



Universidades Lusíada

Perrone, Rosely Aparecida Prandi
Oliveira, Vera Maria Barros de

O nascimento prematuro

<http://hdl.handle.net/11067/4612>

<https://doi.org/10.34628/8xz2-p123>

Metadados

Data de Publicação

2017

Resumo

O nascimento prematuro é um potencial risco biológico e psicossocial para o desenvolvimento da criança, expondo-a a eventos adversos. É também um risco para a saúde mental materna, gerando alto nível de ansiedade e depressão. Este estudo tem o objetivo de investigar a influência do lúdico no nível de ansiedade de mãe de recém-nascido prematuro hospitalizado. Trata-se de uma investigação avaliativainterventiva-evolutiva, realizada com 30 mães, em um hospital universitário da Grande São Paulo. Ini...

Preterm birth is a potential biological and psychosocial risk for the child's development, exposing him to adverse events. It is also a risk to maternal mental health, generating a high level of anxiety and depression. This study aims to investigate the influence of ludic on the level of anxiety of the mother of premature newborns hospitalized. Evaluative-interventional-evolutionary study, performed with 30 mothers, in a university hospital in Greater São Paulo. It began with the survey of the g...

Palavras Chave

Bebés prematuros, Distúrbios psiquiátricos no pós-parto

Tipo

article

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] RPCA, v. 08, n. 1 (Janeiro-Junho 2017)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-20T08:53:52Z com informação proveniente do Repositório

O NASCIMENTO PREMATURO

PREMATURE BIRTH

Rosely Aparecida Prandi Perrone

Psicóloga Clínica e Hospitalar. Fundação do ABC

Vera Maria Barros de Oliveira

Universidade de São Paulo. Academia Paulista de Psicologia. ITLA

Resumo: O nascimento prematuro é um potencial risco biológico e psicossocial para o desenvolvimento da criança, expondo-a a eventos adversos. É também um risco para a saúde mental materna, gerando alto nível de ansiedade e depressão. Este estudo tem o objetivo de investigar a influência do lúdico no nível de ansiedade de mãe de recém-nascido prematuro hospitalizado. Trata-se de uma investigação avaliativa-interventiva-evolutiva, realizada com 30 mães, em um hospital universitário da Grande São Paulo. Iniciou-se com o levantamento do perfil gestacional, seguido do estado emocional por meio da Escala de Ansiedade, Depressão e Irritabilidade (IDA) e a expectativa quanto ao bebê, com o Inventário de Percepção Neonatal (IPN-I). Foram efetuadas intervenções grupais lúdicas em 16 encontros, um a cada semana, de 60 minutos, segundo modelo piagetiano, que estimula processos afetivo-emocionais e cognitivos. O perfil traçado mostrou antecedentes de gravidez de risco. A IDA apontou 75% das mães com alto nível de ansiedade e depressão. O IPN-I comprovou que as mães têm expectativas positivas em relação ao seu bebê. A análise interventiva revelou que a criação de grupos lúdicos foi favorável, com alta adesão e motivação das mães. Observou-se progressiva descontração, interação, liberação de conteúdos ansiógenos e angustiantes relativos ao descompasso entre o bebê esperado e o bebê real. Verificou-se que a intervenção lúdica grupal sugere uma estabilidade no nível de ansiedade materna ao longo da internação do recém-nascido prematuro, podendo ser considerada benéfica para ambos.

Palavras-chave: Nascimento prematuro, Ansiedade materna, Lúdico.

Abstract: Preterm birth is a potential biological and psychosocial risk for the child's development, exposing him to adverse events. It is also a risk to maternal mental health, generating a high level of anxiety and depression. This study aims to investigate the influence of ludic on the level of anxiety of the mother of premature newborns hospitalized. Evaluative-interventional-evolutionary study, performed with 30 mothers, in a university hospital in Greater São Paulo. It began with the survey of the gestational profile, followed by the emotional state through the Anxiety, Depression and Irritability Scale (IDA) and expectancy for the baby, with the Inventory of Neonatal Perception (IPN-I), accomplished with 16 ludic groups, in weekly sessions of 60 minutes each, on a Piagetian basis, reconciling affective-emotional and cognitive processes. The profile data showed a history of risky pregnancy. IDA demonstrated 75% of mothers with high levels of anxiety and depression. IPN-I proved that mothers have positive expectations regarding their baby. Interventional analysis revealed that creating ludic groups was favorable, with high adherence and motivation of the mothers. Progressive relaxation, interaction, release of anxious and distressing contents related to the mismatch between the expected baby and the actual baby were observed. It was verified that the ludic group intervention suggests stability in the level of maternal anxiety during the newborn

hospitalization, and can be considered a benefit for both.

