

Artigo Original

Desenvolvimento de prematuros: efeito da Saúde Emocional Materna e de uma Intervenção Psicoeducativa**Premature Development: Effect of Maternal Emotional Health and a Psychoeducational Intervention** <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v10i3.8317>

Angélica Maria Teodoro Cunha^{1*} ORCID 0000-0002-3337-0986, Yasmin Fernandes² ORCID 0000-0003-0660-6401, Caroline Farias Pinto³ ORCID 0000-0002-2348-5528, Janaína Senhorini dos Santos⁴ ORCID 0000-0003-1768-1837, Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues⁵ ORCID 0000-0002-5332-256X

RESUMO

Objetivo: descrever e comparar indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês prematuros, no terceiro e no sexto mês de vida deles; comparar o desenvolvimento dos bebês considerando a presença/ausência de indicadores emocionais e participação ou não no grupo de psicoeducação e, relacionar a saúde emocional com o desenvolvimento dos bebês nos respectivos meses. **Materiais e Métodos:** Participaram 67 mães e seus bebês. As mães responderam a inventários de estresse, ansiedade e depressão. O desenvolvimento do bebê foi avaliado pelas Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil – III. Foram divididas em três grupos: mães com indicadores clínicos de saúde emocional participantes da intervenção (G1); mães com indicadores, não participantes da intervenção (G2) e, mães sem indicadores (G3). **Resultados:** Aos três meses não houve diferença de desenvolvimento dos bebês dos três grupos. Aos seis meses, os bebês de mães do G3 apresentaram médias mais altas em Linguagem Receptiva e Desenvolvimento Motor Grosso. Foram evidenciadas correlações positivas e negativas entre a saúde emocional materna e o desenvolvimento do bebê. **Conclusões:** A identificação e intervenção precoce na saúde emocional materna no pós-parto pode evitar efeitos negativos, capazes de alterar o curso do desenvolvimento saudável de bebês prematuros.

Palavras-chave: Saúde emocional materna; Desenvolvimento dos bebês; Prematuridade; Grupo de psicoeducação.

1 Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)

2 Especialista em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)

3 Graduada em Psicologia pela Universidade Sagrado Coração de Bauru

4 Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana, pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)

5 Professora Livre-Docente da Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho (UNESP)

ABSTRACT

Objective: describe and compare indicators of stress, anxiety and depression in mothers of premature babies, in their third and sixth month of life; compare the development of babies considering the presence/absence of emotional indicators and participation or not in the psychoeducation group and relate emotional health with the development of babies in the respective months. **Material and Methods:** 67 mothers and their babies participated. Mothers responded to inventories of stress, anxiety and depression. Baby development was assessed using the Bayley Scales of Infant Development–III. They were divided into three groups: mothers with clinical indicators of emotional health participating in the intervention (G1); mothers with indicators, not participating in the intervention (G2) and mothers without indicators (G3). **Results:** At three months, there was no difference in the development of babies in the three groups. At six months, babies of G3 mothers had higher averages in Receptive Language and Gross Motor Development. Positive and negative correlations were evidenced between maternal emotional health and the baby's development. **Conclusion:** Early identification and intervention in maternal emotional health in the postpartum period can avoid negative effects that can alter the course of healthy development in premature babies.

Keywords: Maternal Emotional Health; Development of Babies; Prematurity; psychoeducation group

INTRODUÇÃO

Dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde apontam o Brasil como o contexto com mais nascimentos de bebês pré-termo quando comparado a outros países, com estimativa de 9,2%¹. A prematuridade e o baixo peso ao nascer (peso <2500) caracterizam-se como fatores de risco biológicos para o desenvolvimento típico infantil, estando entre as principais causas de mortalidade infantil no primeiro mês de vida da criança^{2,3}. Apesar do avanço na área da neonatologia que garante uma sobrevivência e maior qualidade de vida após o nascimento prematuro do bebê, o prognóstico aponta para riscos de atrasos de desenvolvimento no primeiro ano de vida⁴.

Neste contexto, quando o vínculo entre mãe-bebê se inicia com a prematuridade associado a um período de internação na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), observa-se maior incidência de estresse, ansiedade e angústia materna. Estas mães encontram-se fragilizadas uma vez que tiveram as etapas gestacionais interrompidas levando a uma alteração inesperada do contexto, carregando consigo a angústia da possível perda do seu bebê^{4, 5, 6}.

Estudos sobre os aspectos emocionais maternos apontam a depressão pós-parto^{7,8,9,10} ansiedade^{11,12,13} e estresse¹⁴ como potenciais fatores de risco ambientais capazes de impactar a formação de vínculo entre a díade mãe-bebê e alterar o curso de desenvolvimento da criança. Esses sintomas por sua vez podem se manifestar como baixa responsividade materna, tornando-as mais intrusivas e com comportamentos hostis e retraídos na interação com o bebê. Como consequência o ambiente torna-se pouco estimulador para a criança e restritivo para seu desenvolvimento^{5,15,16,17}.

Autores investigaram a associação entre os fatores médicos e sociodemográficos e a ansiedade parental após o nascimento de bebês com muito baixo peso. Escores altos de ansiedade materna estavam relacionados com as variáveis peso e idade gestacional, quanto mais jovem o bebê, maior o índice de ansiedade. Suporte social, status conjugal e qualidade conjugal e país de origem estavam associados aos índices de ansiedade apresentada pelas mães, enquanto que a ansiedade paterna estava relacionada com as variáveis, o país de origem, suporte social e qualidade conjugal¹³.

