processo pode ser fortalecido por experiências como as descritas por Cheng¹⁹ onde a mãe permanece com o RN por até seis horas ao longo do dia durante a internação na UTIN, tendo como consequência maior vinculação entre mãe e RN e redução do nível de estresse das mesmas.

Além de entender e intervir sobre o estado emocional dos pais, é preciso avaliar o estado mental do RN para nortear a intervenção também sobre ele. No entanto, verifica-se que os instrumentos descritos na literatura com esta finalidade são raros, extensos e de realização complexa.⁸

No Brasil, entre 2000 e 2008, um grupo de pesquisadores caracterizou “indicadores psíquicos” para avaliar o desenvolvimento psicológico do lactente de 0 a 18 meses e orientar o trabalho dos profissionais em saúde mental. A Pesquisa IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil) definiu e validou estes indicadores de risco psíquico a partir das teorias de Freud, Winnicott e Lacan. São 31 indicadores de risco observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança – os IRDIs. Busca-se através da observação e entrevista dos pais sinais de que o desenvolvimento do RN/lactentes está acontecendo de forma saudável. A ausência desses sinais, indicam a necessidade de intervenção. Os indicadores estão organizados sobre quatro eixos: a suposição do sujeito, onde há a aposta de um sujeito psíquico antes mesmo de sua constituição; o estabelecimento da demanda, que são interpretações de que os atos não intencionais do RN sejam pedidos dirigidos à figura materna; alternância presença/ausência, espaço de criação e desenvolvimento que ocorre entre os pequenos intervalos de ausência do cuidador; função paterna que é a inserção de um terceiro elemento na relação mãe/filho.⁴

O presente estudo teve como objetivo descrever a frequência de estresse materno e de indicadores de risco

psíquico em RN que foram expostos a UTIN, em um município do estado de Santa Catarina.

Métodos

Este foi um estudo observacional, analítico, coorte, ambispectivo. Com coleta dados de dezembro de 2017 a dezembro de 2018 no Seguimento de RN com Risco para o Desenvolvimento da Secretaria Municipal de Saúde de Mafra, Santa Catarina, composto por psicóloga, fonoaudióloga e nutricionista do NASF (Núcleo de Ampliado de Saúde da Família). O acompanhamento ocorreu até os quatro meses de idade corrigida dos lactentes. A amostra foi retirada de uma população de risco para o desenvolvimento, na saúde pública.

A distribuição da população fonte, segundo a última atualização disponível no DATASUS, à época do desenho do estudo, no ano de 2015 era de: 3.017.668 nascidos vivos no Brasil, destes 0,68% (20.388) apresentaram Escore de Apgar menor que 7 no quinto minuto, 10,83% (326.879) nasceram prematuros e 8,44% (254.688) nasceram com peso inferior a 2500 gramas; 97.223 nascidos vivos em Santa Catarina, destes 0,60% (579) apresentaram Escore de Apgar menor que 7 no quinto minuto, 10,82% (10.515) nasceram prematuros e 7,72% (7.503) nasceram com peso inferior a 2500 gramas; 777 nascidos vivos em Mafra, destes 0,77% (3) apresentaram Escore de Apgar menor que 7 no quinto minuto, 11,33% (88) nasceram prematuros e 7,98% (62) nasceram com peso inferior a 2500 gramas.²⁰ Estes indicadores de saúde, extraídos da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil,²¹ contribuem para riscos no desenvolvimento, sendo asfixia grave (Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida), prematuros (idade gestacional inferior a 37 semanas), baixo peso ao nascer (inferior a 2500 gramas) e eventos perinatais que culminem na internação em UTIN.

A participação na pesquisa cumpriu os seguintes critérios de inclusão: ser residente no município de Mafra (SC); ser considerado um RN de risco para o desenvolvimento, sendo um grupo com e outro sem exposição à internação em UTIN. Foram excluídos da amostra: RN que apresentaram condições clínicas graves que alteram o desenvolvimento neuropsicomotor tais como síndromes e sequelas neurológicas e RN que as mães retiraram o TCLE. Considerando tais elementos, a amostra constituiu-se de 26 participantes, sendo 13 expostos à internação em UTIN e 13 não expostos. Não foi utilizada técnica de amostragem, todos os participantes elegíveis foram convidados a participar do estudo.