Keywords: Premature birth, Maternal anxiety, Ludic.

Introdução

O nascimento prematuro configura-se como um potencial risco biológico e psicossocial para o desenvolvimento da criança, expondo-a a eventos adversos, tais como frequentes hospitalizações em função de problemas de saúde e dificuldade para a consolidação de um vínculo afetivo positivo dos pais (Linhares, 2003). Caracteriza-se ainda como um risco para a saúde mental materna (Doering, Moser, & Dracup, 2000; Klaus, Kennell, & Klaus, 2000; Mew, Holditch-Davis, Belyea, Miles, & Fishel, 2003; Ruttenberg, Finello, & Cordeiro, 1997; Singer, Salavator, Guo, Collin, Lilien, & Baley, 1999; Wijnroks, 1999; Younger, Kendell, & Pickler, 1997; Zanardo & Freato, 2001).

O parto prematuro priva a mãe das últimas semanas de gestação e da preparação para o parto, promove a separação precoce mãe-bebê e desencadeia um processo de crise familiar (Ministério da Saúde, 2002). A preocupação materna inicial é com a sobrevivência do recém-nascido, o que gera sentimento de culpa e alto nível de ansiedade (Klaus et al., 2000).

Pesquisa sobre ansiedade com mães de recém-nascidos prematuros realizada na Dinamarca e no Brasil concluiu que os níveis de ansiedade independem do local de nascimento e da qualidade dos recursos hospitalares, pois o tipo de ansiedade materna tem a mesma resposta psicossomática (Valle, 2002).

O sofrimento provocado pela sensação de abismo entre a maternidade idealizada e o nascimento prematuro dificulta a adaptação materna à realidade vivida. Ao mesmo tempo em que perde o feto do ventre, a mãe perde também o bebê como imaginava e se depara com um recém-nascido frágil e pequeno, o que suscita sentimentos de impotência e frustração. Não apenas o recém-nascido, mas tudo o que é associado à maternidade é temporariamente interditado (Lungano, 2009; Scochi, Mello, Melo, & Gaíva, 1999).

A falta de possibilidade de a mãe interagir efetivamente com o recém-nascido prematuro pode levar ao fechamento em si mesma, o que causa dificuldade no bebê em desenvolver apego a ela (Poehlmann & Fiese, 2001).

Para o bebê prematuro, a vida afetiva é a chave do desenvolvimento. Ele necessita não só de rotinas ligadas ao ambiente físico, mas essencialmente de uma relação direta e positiva com sua mãe. Entretanto, com a separação brusca da mãe ao nascer, o prematuro é privado de tudo aquilo que um bebê nascido a termo recebe no que se refere aos cuidados maternos. Além disso, sofre procedimentos invasivos,

sente o odor dos tecidos da incubadora e o cheiro forte das substâncias usadas nos cuidados médicos indispensáveis (Ministério da Saúde, 2002).

Anualmente, 20% dos bebês nascem prematuramente em todo mundo, sendo a principal população atendida em unidades neonatais (Guimarães & Monticelli, 2007). Estima-se que são 15 milhões de prematuros a cada ano em todos os países (World Health Organization, 2016). Trata-se de um grupo amplo e heterogêneo, incluindo recém-nascidos entre o limite da viabilidade próximo ao termo, que apresentam características fisiológicas e patológicas próprias e variadas. Geralmente, é um recém-nascido que necessita de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Prematuro ou pré-termo é definido como um bebê nascido vivo antes de completar as 37 semanas de gestação (Goulart, 2004).

A literatura indica que o parto prematuro é um evento materno estressante, cuja mãe é confrontada com uma situação imprevisível (Brum & Schermann, 2004; Carvalho, Martinez, & Linhares, 2008; Ruiz, Cernadas, Cravedi, & Rodríguez, 2005; Schmücker et al., 2005).

Vários estudos confirmam efeitos positivos dos programas de intervenção desenvolvidos com mães de prematuros e seus bebês na redução dos sintomas de ansiedade, estresse e depressão, cujas reações emocionais interferem fundamentalmente na relação materna (Casanova, Valle, & Santos, 2009; Gasparetto, 1998; Melnyk, Crean, & Feinstein, 2008; Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte, & Martinez, 2004; Phibbs et al., 2007; Scochi, 2004).