Em um estudo realizado, foi possível observar a presença de depressão materna pós-parto aos quatro e 16 meses de vida dos bebês apontando para escores inferiores quanto às funções cognitivas

dos bebês. Observou-se que as mães com baixos índices de depressão ofereciam maior suporte materno quanto as funções cognitivas. Diante disso concluiu-se que a exposição precoce aos sintomas depressivos maternos parece ter influência negativa nas funções cognitivas de crianças prematuras¹⁰. Em uma amostra de sessenta mães de bebês com idade a partir de 45 dias constataram que o grupo de mães com indicativos clínicos de depressão pós-parto tendem a utilizar mais práticas negativas (disciplina relaxada, punição inconsistente e negligência) do que positivas quando comparadas com o grupo de mães sem esses indicadores. Os resultados sugerem que essas práticas negativas se configuram como fatores de risco para o desenvolvimento saudável do bebê e para a interação entre a díade⁷.

Diante desses achados, aponta-se como importante a identificação precoce dos sintomas depressivos, de ansiedade e estresse tanto no período gestacional e no puerpério com estratégias de intervenção centrada na família. A intervenção precoce centrada na família possibilita acompanhar os cuidados e estímulos oferecidos por esse grupo social que impactam diretamente o desenvolvimento do bebê. Neste sentido reforça o apoio psicossocial e educação parental, que em primeira instância objetiva diminuir o estresse, a ansiedade e sintomas depressivos, e aumentar práticas parentais positivas, a sensibilidade materna, bem como a capacidade de responder assertivamente na interação e cuidados com o bebê. A melhora na qualidade da relação pais-filhos, bem como a interação entre pais-filhos, segundo os autores, resulta em ganhos para o desenvolvimento global do bebê¹⁸.

Considerando que a prematuridade pode potencializar o aumento de indicadores emocionais clínicos e impactar a qualidade do vínculo mãe-bebê, foi realizado um estudo que teve como objetivo intervir com duas duplas mãe-bebê prematura durante o período que o bebê esteve internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Os resultados desse estudo, apontaram para o aumento da sensibilidade quanto às necessidades iniciais do bebê⁶. Ao analisar os efeitos de um programa de intervenção junto a 40 mães de bebês, 20 mães adolescentes e 20 adultas, quanto às práticas parentais educativas utilizadas, concluíram que no grupo de mães adolescentes as práticas parentais foram significativamente melhores quando comparadas ao grupo de mães adultas, demonstrando a efetividade de um grupo de intervenção para a maioria delas, que decorrente da participação melhoraram suas práticas parentais. Neste contexto, observa-se a importância do atendimento centrado na família durante a intervenção com o bebê como prevenção aos fatores de risco, favorecimento do desenvolvimento global da criança, e aprimoramento das práticas parentais positivas, aumentando a efetividade dos programas de Intervenção Precoce¹⁹.

Dada a importância da qualidade da interação mãe-bebê nos primeiros anos de vida e do suporte emocional às mães desses bebês, este estudo buscou responder à questão: uma intervenção psicoeducativa melhora a saúde emocional de mães de bebês prematuros e influencia o desenvolvimento deles? O presente estudo pretendeu: a) descrever e comparar a saúde emocional de mães de bebês do com indicadores clínicos emocionais e participantes da intervenção (G1), com indicadores e não participantes da intervenção (G2) e, sem indicadores (G3); b) comparar o desenvolvimento dos bebês dos três grupos aos três e aos seis meses (intergrupos) e, d) relacionar a saúde emocional e o desenvolvimento dos bebês dos três grupos aos três e aos seis meses de idade.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo tem delineamento quase experimental, contando com comparação de três grupos de conveniência, avaliando o impacto de uma intervenção na saúde emocional materna e no desenvolvimento de bebês.

Participantes

Seleção da amostra e composição dos grupos: As mães de bebês nascidos prematuros em uma

cidade do interior paulista e região foram convidadas a participar do projeto “Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães”. As mães e seus respectivos bebês foram identificados por meio da Secretaria de Saúde, via Banco de Leite Humano que encaminhavam mensalmente a lista de todos os bebês nascidos. O critério de participação das mães no presente estudo era ter respondido aos instrumentos de avaliação da saúde emocional, para identificação de presença ou ausência de indicadores emocionais clínicos como estresse, ansiedade e depressão e de parentesco biológico. Adotou-se como critério de exclusão mães que realizavam acompanhamento em outros serviços de atendimento. O critério de participação dos bebês era o de ter nascido com idade gestacional até 35 semanas e peso ao nascer igual ou inferior a 2.000kg o que totalizou 67 bebês e suas mães.

As mães e os seus respectivos bebês foram distribuídas em três grupos de acordo com a presença ou ausência de indicadores emocionais clínicos maternos, avaliados aos três meses de vida do bebê e participação ou não no grupo de intervenção. O Grupo 1 (G1) era composto por 22 mães com dois ou mais indicadores emocionais, que aceitaram participar do grupo de intervenção terapêutico educativo. O Grupo 2 (G2) era composto por 20 mães com dois ou mais indicadores emocionais, mas que não aceitaram participar do grupo de intervenção e, o Grupo 3 (G3) era composto por 25 mães sem indicadores emocionais.