A variável exposição à internação em UTIN foi posicionada como Variável Independente e as variáveis

Estresse Materno e Indicadores de Risco Psíquico foram posicionadas como Variáveis Dependentes.

Para avaliação do Estresse Materno foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), que diagnostica o estresse e a fase em que o participante se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) aplicável a participantes de 15 a 75 anos.²²

Para avaliação dos Indicadores de Risco Psíquico foi utilizado o protocolo “Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil” (IRDI). O instrumento tem como objetivo a detecção precoce de risco psíquico em RN/lactentes de 0 a 18 meses. São 31 indicadores clínicos de risco psíquico ou problemas do desenvolvimento infantil. A presença dos indicadores, separados por faixa etária, caracterizam um bom processo de constituição subjetiva e sua ausência risco para o desenvolvimento psicológico do RN/lactente.⁴

A coleta dos dados da Ficha de Registro de Dados elaborado pelas autoras aconteceu de forma retrospectiva junto ao prontuário do RN na Unidade de Saúde de referência. A coleta de dados referente ao Risco Psíquico, constituída da aplicação do IRDI e os dados referentes ao estresse materno, através do ISSL ocorreram em até 15 dias após a alta hospitalar do recém-nascido, com nova aplicação em torno de quatro meses considerando a idade corrigida para prematuros.

O primeiro período de coleta foi estipulado a partir do funcionamento do serviço onde deu-se a pesquisa e mostrou-se propício porque o IRDI deve ter duas aplicações em cada etapa do desenvolvimento psicológico, sendo que a primeira etapa vai do nascimento até os quatro meses de idade corrigida. O instrumento é organizado dessa forma para que a avaliação inicial se dê com um intervalo suficiente de tempo para que haja intervenção que favoreça o desenvolvimento saudável antes da segunda aplicação que ocorre em torno do fechamento do período ideal para aquisição do indicador de saúde mental.

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica (*Microsoft Excel*, 2013) e exportados ao *software* SPSS 25.0 para análises estatísticas. O intervalo de confiança adotado foi de 95% (nível de significância $p < 0,05$) para todas as análises inferenciais.

Para a descrição das variáveis quantitativas foram calculadas as medidas de tendência central média e mediana, a medida de variabilidade desvio-padrão, mínimo e máximo. Para a descrição das variáveis qualitativas nominais foram calculadas a frequência absoluta (n) e a frequência relativa (%). A normalidade das variáveis quantitativas foi analisada com o Teste Shapiro Wilk e todas obtiveram distribuição não-normal. Dessa forma, a comparação das variáveis quantitativas em função de variáveis qualitativas nominais foi realizada com o Teste de Mann-Whitney. A associação entre as variáveis

qualitativas nominais de duas categorias foi realizada com o Teste Exato de Fisher, e a associação entre as variáveis qualitativas de mais de duas categorias foi realizada com o teste qui-quadrado de Pearson.

O estudo se deu após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, CAAE 78303217.9.0000.0102.

Resultados

Participaram do estudo 26 RN, as idades cronológica e corrigida dos mesmos na primeira avaliação estão expostas na Tabela 1. A amostra total (n=26) contava com mediana de idade de 39 semanas, mínimo de 37 e máximo de 50 semanas. A mediana considerando a idade corrigida foi de 38 semanas, sendo que o participante mais jovem a ser avaliado contava com 31 semanas e o mais maduro 41 semanas. Os RN expostos à internação em UTIN possuíam mediana de idade de 40 semanas de gestação, e idade corrigida de 39 semanas (Tabela 1). O tempo de permanência na UTIN apresentou mediana de sete dias, com mínimo de um dia e máximo de 90 dias.

Quanto às mães, foram 26 participantes, com idade média de 27 anos, 50% tinham ensino médio completo, 61,5% declararam não terem renda própria e 92,3% eram casadas ou viviam em união estável com o genitor do RN. O estudo encontrou na primeira avaliação frequência de estresse materno de 23,1% nas mães de RN expostos à internação em UTIN e 3,8% nas mães dos RN que não foram expostos, demonstrando que houve associação entre estresse materno e exposição do RN à internação em UTIN ($p=0,037$ – Tabela 2). Também houve associação entre estresse materno e tempo de exposição do RN à internação em UTIN ($p=0,031$ – Tabela 3).