Embora se verifique avanços diagnósticos e terapêuticos na área da Neonatologia e o posterior acompanhamento da evolução em longo prazo de recém-nascidos prematuros, pesquisas apontam que a falta de interação efetiva entre mãe-bebê pode levar a desordens no relacionamento entre ambos, comprometer a relação afetiva e acarretar repercussões no desenvolvimento geral da criança (Brum & Schermann, 2004; Carvalho et al., 2008; Casanova et al., 2002; Gasparetto, 1998; Klaus & Kennell, 1995; Melnyk et al., 2008; Padovani et al., 2004; Riuz et al., 2005; Schmücker et al., 2005; Scochi et al., 2004; Valle, 2002).

Dessa forma, este estudo investigou a influência do lúdico no nível de ansiedade da mãe de recém-nascido prematuro hospitalizado, buscando sua adaptação à realidade vivida e a conquista de uma relação materna efetiva, afetiva, ativa e participativa. Utilizou-se o lúdico como estratégia que conjuga espontaneidade e criatividade, leva a uma progressiva aceitação das regras sociais e morais, contribui nas habilidades e competências cognitivas e sociais, além de desenvolver vínculos afetivos duradouros (Oliveira, 2000).

Muitos teóricos têm enfatizado o lúdico como uma importante e significativa estratégia de alívio de experiências dolorosas e conquista de equilíbrio emocional. A brincadeira conserva características repetitivas e reprodutoras, facilitando frequentes introduções ao mundo, propicia um movimento interativo natural e gera prazer, o que é essencial para o processo de abertura ao meio e reorganização interna e externa.

Esse caráter interativo do brincar prepara o indivíduo para aprender a conviver com a realidade, reparando o dano do sofrimento e da ansiedade ligados ao processo vivido (Oliveira, 2006; Vieira & Carneiro, 2008).

Esta pesquisa desenvolveu-se com base nos dados do Ministério da Saúde do Brasil sobre recém-nascidos prematuros (Ministério da Saúde, 2002) e das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (2016), utilizando como referencial teórico Piaget (1973, 1978, 1979, 1987).

Metodologia

Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 30 mães de recém-nascidos prematuros, cujos bebês, ao nascer, foram encaminhados à Unidade Neonatal do Setor de Neonatologia do Hospital Estadual Mário Covas, na Grande São Paulo, Brasil. Trata-se de um hospital universitário, vinculado a Faculdade de Medicina do ABC, de nível terciário e referência de alta complexidade para a Região do Grande ABC. O estudo contou com a aprovação da Diretoria Técnica do hospital e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC. Todas as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra foi composta por conveniência.

Critérios de inclusão

- Ter tido um parto prematuro, cujo recém-nascido tivesse idade gestacional abaixo de 37 semanas e peso até 2.500 gramas;
- Ter idade entre 16 e 40 anos;
- Escolaridade até 2º Grau completo.

Critérios de exclusão

- História de doenças psiquiátricas, neurológicas e abuso de drogas
- Déficits visuais e auditivos.

Instrumentos

Para a coleta de dados e avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos: Entrevista Clínica Estruturada (ECE).

A Entrevista Clínica realizada com as mães foi baseada na Ficha de Internação, preenchida pela gestante ao dar entrada no hospital. Trata-se de um roteiro estruturado de entrevista, norteador de uma investigação clínica que forneceu dados da participante. Foi constituída especialmente para este estudo. Além dos dados pessoais (nome, idade, estado civil e profissão), a entrevista contém a história pessoal

e social; antecedentes de tratamento psicológico e neurológico; uso de tabaco ou outras drogas; desejo de ter filhos; planejamento e a aceitação da gestação; e pré-natal. Com base nesses dados, criou-se uma nova entrevista, separada em dois momentos: antes e depois do parto. O primeiro momento colheu informações que antecedem o parto, como desejo de ter filhos, gestações anteriores, outros filhos, pré-natal, entre outros. No segundo momento, foram investigadas questões relativas ao parto, ao contato inicial com o bebê, ao primeiro sentimento após o parto e ao processo de hospitalização do bebê. Para tabulação dos dados, foram consideradas apenas questões que ofereceram informações focadas no tema desta pesquisa, favorecendo a correlação entre todos os instrumentos utilizados.