Das características dos bebês, quanto ao sexo a distribuição foi equitativa nos grupos 2 e 3. No G1 59% eram meninos. Quanto as semanas gestacionais, nos três grupos mais de 50% dos bebês nasceram entre 34 a 36 semanas. Nos três grupos cerca de 50% dos bebês permaneceram até 10 dias internados em UTIN. Os bebês dos grupos 1 e 2, na maioria, tinham pelo menos um irmão. No G3 a maioria era filho único.

Quanto à caracterização das mães e das famílias dos bebês dos três grupos, a maioria das mães tinha mais de 31 anos de idade. No que se refere à escolaridade prevaleceu, para os Grupos 1 e 3 e a amostra total, o ensino médio completo e para o G2, o ensino fundamental completo. Quanto ao trabalho fora do lar, a maioria das mães do G3 o fazem, enquanto nos demais grupos e para a amostra total prevaleceu a permanência no lar. Quanto ao tipo de família a mais frequente foi a família nuclear para os três grupos. Em todos os grupos a maioria das mães relatou não ter planejado a gravidez e, o parto cesáreo foi o mais frequente para os três grupos.

Instrumentos

Foram utilizados para as medidas de pré e pós-intervenção com as mães os seguintes instrumentos:

a) *Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo* (EDPS)

Trata-se de um instrumento de autoavaliação utilizado para verificar a presença/ausência de depressão pós-parto. O instrumento é composto por 10 afirmações referentes a presença de sintomas depressivos no puerpério. Para cada afirmação atribui-se uma pontuação de zero a três²⁰.

b) *Inventário de Ansiedade Traço-Estado* (IDATE)

É composto por duas escalas que identificam a ansiedade estado (IDATE-E) ou ansiedade traço (IDATE-T). Cada escala é composta por 20 afirmações com uma pontuação que varia de zero os quatro pontos. O score total pode variar de 20 a 80 pontos. Considera-se ansiedade-traço pontuações acima de 49 e ansiedade-estado acima de 48 pontos²¹.

c) *Índice de Stress Parental* (PSI)

É um instrumento com o objetivo de avaliar o nível de estresse parental no domínio da criança e dos pais. Contém 36 afirmações, subdividido em Angústia Parental (AP), Interação com a criança (IC), Criança difícil (CD). Os resultados são atribuídos por subescalas gerando um escore total. Quanto mais elevadas as pontuações, maior é o nível de stress parental²².

d) *Escala de Estresse Percebido (PSS)*

É uma escala que mensura o estresse com uma aplicação simples e rápida. Constituída por 14 afirmações, sendo positivas e negativas, que refere como a pessoa se sentiu ou pensou no último mês até o momento da avaliação. Para cada afirmação atribui-se uma pontuação de zero a quatro pontos e o resultado total é a somatória de todos os itens. O score total varia de zero a 56 pontos, pontuação acima de 44 sugere a presença de estresse percebido²³.

Para avaliação dos bebês foi empregada:

a) *Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil - Bayley III*

Desenvolvida por Nancy Bayley²⁴ é considerada uma medida abrangente de avaliação do desenvolvimento da criança. É subdividida em cinco domínios, Cognição, Linguagem (expressiva e receptiva), Motor (grosso e fino), social emocional e comportamento adaptativo, sendo os três primeiros testados diretamente pelo avaliador. Aplicada de uma forma lúdica permite identificar precocemente atrasos de desenvolvimento ou necessidade de avaliações mais aprofundadas. A pontuação das escalas é obtida somando-se todos os itens que foram avaliados e somados aos da idade anterior gerando um escore bruto para cada subescala. Este escore é convertido em pontos padronizados e gerados um score normativo.

Procedimento de coleta de dados

Pré-intervenção: Mediante convite às mães, aos três meses de vida do bebê, era feita uma apresentação do projeto em todas as suas fases. Resolvidas as dúvidas e com o aceite para participação no referido projeto era realizado os procedimentos éticos. Em seguida, era agendado com cada mãe, dia e horário para o início da coleta de dados. No dia marcado as mães responderam, individualmente os instrumentos EPDS, IDATE, PSI e PSS. Paralelamente os bebês foram submetidos à avaliação de desenvolvimento por meio da aplicação das Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil – Terceira Edição (Bayley III).

Posteriormente, aconteciam as reavaliações do desenvolvimento do bebê aos seis, nove e 12 meses com intervenções com equipe transdisciplinar entre as avaliações. A reavaliação da saúde emocional materna era feita aos nove meses do bebê, após a intervenção psicoeducativa com as mães com indicadores clínicos de saúde emocional aos três meses.

Intervenção (grupo de psicoeducação): O grupo foi conduzido por duas facilitadoras, uma psicóloga com função de terapeuta outra com a função de co-terapeuta previamente capacitadas por uma docente do programa de pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Unesp/Bauru com trajetória de pesquisa na área e com experiência clínica. As sessões tiveram supervisões mensais com o objetivo de analisar as sessões, as demandas apresentadas ou sanar dúvidas apresentadas pelas facilitadoras, bem como auxiliar na tomada de decisões em relação às intervenções.

A intervenção em grupo para mães objetivou oferecer apoio à saúde emocional no pós-parto. As mães foram distribuídas em quatro grupos, sendo dois com cinco participantes e dois com seis participantes totalizando 22 mães que participaram de pelo menos, três dos cinco encontros previstos.