Quanto ao risco psíquico, 38,5% dos RN que foram expostos à internação em UTIN tiveram duas ausências ou mais de indicadores, na primeira avaliação, o que sugere risco psíquico. Na população de RN não expostos à UTIN a frequência foi de 30,8%. Ou seja, não houve diferença significativa na frequência de indicadores de risco psíquico entre os RN expostos e não expostos à internação em UTIN. Ao relacionar estresse materno e risco psíquico, verificou-se que não houve associação entre estas variáveis. Ao relacionar risco psíquico e prematuridade, foi possível verificar que houve associação

Tabela 1

Idade cronológica e idade corrigida na primeira avaliação em recém-nascidos expostos e não expostos à internação em unidade de terapia intensiva neonatal, seguimento de recém-nascidos com risco para o desenvolvimento, Mafra (SC), dezembro 2017 a dezembro 2018.

Variável	UTIN	N	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade cronológica em semanas – primeira avaliação	Não	13	38	37	40
	Sim	13	40	39	50
	Total	26	39	37	50
Idade corrigida em semanas – primeira avaliação	Não	13	37	36	39
	Sim	13	39	31	41
	Total	26	38	31	41

UTIN = Unidade de terapia intensiva neonatal.

Tabela 2

Estresse materno na primeira avaliação em recém-nascidos expostos e não expostos a internação em unidade de terapia intensiva neonatal, seguimento de recém-nascido com risco para o desenvolvimento, Mafra (SC), dezembro 2017 a dezembro 2018.

		Unidade de Terapia Intensiva Neonatal		p
		Não	Sim	
Estresse materno primeira avaliação				0,037*
Não	n	12	7	
	%	46,2%	26,9%	
Sim	n	1	6	
	%	3,8%	23,1%	

* $p<0,05$; Teste Exato de Fisher.

Tabela 3

Comparação do tempo de exposição à internação em unidade de terapia intensiva neonatal e estresse materno, recém-nascidos expostos a UTIN primeira avaliação, seguimento de recém-nascidos com risco para o desenvolvimento, Mafra (SC), dezembro 2017 a dezembro 2018.

		Tempo de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal					p
		n	Mediana	Mínimo	Máximo	$\bar{x} \pm DP$	
Estresse materno	Não	7	6,00	1,00	14,00	5,57 \pm 4,35	0,031*
	Sim	6	28,00	5,00	90,00	35,67 \pm 33,58	

* $p<0,05$; Teste de Mann-Whitney; UTIN = Unidade de terapia intensiva neonatal.

entre risco psíquico e prematuridade ($p=0,014$ – Tabela 4), ao considerar a amostra total estudada.

Na segunda avaliação, após intervenção psicológica sobre as díades, os lactentes encontravam-se com características emocionais adequadas para a idade e a incidência de estresse materno foi de 3,8%.

Discussão

O presente estudo demonstrou que as mães que têm seus filhos expostos à internação em UTIN apresentam mais estresse do que mães de RN que não foram expostos, demonstrando associação entre estresse materno e internação do RN em UTIN. Também indicou que o tempo de exposição à internação em UTIN foi um fator de aumento na frequência de estresse materno. Ou seja, as mães apresentaram maiores dificuldades emocionais em suportar períodos mais longos de internação dos RN na UTIN.

A partir da *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (Escala de Estresse Parental: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, livre tradução) para avaliação de níveis de estresse para pais de RN internados em UTIN, Varghese⁹ avaliou 343 pais no norte da Índia, onde chegou à conclusão de que as mães dos RN internados apresentam altos níveis de estresse, o mesmo resultado foi encontrado por Chourasia,²³ ao avaliar 100 mães de RN internados em UTIN. No presente estudo as mães que tiveram os filhos expostos à internação em UTIN apresentavam mais estresse do que as mães que não tiveram seus filhos expostos. O estresse persistiu após a alta hospitalar, demonstrando que o estresse se mantém mesmo após o encerramento do tempo de exposição.