Escala de Irritabilidade, Depressão e Ansiedade (IDA)

A IDA é uma escala constituída de 18 questões com o objetivo de avaliar três dimensões emocionais: irritabilidade, ansiedade e depressão. Cada questão tem quatro itens de respostas que medem a alta, média, baixa ou nenhuma intensidade. Cada item tem um escore que varia de 0 (baixa intensidade) a 3 (alta intensidade). A soma dos escores indica o grau da dimensão emocional do entrevistado. Todas as questões se referem a como o entrevistado tem se sentido nos últimos dias com relação aos variados aspectos da vida: apetite, constância do sono, irritação e paciência com os outros e consigo. Foi utilizada por seu valor clínico, pois combina medidas de ansiedade, depressão e irritabilidade (Snaithe, Contantopoulos, Jardine, & McGuffin, 1978), valor este que vem sendo atestado em programas de intervenção com mães (Gasparetto, 1998; Scott & Stradling, 1987). Nessa escala, os resultados podem ser classificados em Normal, Limítrofe e Patológico. A validação das subescalas de depressão e ansiedade da IDA foi feita por meio de correlação com a escala psiquiátrica de Hamilton (Hamilton, 1959).

Inventário de Percepção Neonatal (IPN-I)

O IPN-I é uma escala de avaliação que mede a expectativa da mãe em relação aos bebês de uma maneira geral e ao próprio filho. São três questões divididas em dois itens cada: um referente aos bebês em geral e outro ao próprio filho. Cada item oferece cinco repostas possíveis, com pontuações que variam de 1 (menor intensidade) a 5 (alta intensidade). A pontuação máxima é de 15 para cada item. As questões se referem à percepção da mãe quanto ao comportamento do bebê com relação ao choro, alimentação e vômito. Broussard e Hartner (1971) levantaram critérios rigorosos para verificar o alto grau de validade do instrumento, comprovando que este inventário tem grande utilidade no registro da percepção materna no período neonatal. Pesquisas (Gasparetto, 1998; Perry, 1983) têm utilizado o IPN-I, inclusive estudando sua associação com o desenvolvimento emocional do bebê.

Para as intervenções lúdicas:

O material utilizado para a intervenção lúdica atendeu às três grandes modalidades da brincadeira descritas por Piaget (1978): sensorio-motora, simbólica e de regras ou socialização. Foi também disponibilizado material gráfico diversificado, possibilitando expressão simbólica não verbal por meio de desenhos livres. Os brinquedos foram selecionados visando a movimentação física (jogo de varetas), a representação materna de situações do dia-a-dia (bonecos, berços, utensílios de cozinha) e jogos de regras que estimulam o contato social e o foco na atividade desenvolvida (jogo da memória, quebra-cabeça). Os encontros foram fotografados e em três deles utilizou-se recursos auditivos, como músicas para bebês.

Procedimento

Esta pesquisa iniciou-se por uma Entrevista Clínica Estruturada (ECE) junto às mães, com o objetivo de traçar o histórico gestacional. Em seguida, foi feita a aplicação da Escala de Ansiedade, Depressão e Irritabilidade (IDA) para avaliação do indicador de reação emocional de ansiedade e depressão, e do Inventário de Percepção Neonatal (IPN-I), que avalia o grau de percepção da evolução psicofuncional que a mãe tem de seu filho em comparação com outros bebês.

A seguir, foram efetuados 16 encontros grupais semanais, de 60 minutos de duração, com o emprego de brincadeiras sensorio-motoras (que criam situações para propiciar movimentos do corpo em seu contexto espaço-temporal de forma espontânea e prazerosa), simbólicas (envolvendo corpo e imaginação associada a representações plásticas e cênicas) e de regras ou socialização (que favorecem a interação social ao mesmo tempo em que se constituem em fatores de proteção, preservação e manutenção, associados a processos cognitivos da memória, linguagem, entre outros), associadas a gráficas.

Todos os jogos visaram trabalhar aspectos afetivo-emocionais e processos cognitivos de forma integrada, criando condições de agilização e flexibilização de aspectos sensorio-motores, simbólicos e sociais.

A brincadeira foi utilizada como alicerce para trabalhar a relação materna com o recém-nascido prematuro, segundo modelo piagetiano, priorizando o predomínio da descontração da assimilação sobre a tensão da acomodação, por meio da expressão livre e espontânea. Brincar foi utilizado como estratégia, pois suscita o prazer, processo que faz com que o indivíduo se reequilibre frente à vida.