Foram realizadas cinco sessões semanais com duração média de 60 minutos, com objetivos específicos. Cada sessão era dividida em três partes: (1) treinamento de atenção plena (10 min), com o objetivo de reduzir o estresse percebido, concentrar a atenção em pensamentos, sentimentos, sensações corporais e percepções, visando sensibilizar as mães para a exposição dos temas de cada encontro; (2) psicoterapia e educação (30 min), com temas específicos em cada encontro (*1º encontro:* Questões Psicofisiológicas da saúde emocional - reflexão sobre as mudanças fisiológicas e emocionais durante a gestação e no pós-parto; *2º encontro:* Saúde Emocional Materna – com o objetivo trabalhar as emoções e a solidão no puerpério favorecendo a exposição sobre as principais alterações de humor decorrente

do pós-parto, bem como as relações com o contexto social e história de vida, com treino de estratégias de regulação emocional de estresse, ansiedade e depressão; *3º encontro*: Papéis Sociais da Mulher – proposta de reflexão sobre as expectativas sociais e culturais da maternidade, sensibilizando-as para a expressão de emoções sobre esse novo papel; *4º encontro*: Recuperando a Identidade - “Como posso cuidar melhor de mim mesmo?” Com a dinâmica da construção da linha do tempo foram levantadas as possibilidades da retomada de outros papéis como: volta ao trabalho (formal ou informal), retomada da intimidade do casal ou de possibilidades de novos relacionamentos, questões sobre sexualidade no pós-parto, o papel do pai (sendo ou não parceiro afetivo), estratégias de gestão relacionada a conflito com o parceiro, bem como informações sobre rede de apoio especializada e rede de apoio familiar ou informais e, *5º encontro*: Relação Mãe-bebê - identificar a história de aprendizagem das mães, refletir sobre algumas crenças, bem como exposição dialogada sobre cuidados primários e estimulação, sono do bebê, alimentação, práticas parentais, limites e a criação de filhos emocionalmente saudáveis, bem como a finalização da realização do grupo, verificando o processo de aprendizagem por parte das mães). (3) discussão em grupo (20 min): Os encontros terminavam com a integração de tópicos educativos, estratégias de enfrentamento e observações. Com elas, foram discutidas possibilidades de realizar a aplicação de seu novo conhecimento ou estratégias no relacionamento com seus bebês e com outras pessoas significativas.

Pós-intervenção: Após a participação no grupo por volta dos nove meses do bebê, as mães eram convidadas a responder aos mesmos instrumentos para verificar a presença ou ausência de indicadores emocionais clínicos. As mães que apresentaram indicadores clínicos emocionais, mas não participaram do grupo e as que não apresentaram indicadores clínicos também responderam, aos nove meses do bebê, os mesmos instrumentos da avaliação inicial.

Procedimentos de análise de dados

Inicialmente, os dados das avaliações da saúde emocional e do desenvolvimento dos bebês foram analisados de acordo com as normas de seus manuais. No caso dos bebês consideraram-se as pontuações obtidas no terceiro e sexto mês do bebê da escala Bayley. Seguidamente, realizou-se a estatística descritiva dos dados em termos de frequência, média, desvio padrão de acordo com as variáveis, contínuas ou discretas.

A comparação entre os grupos foi realizada por análise multivariada (Anova Multivariada), atendendo aos critérios de número amostral superior a 30 participantes e homogeneidade entre os grupos, observada pelo teste de Levene ($p > 0,05$). As médias foram geradas por estatística descritiva. Também utilizou-se do teste de Pearson, para análise correlacional, com intervalo de confiança de 95% ($p < 0,005$). Todo o tratamento estatístico dos dados foi realizado por meio do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) na versão 27. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

As mães dos Grupos G1 e G2 foram aquelas que apresentaram indicadores clínicos em pelo menos um dos instrumentos que justificavam o seu encaminhamento para o Grupo de Intervenção em Psicoeducação e o Grupo 3 era composto por mães sem indicadores clínicos de saúde emocional. Os dados da Tabela 1 mostram os resultados nos instrumentos aplicados nas mães dos três grupos. Observou-se que as médias foram semelhantes para os Grupos 1 e 2 em todos os instrumentos aplicados, sem diferenças estatisticamente significativa entre eles (Tabela 1). Comparando as médias do G1 e G2 com G3, as médias deste último são significativamente menores que as deles, em todos os instrumentos aplicados.

Tabela 1. Saúde emocional de mães com e sem indicadores e com e sem intervenção.

	G1 mães com indicadores/com intervenção	G2 mães com indicadores/sem intervenção	G3 mães sem indicadores/sem intervenção			
Instrumento	M (DP)	M (DP)	M (DP)	F	p	Post hoc
Idade-estado	49,30(7,76)	50,65 (8,40)	35,36 (7,6)	28,385	0,000	G1 > G3; G2 > G3
Idade-traço	53,11(10,61)	54,54 (7,74)	37,72 (5,95)	43,489	0,000	G1 > G3; G2 > G3
PSI AP	42,42 (8,19)	41,45 (8,25)	22,40 (7,26)	50,921	0,000	G1 > G3; G2 > G3
PSI IC	24 (8,67)	23,37 (7,87)	17,68 (6,42)	5,096	0,009	G1 > G3; G2 > G3
PSI CD	26,34 (8,80)	23,04 (8,44)	18,16 (5,76)	7,093	0,002	G1 > G3; G2 > G3
PSI total	91,07(22,86)	87,87 (16,93)	58,36 (14,84)	23,524	0,000	G1 > G3; G2 > G3
PSS	31,38 (6,67)	30,87 (6,52)	17 (7,13)	35,477	0,000	G1 > G3; G2 > G3
EPDS	16,84 (5,62)	15,45 (4,5)	3,68 (2,88)	65,476	0,000	G1 > G3; G2 > G3
Indicadores	3,42 (1,36)	3,08 (1,50)	0	64,948	0,000	G1 > G3; G2 > G3

Notas: M= Média, DP = Desvio padrão.