Nesse contexto, foi encontrado apenas um estudo²⁴ que incluiu o estresse materno após a alta hospitalar, nos Estados Unidos. O que leva a questionar de que forma as mães vêm sendo tratadas no seguimento ao RN de risco para o desenvolvimento no mundo todo, em especial no Brasil. Nesse estudo, Holditch-Davis *et al.*²⁴ descreveram os padrões de sofrimento de mães que tiveram os recém-nascidos pré-termos (RNPT) expostos à internação em UTIN. Foram analisadas 232 mães e como resultado encontraram 52 mães

com baixa angústia; 57 mães com sofrimento moderado; 20 mães com alto nível de depressão e ansiedade; 78 mães com níveis elevados de estresse; 20 mães com altos níveis de depressão e ansiedade e 25 mães com extrema angústia. A avaliação foi feita durante o período de hospitalização e as mães foram reavaliadas durante o primeiro ano de vida da criança, apontando persistência da maioria dos sintomas em diferentes níveis ao longo do período de estudo. Mas, não houve intervenção sobre a amostra estudada. A persistência de sintomas de sofrimento emocional até um ano após sua avaliação, demonstra a importância de políticas públicas voltadas à avaliação e acompanhamento específico para esta população.

O presente estudo encontrou uma frequência de 26,9% de estresse materno na primeira avaliação e 3,8% na segunda avaliação, ao se considerar apenas o subgrupo de mães que tiveram o RN exposto à internação em UTIN. Importante considerar que em todos os casos detectados e também os que haviam queixas relacionadas ao estresse, mesmo que não tivessem indicação de diagnóstico pontuados nos questionários de avaliação, receberam intervenção na forma de aconselhamento psicológico.

As sessões de aconselhamento aconteceram semanal ou quinzenalmente, de acordo com a disponibilidade da participante em comparecer. Nestas sessões, diferentemente de uma psicoterapia que abrange temas amplos, a temática tratada era circunscrita ao momento presente no que diz respeito à maternidade. O fato de a amostra ser pequena pode ter sido importante para que todas as mães recebessem intervenção e assim levantar a hipótese de que o tratamento precoce sobre os sintomas de estresse materno sejam efetivos em sua redução.

As propostas de intervenção que focam num seguimento que leve em consideração a díade mãe-RN/lactente e não apenas o RN/lactente após a alta hospitalar encontradas na literatura brasileira consultada são de orientação psicanalítica. As mesmas falam da importância do seguimento, mas tais intervenções são focadas no desenvolvimento psicológico do RN. As mães são acolhidas para a intervenção em função de riscos supostos ou encontrados para a constituição subjetiva do RN.^{5,18}

Tabela 4

Associação entre idade gestacional e risco psíquico em recém-nascidos expostos à internação em unidade de terapia intensiva neonatal, não expostos e amostra total, primeira avaliação, seguimento de recém-nascidos com risco para o desenvolvimento, Mafra (SC), dezembro 2017 a dezembro 2018.

UTIN	Risco Psíquico primeira avaliação	Idade gestacional em semanas		
		n	$\bar{x} \pm DP$	p
Não	Normal	9	37,00 ± 1,50	0,064
	2 ausências ou mais	4	35,75 ± 0,50	
Sim	Normal	8	36,88 ± 3,23	0,054
	2 ausência sou mais	5	30,80 ± 4,32	
Total	Normal	17	36,94 ± 2,38	0,014*
	2 ausências ou mais	9	33,00 ± 1,03	

* $p < 0,05$; Teste de Mann-Whitney; IG = Idade gestacional; UTIN = Unidade de terapia intensiva neonatal.

De modo geral, as propostas de intervenção descritas na literatura não partiram do sofrimento materno para acolher as díades em atendimento.^{5,18} Dessa forma, a mãe parece ser compreendida enquanto acessório à constituição psíquica do RN. As mães em sofrimento mental, mas que apresentam RN/lactentes em bom estado de saúde mental, estão perdendo a oportunidade de intervenções precoces, o que pode proporcionar agravamento dos quadros ao longo do tempo. Pesquisas nesse sentido são essenciais no que diz respeito à saúde mental da mulher.