Os encontros seguiram um roteiro flexível com apresentação inicial do grupo, seguida da escolha e do desenvolvimento da brincadeira, terminando com um fechamento para discussão dos temas e das emoções afloradas. Para finalizar, era fornecido um feedback dos sentimentos e das relações maternas surgidas.

Foi realizada análise descritiva dos dados com tabelas de contingência e tabelas (expressa em média e desvio padrão) dos resultados da ECE, da IDA e do IPN-I. Foi aplicado o teste t pareado que compara duas variáveis no mesmo indivíduo e adotado o nível de significância de 5%, permitindo fazer correlação de postos de Spearman. Foi ainda realizada uma análise quantitativa das atividades lúdicas realizadas.

Desenho

Trata-se de um estudo avaliativo e interventivo, prospectivo com avaliação quantitativa e qualitativa, que pressupõe uma análise dialética, com elementos que se complementam e legitimam uma interpretação mais ampla da realidade (Minayo & Sanches, 1993). Neste tipo de estudo, as questões podem ser analisadas em seus aspectos mais profundos e vice-versa (Minayo, 2012).

Para o desenvolvimento do estudo foram atendidas rigorosamente as diretrizes éticas propostas por Hossner e Vieira (1999).

Resultados

Foi realizada uma avaliação estatística para averiguar as médias obtidas da aplicação da ECE, da IDA e do IPN-I, cujos resultados estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Análise Descritiva do Estudo

	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Percentuais		
					25%	50%	75%
Depressão	7,57	3,559	2	15	5,00	8,00	10,00
Ansiedade	8,20	4,114	0	15	5,75	8,50	11,25
Irritabilidade Exteriorizada	3,73	2,935	0	10	1,75	3,00	5,25
Irritabilidade Interiorizada	3,23	4,040	0	12	,00	1,50	5,00
Expectativa Próprio Filho	8,63	1,921	5	13	7,75	8,00	10,00
Expectativa/ Bebês em Geral	9,20	2,074	6	14	8,00	9,00	10,00
Gestações	1,53	,507	1	2	1,00	2,00	2,00
Filhos	0,83	1,053	0	4	,00	,50	1,25
Aborto/óbito	0,50	1,075	0	5	,00	,00	1,00
IG *	31,97	3,557	23	39 *	29,00	32,00	35,00
Peso	1640,80	662,095	630	3970	1142,50	1512,50	2023,75
Internação	39,93	29,726	2	100	11,00	41,50	63,50

* Justifica-se a inclusão do bebê de IG de 39 semanas por ter sido utilizado neste estudo também o critério de avaliar bebês com peso de até 2.500 gramas.

A análise da IDA revelou que a média do escore de depressão é de 7,57, com desvio padrão de 3,55, sendo que 75% da amostra apresentaram escore 10, portanto, de alta intensidade. Quanto à ansiedade, 75% das mães também apresentaram escore de alta intensidade - 11,25 - sendo que o escore médio é de 8,2, com desvio padrão de 4,1. Os dados da irritabilidade exteriorizada mostraram um escore médio de 3,73 e desvio padrão de 2,93, números que acompanharam os resultados da irritabilidade interiorizada, cujo escore médio é de 3,23 e desvio padrão de 4,04, constatando-se que nas duas dimensões emocionais, 75% das mães apresentaram 5,25 como maior escore, caracterizado como um indicador de baixa intensidade.

A análise da IDA sugere, portanto, que para cada uma das quatro subescalas, a amostra estudada revelou alto nível de ansiedade e de depressão e baixo nível de irritabilidade tanto exteriorizada quanto interiorizada. A correlação entre depressão e ansiedade apontada na Tabela 2, indicou que uma reação emocional segue a outra quando a mãe se depara com o nascimento prematuro. O teste t pareado utilizado mostrou que não há diferença significativa importante entre ambas ($p=0,306$).

Tabela 2 - Correlação entre Depressão e Ansiedade

	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	t	Significância
Ansiedade / Depressão	-,633	3,327	-1,876	,609	-1,043	,306

De forma complementar, os dados demonstrados na Tabela 1 relativos ao IPN-I comprovou que as 30 mães estudadas tinham expectativas compatíveis entre si no que se referia ao próprio filho e aos bebês em geral, mostrando escores médios de 8,63 e 9,20, respectivamente, com diferença de 0,57. Observou-se que as avaliações são positivas, confirmadas pelo escore 10,0 apontado em 75% da amostra, configurando alta expectativa quanto aos aspectos de sono, alimentação e vômito dos bebês. Este resultado sugere um indicador favorável para o desenvolvimento ao longo do tempo, pois as mães avaliaram seus bebês prematuros como de baixo risco comparados aos outros bebês.