A Tabela 2 apresenta os resultados das comparações intergrupos do desenvolvimento dos bebês aos três meses para os três grupos. Em relação às comparações entre o G1, G2 e G3, não foram observadas diferenças significativas entre o desempenho dos bebês em nenhuma das áreas avaliadas.

Tabela 2. Desenvolvimento aos três meses de bebês filhos de mães com e sem indicadores e com e sem intervenção.

	G1 (N=26)	G2 (N = 24)	G3 (N =25)			
Area	M (DP)	M (DP)	M (DP)	F	p	Post hoc
Cognição	5,31 (2,78)	5,04 (2,8)	5,92 (3,09)	,596	0,554	-
Motor Fino	8,35 (3,32)	8,83 (2,92)	8,80 (3,68)	,170	0,844	-
Motor Grosso	4,76 (2,58)	5,92 (2,84)	5,64 (3,08)	1,125	0,330	-
Ling. Expressiva	6,8 (2,81)	7,87 (2,96)	7,44 (3,20)	,805	0,451	-
Ling. Receptiva	7,46 (2,25)	6,50 (1,76)	6,76 (2,91)	1,116	0,333	-

Notas: M= Média, DP = Desvio padrão.

Em relação aos resultados das comparações intergrupos do desenvolvimento dos bebês aos seis meses para os três grupos, tempo em que as mães do Grupo 1 participaram do Grupo de Psicoeducação, não observou-se diferenças significativas entre o G1 e o G2 em nenhuma das áreas avaliadas. Em Linguagem Receptiva houve diferença significativa entre G3 e os outros dois grupos. Observou-se, ainda uma tendência (diferença acima de 0,05) entre o Desenvolvimento Motor Grosso entre o G3 e o G1, com desempenho melhor para G3 (Tabela 3).

Tabela 3. Desenvolvimento aos seis meses de bebês filhos de mães com e sem indicadores e com e sem intervenção.

Area	G1 (n = 26)	G2 (N = 20)	G3 (N = 25)	F	p	Post hoc
	M (DP)	M (DP)	M (DP)			
Cognição	5,04 (2,60)	5,15 (2,46)	6,16 (3,33)	1,164	0,318	-
Motor Fino	5,30 (2,76)	5,30 (3,01)	6,40 (3,34)	1,047	0,357	-
Motor Grosso	4,50 (2,74)	4,85 (2,94)	6,56 (3,80)	2,926	0,060	G3 > G1
Ling. Expressiva	7,35 (1,20)	7,50 (1,43)	8,00 (2,30)	,980	0,381	-
Ling. Receptiva	7,11 (3,04)	6,80 (2,31)	8,76 (2,90)	3,343	0,041	G3 > G2; G3 > G1

Notas: M= Média, DP = Desvio padrão.

Análises para verificar a existência de relação entre a saúde emocional materna e o desenvolvimento dos bebês aos três e aos seis meses considerando os três grupos foram empregadas neste estudo por meio do Teste de Pearson. No G1, a Cognição ($rs=0,485^*$) e o Motor Fino ($rs = 0,473^*$) mostrou-se estatística e positivamente correlacionado com o PSS, instrumento que avalia o estresse parental. No G2, apenas o Motor Grosso ($rs=0,454^*$) associou-se com o PSS, indicando uma correlação moderada entre as medidas. No G3 observa-se que a Linguagem Receptiva se mostrou correlacionada com PSI-ICP ($rs=0,462^*$), ainda que moderada, com PSI-CD ($rs=0,526^{**}$) e com PSI-Total ($rs=0,523^{**}$), uma correlação forte, como apresentado na Tabela 4.

Considerando a existência de relação entre a saúde emocional e o desenvolvimento dos bebês aos seis meses, verifica-se que no G1, a Linguagem Expressiva ($rs= - 0,440^*$) correlacionou-se estatisticamente e negativamente com o Idate-Estado indicando que quanto mais ansiosa a mãe se apresenta mais baixo é o desenvolvimento do bebê em Linguagem Expressiva (Tabela 4). Todavia, a correlação encontrada foi moderada. O desenvolvimento em Motor Fino ($rs=0,469^*$) e Motor Grosso ($rs=0,468^*$) mostrou-se estatisticamente e positivamente correlacionado com o PSS (moderada). No G2 é possível notar que apenas a Linguagem Receptiva ($rs= -0,503^*$) correlacionou-se estatisticamente e negativamente moderada com o EPDS, instrumento que avalia a depressão pós-parto, o que significa dizer que índices mais altos de depressão materna sugerem pontuações mais baixas em Linguagem Receptiva em bebês. Por outro lado, no G3 a Linguagem Receptiva apresentou-se relacionada positivamente com estresse familiar nas dimensões avaliadas como PSI-IC ($rs=0,462^*$), PSI-CD ($rs=0,526^{**}$) e com o PSI-Total ($rs=0,523^{**}$). Duas das correlações encontradas foram fortes.