Quanto ao risco psíquico, o presente estudo procurou compreender se quando as mães atravessam a experiência estressante de ter o RN internado em UTIN têm sua capacidade de exercer a função materna afetada. O que poderia impedir que satisfaçam as necessidades psíquicas básicas ao desenvolvimento psicológico do RN, pois é a função materna que dá suporte, através do desejo da mãe, a toda a constituição subjetiva do RN que ocorre em um processo de alienação e posterior separação. Alienação no período em que não há condições psicológicas por parte do RN de bancar seu psiquismo e a gradual separação conforme vai desenvolvendo a sua subjetividade. Nesse contexto é que ocorre a suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e entrada da função paterna, como descritos anteriormente.¹⁸

Achados na literatura descrevem de formas variadas o impacto do histórico de doença mental materna na saúde e desenvolvimento de crianças. No estudo de validação da Escala da Rede *Neurobehavioral* em UTIN, conduzido por Lester,⁸ encontraram fatores protetores para o neurodesenvolvimento em RNPT sem diagnósticos clínicos além da prematuridade, sendo eles: cuidados voltados a estimular o neurodesenvolvimento ainda no período de internação na UTIN; envolvimento familiar; satisfação dos pais; menos depressão materna e menores índices de estresse parental.

Santos *et al.*,²⁵ levantou sinais de sofrimento psicológico em 229 mães e o efeito disso na relação afetiva e desenvolvimento neuropsicomotor de RNPT. Os resultados indicaram que mães em sofrimento apresentaram dificuldades em estimular o desenvolvimento do lactente aos dois e seis meses de idade corrigida. Aos 12 meses continuavam com dificuldades em estimular o desenvolvimento cognitivo de forma mais amena e de forma mais significativa o desenvolvimento motor. Chama a atenção que embora tenham dificuldades na estimulação, não apresentaram dificuldades significativas de desenvolver um envolvimento positivo com os lactentes do ponto de vista afetivo.

Mughal *et al.*²⁶ avaliaram o impacto do estresse no desenvolvimento neuropsicomotor de 108 RNPT tardios aos quatro meses de idade corrigida, verificando que o estresse materno estava associado significativamente

a resultados ruins na habilidade de interação pessoal-social do lactente e também no desenvolvimento motor grosso. O presente estudo encontra concordância com os achados de Santos *et al.*,²⁵ pois ao afirmar que o sofrimento psicológico da mãe não afetou sua capacidade de desenvolver envolvimento afetivo positivo com os lactentes, possibilita fazer um correlato com a capacidade de estabelecer laço social entre mãe com estresse e RN, o que foi verificado através do IRDI.

Laznik,⁶ ao falar de risco psíquico, afirma que o mesmo não pode ser atribuído ao estado psicopatológico dos pais. Por muito tempo a literatura trabalhou com a hipótese de que o risco psíquico fosse efeito do estado emocional dos pais, mas para ela o adoecimento emocional dos mesmos refere-se a um segundo momento, onde os pais, diante da dificuldade do RN/lactente passam a apresentar um estado de sofrimento mental que pode evoluir para transtornos mentais. Ou seja, são os pais que podem adoecer diante da dificuldade do filho e não o contrário. Como consequência, os pais adoecidos desistiriam de investir no estabelecimento do laço subjetivante com o RN/lactente, cansados e desiludidos de sua investidura sem respostas. O que poderia piorar o quadro do RN/lactente sem intervenção. Nesse contexto o presente estudo encontrou dados que apontam que a saúde mental materna é impactada pelos eventos que acometem o RN de modo importante, sendo fundamental o acolhimento da díade em tratamento quando necessário.

Outro ponto que o presente estudo buscou verificar foi o impacto sobre o desenvolvimento psicológico da exposição à internação em UTIN para os RN através da avaliação do risco psíquico. O RN atravessou uma experiência potencialmente traumática segundo a literatura.³⁻⁶ Pois as experiências corporais prazerosas são essenciais para o desenvolvimento de uma relação saudável com o corpo, onde esse corpo é representado de forma unificada. O mal-estar corporal ocasionado pelas intervenções na UTIN, tendem a trazer representações psíquicas ruins a respeito da vivência corporal, gerando um senso de mal-estar consigo mesmo.¹⁸ Portanto, avaliar o impacto sobre a constituição subjetiva mostra-se interessante do ponto de vista de prevenção na área de saúde mental. Sendo assim, os resultados do presente estudo demonstram que na primeira avaliação 34,6% da amostra total tinham duas ausências ou mais de indicadores de desenvolvimento psicológico, o que sugere risco psíquico, sendo divididos de forma semelhante entre os RN expostos à internação em UTIN e os não expostos. O tempo de exposição à internação em UTIN, bem como os procedimentos invasivos não apresentaram significância estatística na amostra avaliada quanto a associação ao risco psíquico.

Um dos elementos que levam os RN a necessitarem de internação em UTIN é a prematuridade, desta

forma o presente estudo verificou a associação entre prematuridade em si e risco psíquico, concluindo que a idade gestacional apresenta associação significativa com o risco psíquico independente da exposição ou não à internação em UTIN. Em consonância com o presente estudo, Hoogstraten *et al.*²⁷ encontrou incidência de duas ausências ou mais no IRDI em 40% dos RNPT avaliados aos quatro meses, já no grupo de RNT (recém-nascidos a termo) a incidência foi de 27,27%, encontrando assim associação entre prematuridade e risco psíquico.

O mesmo grupo foi avaliado²⁷ também a partir do instrumento PREAUT e de modo geral verificaram que a partir dos dois instrumentos os RNPT apresentavam 11% mais risco psíquico do que os RNT. As autoras lançam mão da hipótese de que o elemento associado a tais achados na população de RNPT seja o fato de muitos terem sido submetidos à internação em UTIN, por longos períodos, de até 60 dias. Importante salientar que o estudo de Hoogstraten²⁷ excluiu lactentes que apresentassem condições de saúde que pudessem prejudicar o desempenho na avaliação por questões neurológicas como síndromes genéticas, lesões neurológicas ou *déficits* sensoriais.

No entanto, o presente estudo avaliou associação entre risco psíquico e a exposição à internação em UTIN, bem como risco psíquico e o tempo de exposição à internação em UTIN e não houve significância estatística que acusasse tal associação; quanto ao risco psíquico, aos quatro meses, encontrou 100% de IRDI presentes. Este elemento pode estar relacionado a amostra insuficiente e ter se dado ao acaso, no entanto, lança-se a hipótese de que dois fatores possam estar associados ao achado sendo eles: as características da UTIN da qual 92,3% dos RN eram provenientes da Maternidade Dona Catarina Kuss (MDCK) e o fato de todos estarem inseridos no Serviço de Seguimento ao RN de risco para o desenvolvimento.

No que diz respeito à MDCK, sua política de qualidade garante aos seus usuários, assistência de qualidade, segura e humanizada com práticas favorecedoras do desenvolvimento integral levando em consideração os aspectos biopsicossociais envolvidos para a população de RN internados na UTIN. A instituição reconhece e promove a presença do acompanhante para a mãe, salientando a importância do mesmo para oferecer suporte físico e emocional durante a hospitalização da mãe. A maternidade fomenta a amamentação sempre que possível o que favorece o vínculo mãe/RN, oportunizando os benefícios desse laço o mais precocemente possível.²⁸ O'Brien *et al.*²⁹ salienta que a inserção diária dos pais no cuidado ao RNPT, esteja ele em UTIN ou não, mostra-se eficaz na melhora de saúde global dos RN e na saúde mental dos pais.

Quanto ao Serviço de Seguimento ao RN de risco para o desenvolvimento, os mesmos saem da maternidade com dia e horário pré-agendados na Atenção Básica

para acolhimento e avaliação por equipe interdisciplinar formada por psicóloga, nutricionista e fonoaudióloga. Esse primeiro contato acontece em até 15 dias após a alta hospitalar. Quando necessário, a intervenção em saúde mental se inicia nessa primeira consulta e segue de acordo com as necessidades da mãe e/ou do RN, podendo ser semanal ou quinzenal exclusivamente com psicóloga. Foi nesse primeiro contato que a primeira etapa de coleta de dados do presente estudo aconteceu. Independente da necessidade de intervenção ou não, todos os pacientes passam por retorno 30 dias após a primeira consulta, onde são novamente acolhidos e orientados.