Tabela 4. Matriz da correlação entre saúde emocional e desenvolvimento aos 3 e aos 6 meses, para os três grupos.

3 meses						
Áreas	G1	G2	G3			
	PSS	PSS	PSIIC	PSICD	PSITOTAL	
COG	R=0,485*					
MF	R= 0,473*					
MG	R= 0,454*					
LE						
LR			R=0,462*		R=0,526**	R=0,523**
6 meses						
Áreas	G1	G2		G3		
	Idate-estado	PSS	EPDS	PSIIC	PSICD	PSITOTAL
COG						
MF		R=0,469*				
MG		R= 0,468*				
LE		R=- 0,440*				
LR			R= -,503*	R= 0,462*	R= 0,526**	R= 0,523**

Nota. r: Coeficiente de correlação de Pearson; p: Valor de p; * p < 0,05; **p < 0,01

DISCUSSÃO

Dentre os objetivos específicos deste estudo pretendeu-se descrever e comparar a saúde emocional de mães de bebês prematuros aos três e aos seis meses, divididos em três grupos: G1 com mães com indicadores emocionais clínicos que participaram de um grupo de Psicoeducação, o G2, com mães com indicadores emocionais clínicos que não participaram do referido grupo e, o G3 com mães sem indicadores emocionais. A avaliação da saúde emocional apontou para resultados semelhantes os Grupos 1 e 2, sem diferenças significativas entre eles. Observou-se que, ainda que sem significância, as médias foram maiores para o G1 e para as participantes dos dois grupos foram maiores em Ansiedade-Traço e Depressão pós-parto, com média muito acima da nota de corte (48 pontos para IDATE Traço e 10 para o EPDS). Esses dados confirmam o encontrado por outros autores^{5,13}.

Em estudo realizado com mães de bebês prematuros foi constatado indicadores emocionais de ansiedade (traço e estado) e depressão mais elevados durante e após a alta hospitalar quando comparado ao grupo de mães sem indicadores clínicos⁵. Em outro estudo, foi observado que quanto mais baixo o peso de nascimento e a idade gestacional, maiores os índices de ansiedade materna após duas semanas da alta hospitalar do bebê. Foi verificado nas mães indicativos de ansiedade-estado, assim, como neste estudo em que as mães obtiveram médias mais altas em ansiedade-estado. Isto é, as mães mais ansiosas responderam aos instrumentos de maneira característica as circunstâncias estressantes que permearam o nascimento prematuro do bebê¹³. Embora os critérios de comparação quanto aos indicativos emocionais clínicos nos estudos mencionados tenham seguido em outras direções vale destacar o quão é recorrente a presença de indicadores de ansiedade, estresse e depressão em mães que vivenciam o nascimento prematuro e o sofrimento psicológico e emocional que se segue após o parto e/ou durante os primeiros meses de vida do bebê. Todavia, houve um grupo

de mães que, apesar das dificuldades com a condição do seu bebê, conseguem passar com relativa tranquilidade essa fase, como é o caso das mães do Grupo 3, que não apresentaram indicadores clínicos em nenhum dos instrumentos utilizados, com resultados significativamente mais baixos em todos os instrumentos utilizados.

Ao comparar o desenvolvimento dos bebês aos três e aos seis meses, considerando G1, G2 e G3, o objetivo era verificar se havia diferenças entre o seu desenvolvimento, considerando a presença e ausência de indicadores clínicos de saúde emocional e a participação das mães no Grupo de Psicoeducação. Observou-se que não houve diferenças significativas entre o G1, G2 e G3 entre as áreas avaliadas aos três meses. Os resultados sugerem que, aos três meses os efeitos da saúde emocional materna ainda não têm impacto sobre o desenvolvimento dos bebês.

Os resultados encontrados não confirmaram os de estudos que mostraram influência negativa da depressão, ansiedade e estresse maternos sobre a relação da díade, dificultando o estabelecimento do vínculo mãe-bebê e gerando consequências negativas para o desenvolvimento da criança em vários aspectos do seu neurodesenvolvimento^{25,26}. Todavia, o número de participantes pode influenciar os dados obtidos, assim como a diferença dos instrumentos utilizados.

Na comparação do desenvolvimento dos bebês aos seis meses para os três grupos, os bebês do G3 apresentaram médias mais elevadas em todas as áreas avaliadas, apontando para a boa saúde emocional materna como um fator de proteção para o desenvolvimento dos bebês desse grupo. Todavia, as diferenças foram significativas em Linguagem Receptiva quando comparado com os demais grupos. Também observou-se uma tendência para diferença significativa em Desenvolvimento Motor quando comparado com o G1.

Os dados parecem indicar que filhos de mães sem indicadores emocionais clínicos apresentaram melhores desempenhos em todas as áreas. Tais dados corroboram aos achados de um estudo¹⁷, que constatou que mães sem indicadores emocionais interagiram mais com seus bebês tanto positivamente quanto negativamente, quando comparadas às mães com indicadores clínicos, pois estas tendiam a estabelecer interação inadequada com os filhos, interferindo negativamente no desenvolvimento saudável destes. No entanto, a participação no Grupo de Psicoeducação não fez a diferença no desenvolvimento dos bebês. Não foram encontrados estudos com intervenções terapêuticas junto a mães de bebês até os seis meses e a influência delas sobre o desenvolvimento de bebês. Alguns fatores podem ter incidido sobre os resultados como o pequeno número de encontros (de quatro a seis), o fato de ser em grupo, o que pode dificulta a reflexão sobre problemáticas específicas e ser um grupo com foco em questões gerais, sem a possibilidade de aprofundamento das temáticas propostas em função do tempo. No entanto, a identificação de indicadores clínicos emocionais em mães de bebês prematuros sugere que é uma população que deve ser sistematicamente avaliada e, pelo menos, encaminhada para serviços de apoio terapêutico, para que tais estados não piorem e prejudiquem a mãe e sua prole.

O último objetivo buscou relacionar a saúde emocional e o desempenho das crianças aos três e aos seis meses de idade, para cada um dos grupos. Aos três meses Cognição, Motor Fino e Motor Grosso correlacionou positivamente com estresse avaliado pelo PSS, para o Grupo 1. Aos seis meses o estresse correlacionou positivamente, para o Grupo 2 com Motor Fino, Motor Grosso e Linguagem Expressiva. Isso significa que, quanto maior o estresse melhor o desenvolvimento dos bebês. Todavia, a Tabela 1 mostra que a média para o G1, aos três meses foi de 31,38 pontos e, para o G2 foi 30,87, pouco acima da pontuação do teste (30) para nível clínico. É possível que mães estressadas acabem estimulando mais os seus bebês do que mães menos estressadas. Considerando que as mães do G2 não passaram por nenhum processo terapêutico, é possível que o estresse tenha permanecido, influenciando o desenvolvimento dos seus bebês aos seis meses. Os resultados encontrados corroboraram um estudo¹⁶ que também mostrou maior desenvolvimento de bebês, avaliados pelo Inventário Portage Operacionalizado, filhos de mães com nível clínico de estresse.

Os Grupos 1 e 2 apresentaram nível clínico de estresse parental somente na dimensão Angústia

dos Pais, que equivale ao estresse por motivos outros que não os relacionados à criança. Nas demais dimensões os grupos ficaram abaixo da pontuação clínica. Esses dados confirmam os encontrados em um estudo que avaliou a saúde emocional materna com este instrumento e também encontrou resultados abaixo no nível clínico nas dimensões relacionadas à criança, mesmo se tratando de bebês com doenças graves²⁷. Para o Grupo 3, ainda que as pontuações no instrumento não fossem clínicas, observou-se correlação positiva, aos três e aos seis meses entre o estresse na interação com a criança (PSI-IC), criança difícil (PSI-CD) e no PSI total. Tais dados apontaram que, quanto maior a pontuação nas dimensões, melhor o desempenho da criança em Linguagem Receptiva, sugerindo que um pouco de estresse materno pode ser um fator de proteção para o desenvolvimento da linguagem infantil. Todavia, outros estudos poderão referendar tais resultados.

Estes dados confirmam as afirmações de um estudo que ressalta que as mães ansiosas podem interagir com seus filhos de forma mais intrusiva, desviando a atenção da criança da atividade e dificultando o exercício e desenvolvimento da linguagem⁵. Por outro lado, estes dados não confirmam os achados de outro estudo¹⁰, em que a depressão materna presente aos quatro meses de vida do bebê apontou médias inferiores em cognição aos quatro e aos 16 meses. Neste presente estudo aos três meses a cognição se correlacionou com os índices de estresse apresentada pelas mães. Essa diferença pode ser justificada tanto em relação aos instrumentos utilizados quanto em relação aos critérios para avaliação, ou seja, as idades escolhidas para aplicação dos instrumentos. Vale destacar que a depressão se apresentou como fator de risco para o desenvolvimento do bebê, todavia, o estresse, não em nível clínico, ou pouco acima dele, se mostrou como fator de proteção ao desenvolvimento de bebês. Estudos sugerem cuidado especial à saúde emocional materna devido aos efeitos ainda pouco conhecido sobre o desenvolvimento infantil²⁸.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam para a saúde emocional materna como um fator de proteção ao desenvolvimento infantil, assim como a presença de indicadores clínicos, é um fator de risco, que pode aumentar com a idade da criança. Todavia, a participação em Grupo de Psicoeducação não alterou o desenvolvimento dos bebês.

Os achados do presente estudo reforçam a importância das avaliações da saúde emocional materna e dos bebês nascidos prematuros, bem como da implementação de programas de intervenção precoce centradas na criança e na família assegurando medidas de proteção para essa população mais vulnerável. Dentre as limitações deste estudo cabe destacar o tamanho da amostra, selecionada por conveniência o que dificulta a generalização dos resultados. Outra limitação foi o fato de as avaliações ocorrerem em curto espaço de tempo (aos três e seis meses dos bebês), provavelmente insuficiente para a intervenção gerar mudanças.

Em futuros estudos sugere-se um número maior de sessões de intervenção, intercalando sessões temáticas em grupo com sessões individuais. O referido estudo é importante por proporcionar não só a avaliação da saúde emocional, mas também por promover o suporte emocional às mães durante o primeiro ano de seus bebês em uma tentativa de reduzir os efeitos negativos dos fatores de risco e potencializar os mecanismos de proteção entre esta díade.