O calendário de seguimento repete consulta novamente aos quatro meses em média, momento em ocorreu a segunda coleta de dados desse estudo. Sendo assim, lança-se a hipótese que todo o processo de humanização da MDCK, aliado ao seguimento oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde através do NASF, estiveram associados aos bons resultados encontrados quanto ao risco psíquico e também estresse materno. Estudos com populações maiores se mostram importantes para avaliar o real impacto da intervenção, não precoce, mas a tempo, sobre o risco psíquico. Validando a hipótese de que o procedimento adotado tanto na maternidade quanto no seguimento oferecido pelo NASF, o estudo realizado no Reino Unido sobre o tema da humanização no momento da alta hospitalar de RN que passaram pela UTIN, apontou aumento da positividade, esperança e sensação dos pais de estarem no controle da situação.³⁰

Com isso, o presente estudo concluiu que a internação do RN em UTIN está associada ao estabelecimento do estresse materno, mas não está associada a risco psíquico. O achado quanto a saúde mental dos RN pode se justificar pelo fato de que o laço primordial subjetivante tenha sido preservado mesmo durante a internação ou tenha se restabelecido após o término desse período de maneira satisfatória.

Verificou-se na amostra total que as mães em sofrimento emocional, foram capazes de executar a função materna de modo a proporcionar desenvolvimento psíquico no RN, portanto, não houve associação entre estresse materno e risco psíquico. Dessa forma, pode-se inferir que o suporte psicológico oferecido às diádes contribuiu para que as mães sustentassem a função materna.

Considerando o exposto, pode-se afirmar que seja preciso um olhar especial às populações mais sensíveis ao desenvolvimento de Transtornos Mentais, tendo a intervenção a tempo como um aliado na prevenção ao surgimento ou agravamento dos mesmos.

Contribuição dos autores

Paula LS: conceituação, curadoria dos dados, análise formal, investigação, método, administração do projeto,

recursos, *software*, validação, conceituação, visualização até a escrita do artigo.

Celli A: conceituação, curadoria dos dados, análise formal, investigação, método, administração do projeto, recursos, *software*, validação, conceituação, visualização até a escrita do artigo.

Mariotto RMM: conceituação, análise formal, investigação, método, administração do projeto, validação, e revisão da escrita.

Lagos-Guimarães HNC e Marciniak A: colaboração na revisão da escrita.

Os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Referências

- World Health Organization (WHO). Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Geneva: WHO; 2019. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515887>
- Beltrame VH, Moraes AB, Souza APR. Perfil sensorial e sua relação com risco psíquico, prematuridade e desenvolvimento motor e de linguagem por bebês de 12 meses. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2018; 29 (1): 8-18.
- Rogers CE, Lenze SN, Luby JL. Late preterm birth, maternal depression, and risk of preschool psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Mar; 52 (3): 309-18.
- Mariotto RMM, Pesaro ME. O roteiro IRDI: sobre como incluir a ética da psicanálise nas políticas públicas. *Estilos Clin*. 2018; 23 (1): 99-113.
- Zen ET, Triani I. Acompanhamento pós-alta de mães-bebês: prevenção via continuidade dos cuidados. In: Parlato-Oliveira E, Cohen D, orgs. *O Bebê e o Outro: seu entorno e suas interações*. São Paulo: Instituto Langage; 2017. p. 129-40.
- Laznik MC, Chauvet M. Tratamento psicanalítico de um bebê com risco de autismo e seu tratamento concomitante em sensoriomotricidade. In: Souza APR, Zimmermann VB, orgs. *Inserção de crianças e adolescentes na cultura: caminhos possíveis*. São Paulo: Instituto Langage; 2016. p. 13-36.
- Cohen D, Viaux S, Sint-Georges C, Leclère C, Chetouani M, Xavier J. Importância do estudo das interações precoces mãe-bebê através de métodos automatizados do sinal social: aplicações à psicopatologia. In: Parlato-Oliveira E, Cohen D, orgs. *O Bebê e o Outro: seu entorno e suas interações*. São Paulo: Instituto Langage; 2017. p. 91-110.
- Lester BM, Andreozzi-Fontaine L, Tronick E, Bigsby R. Assessment and evaluation of the high risk neonate: the NICU Network Neurobehavioral Scale. *J Vis Exp*. 2014; 90: 1-9.
- Varghese MA. Study on Parental Stress in the Neonatal ICU Using Parental Stressor. *Pediatrics*. 2015; 135 (Supl. 1): S9.
- Varma JR, Nimbalkar SM, Patel D, Phatalak AG. The level and sources of stress in mothers of infants admitted in neonatal intensive care unit. *Indian J Psychol Med*. 2019; 41 (4): 338-42.
- Beck CT, Woynar J. Posttraumatic stress in mothers while their preterm infants are in the newborn intensive care unit: a mixed research synthesis. *ANS Adv Nurs Sci*. 2017; 40 (4): 337-55.
- Mackay LJ, Benzies KM, Barnard C, Hayden KA. A scoping review of parental experiences caring for their hospitalized medically fragile infants. *Acta Paediatr*. 2020; 109 (2): 266-75.
- Das A, Gordon-Ocejo G, Kumar M, Kumar N, Needlman R. Association of the previous history of maternal depression with post-partum depression, anxiety, and stress in the neonatal intensive care unit. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021 Jun; 34 (11): 1741-6.
- Gondwe KW, Brandon D, Yang Q, Malcom WF, Small MJ, Holditch-Davis D. Emotional distress in mothers of early-preterm infants, late-preterm infants, and full-term infants in Malawi. *Nursing Outlook*. 2020; 68 (1): 94-103.
- Garthus-Niegel S, Horsch A, Graz MB, Martini J, Von Soest T, Weidner K, Eberhard-Gran M. The prospective relationship between postpartum PTSD and child sleep: a 2-year follow-up study. *J Affect Disord*. 2018 Dez. 241: 71-9.
- Engel D, Ghazzi MS, Silva HC. Acompanhamento Terapêutico e a Relação Mãe-Bebê. *Psicol Ciênc Prof*. 2014; 34 (4): 1045-58.
- Gratier M. A melodia antes das palavras? O papel da voz nas primeiras trocas sociais do bebê. In: Parlato-Oliveira E, Cohen D, orgs. *O Bebê e o Outro: seu entorno e suas interações*. São Paulo: Instituto Langage; 2017. p. 29-38.
- Zimmermann VB. 'Encontros' necessários para a constituição psíquica. In: Parlato-Oliveira E, Cohen D, orgs. *O Bebê e o Outro: seu entorno e suas interações*. São Paulo: Instituto Langage; 2017. p. 47-66.
- Cheng C, Franck LS, Ye XY, Hutchinson AS, Lee SK, O'Brien K. Evaluating the effect of Family Integrated Care on maternal stress and anxiety in neonatal intensive care units. *J Reprod Infant Psychol*. 2021 Apr; 39 (2): 166-79.