Contribuição dos autores

AMTC: Contribuição em todas as etapas do desenvolvimento do manuscrito

YF: Contribuição em todas as etapas do desenvolvimento do manuscrito

CFP: Contribuição em todas as etapas do desenvolvimento do manuscrito

JSS: Contribuição em todas as etapas do desenvolvimento do manuscrito

OMPRR: Contribuição em todas as etapas do desenvolvimento do manuscrito

Conflito de interesse

Os autores declaram não possuir conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Who. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth: Disponível em: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf. (2012). Acesso em: 14 de dezembro de 2020.
2. Prodócimo RFM. Alterações sensoriais e fatores associados em prematuros de muito baixo peso nos primeiros 2 anos de vida, São Paulo [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP; 2020. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/193245>
3. Gonçalves EB et al. Perfil Motor de Lactentes Nascidos no Município de Coari/AM. Saúde e Desenvolvimento Humano. 2018; 6(3): 47-54. <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v6i3.4847>
4. Rodrigues OMPR, Campos BC, Martins JM, Padovani FHP. Práticas e crenças maternas sobre cuidado e estimulação de bebês prematuros e a termo. Mudanças-Psicologia da Saúde. 2019; 27(2): 1-7. DOI: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v27n2p1-7>
5. Fraga DAD, Linhares MBM, Carvalho AEV, Martinez FE. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. Psicologia: Reflexão e crítica. 2018; 21(1): 33-41. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000100005>
6. Schaefer MP, Donelli TMS. Psicoterapia mãe-bebê: uma intervenção no contexto da prematuridade. Contextos Clínicos. 2017; 10(1): 33-47. 2017 Unisinos - DOI: 10.4013/ctc.2017.101.03
7. Mangili VR, Rodrigues OMPR. A influência da depressão pós-parto sobre as práticas educativas parentais. Contextos Clínicos. 2018;11(3): 310-318. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.113.03>
8. Krob AD, Godoy J, Leite KP, Mori SG. Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. Revista Psicologia e Saúde. 2017; 9(3): 3-16. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i3.565>.
9. Alves BKG, Silva EG, Depressão pós parto e seus efeitos na relação mãe-bebê. Rev Inic. Cient. e Ext. 2021; 4(1): 536-47. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/314/252>
10. MacManus BM, Poehlmann J. Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. Infant Behavior and Development. 2012; 35(3): 489-498. doi: 10.1016/j.infbeh.2012.04.005.
11. Nardi CGA, Rodrigues OMPR, Melchiori LE, Salgado MH, Tavano LA. Bebês com Sequência de Pierre Robin: saúde mental materna e interação mãe-bebê. Estudos de Psicologia. 2015; 32(1): 129-140. DOI: 10.1590/0103-166X2015000100012
12. Chemello MR, Levandowski, DC, Donelli, TMS. Ansiedade materna e relação mãe-bebê: um estudo qualitativo. Rev. SPAGESP. 2021; 22(1): 39-53. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702021000100004&lng=pt&nrm=iso.
13. Zekowitz P, Bardin C, Papageorgiou A. Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants. Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health. 2007; 28(3): 296-313. DOI: 10.1002/imhj.20137

14. Cavalcante MCV, Filho, FL, França, AKTC, Lamy, ZC. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(5): 1683-1693. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.21722015>
15. Silva TAG, Leite, MF. Vínculo afetivo materno: processo fundamental para o desenvolvimento infantil uma revisão de literatura. *Salusvita*. 2020; 39(1): 277-295. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v39_n1_2020/salusvita_v39_n1_2020_art_19.pdf.
16. Pereira VA, Rodrigues OMPR, Carvalho SZL, Chiodelli T. Influências do estresse e ansiedade puerperal nos primeiros meses do desenvolvimento infantil. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. 2015; 15(1). Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/Cadernosdeposgraduacaoemdisturbiosdodesenvolvimento/2015/vol15/no1/8>.
17. Mangili VR. Indicadores de depressão pós-parto, ansiedade e estresse maternos: influências sobre a interação mãe-bebê. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2017.
18. Silva RS, Porto, MC. A Importância da Interação Mãe-Bebê. *Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde*. 2016; 20 (2): 73-78. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com.br/index.php/ensaio-ciencia/article/download/4045/3271>
19. Machado MAM. Perspectivas de famílias sobre as práticas de Intervenção Precoce na Infância: o que nos diz a literatura. *Revista Educação Especial*. 2019; 32: 1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1984686X29789>
20. Cox JL., Holden JM., Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150: 782-786. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782
21. Spielberger CD., Gorsuch RL., Lushene RE. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1970.
22. Abidin R R. PSI-4 professional manual. Psychological Assessment Resources: Luts, FL. 2012.
23. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24:385-396. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1984-24885-001>
24. Bayley NB Escalas de Desenvolvimento do bebê e da criança pequena (3ed), São Paulo: Pearson Clinical, Brasil, 2018.
25. Brasil. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. A mãe sabe parir, e o bebê sabe como e quando nascer Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
26. Oliveira ASF. O Impacto dos estados emocionais negativos maternos na vinculação materna pós-natal em mães de bebês pré-termo [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012.
27. Alves GMAN, Rodrigues OMPR, Cardoso HF. Indicadores emocionais de mães de bebês com risco para o desenvolvimento. *Pensando famílias*. 2018; 22(2): 70-87. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000200006&lng=pt&nrm=iso.
28. Pontes GAR, Cantillino A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2014; 63(4): 290-298. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0290.pdf>