20. Ministério da Saúde (BR). DataSus – Departamento de Informática do SUS. 2020. [acesso em 2020 mar 18]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2004. [acesso em 2020 mar 18]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf
22. Lipp MEN. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSI). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
23. Chourasia N, Surianarayanan P, Adhisivan B, Bhat BV. NICU admissions and maternal stress levels. *Indian J Pediatr.* 2013; 80(5): 380-4.
24. Holditch-Davis D, Santos H, Levy J, White-Traut R, O'Shea TM, Geraldo V, David R. Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant Behav Dev.* 2015; 41: 154-63.
25. Santos Jr H, Yahn Q, Docherty SL, White-Traut R, Holditch-Davis D. Relationship of Maternal Psychological Distress Classes to Later Mother–Infant Interaction, Home Environment, and Infant Development in Preterm Infants. *Res Nurs Health.* 2016; 39(3): 175-86.
26. Mughal MK, Ginn CS, Magill-Evans J, Benzie KM. Parenting stress and development of late preterm infants at 4 months corrected age. *Res Nurs Health.* 2017; 40 (5): 414-23.
27. Hoogstraten AMRV, Souza APR, Moraes AB. Indicadores clínicos de referência ao desenvolvimento infantil e sua relação com fatores obstétricos, psicossociais e sociodemográficos. *Saúde Pesq.* 2018; 11 (3): 589-601.
28. Santa Catarina. Secretaria de Estado de Saúde. Política da Qualidade da M.D.C.K. 2018. [acesso em 2018 fev 8]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10349-maternidade-dona-catarina-kuss>.
29. O'Brien K, Robson K, Bracht M, Cruz M, Lui K, Alvaro R, et al. Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicenter, multinational, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health.* 2018 Apr; 2 (4): 245-54.
30. Ingram J, Redshaw M, Manns S, Beasant L, Johnson D, Fleming P, et al. "Giving us hope": parent and neonatal staff views and expectations of a planned family-centred discharge process (Train-to-Home). *Health Expect.* 2017 Aug; 20 (4): 751-9.

Recebido em 18 de Setembro de 2020

Versão final apresentada em 20 de Junho de 2022

Aprovado em 27 de Julho de 2022