Este estudo também buscou verificar uma possível correlação entre os dados revelados na IDA relativos à ansiedade materna e no IPN-I quanto à expectativa em relação ao próprio filho, cujo resultado não constatou correlação significativa entre ambas, conforme aponta a Tabela 3.

Tabela 3 – Correlação entre Ansiedade e Expectativa em relação ao próprio filho

		Ansiedade	Expectativa Próprio Filho
Ansiedade	Correlação	1	,040
	Significância		,833
	N	30	30
Expectativa Próprio Filho	Correlação	,040	1
	Significância	,833	
	N	30	30

Os dados obtidos na avaliação da ECE em relação ao histórico gestacional das 30 mães estudadas apontaram que, em relação ao número de gestações, a média da amostra é de mais de uma gestação, observando-se que em 75% tratava-se do segundo ciclo gestacional, de acordo com a Tabela 1. A média do número de filhos verificada é de 0,83, com variação de nenhum a quatro filhos, sendo que 75% das mães já haviam sofrido aborto ou óbito fetal.

Em relação à idade gestacional do nascimento, os dados revelaram uma média de 31 semanas, com desvio padrão de 3,55, escore mínimo de 23 e máximo de 39 semanas, como mostra a Tabela 1, o que neste último caso, indica o nascimento de um bebê pequeno para a idade gestacional (PIG) que também foi incluído no estudo. A análise do peso médio ao nascer desta amostra é de 1.640 gramas, com escore mínimo de 630 gramas e máximo de 3.970 gramas, indicando no primeiro dado um bebê de muito baixo peso (MBP) e no último um bebê grande para a idade gestacional (GIG).

A avaliação relativa ao tempo médio de internação dos bebês desta pesquisa é de 39,93 dias, com variação de dois a 100 dias, sendo que 75% permaneceram 63,5 dias hospitalizados, conforme a Tabela 1.

A análise da intervenção mostrou uma evolução positiva e favorável ao quadro emocional das mães, com diminuição da ansiedade, observando-se a cada semana, por meio da participação nos grupos lúdicos, onde apresentavam movimentos cada vez mais soltos, comunicação mais espontânea e expressão facial mais alegre, sorrindo com maior frequência.

Notou-se que os grupos lúdicos promoveram condições para um movimento compensatório, que se caracterizavam como um processo relaxante e prazeroso versus o movimento interno vivido pela mãe, onde havia predomínio do esforço e da dor. As situações lúdicas envolvendo o corpo e os símbolos favoreceram a aceitação da maternidade e adaptação ao momento vivido pela mãe.

As técnicas lúdicas utilizadas de forma focal ou em suas múltiplas intersecções estimularam transformações no dia-a-dia da mãe dentro do hospital, além de facilitar a interação com o bebê prematuro. Todos os brinquedos selecionados sugeriam a coordenação de experiências prévias e provocaram novos ensaios maternos do momento presente, que se constituíam em uma atividade interna baseada na imaginação e na interpretação da realidade vivida, ativando o aspecto

afetivoemocional. Esse processo era observado por um movimento materno espontâneo e renovador após iniciar a participação nos grupos lúdicos, passando a apresentar significativa mudança na relação com o bebê, mantendo-se mais presente e participativa, além de iniciar uma interação afetiva e efetiva com o filho, notada por meio do contato pele a pele, da preocupação com a ordenha e o aleitamento materno, da troca de olhares e da fala carinhosa.

Ao mesmo tempo, observou-se melhor integração entre as mães dos recém-nascidos prematuros hospitalizados, indicando abertura ao meio e conquista um movimento adaptativo diante do nascimento prematuro.

Discussão

Os resultados deste estudo constataam que o nascimento prematuro configura-se em um acontecimento materno estressante, cuja mãe se depara com uma situação inesperada, o que gera alto nível de ansiedade e dificuldade para consolidar um vínculo afetivo positivo com seu bebê (Brum & Schermann, 2004; Doering et al., 2000; Gasparetto, 1998; Klaus & Kennell, 1995; Klaus et al., 2000; Linhares, 2003; Mew et al., 2003; Padovani et al., 2004; Ruiz et al., 2005; Ruttenberg et al., 1997; Schmücker et al., 2005; Singer et al., 1999; Valle, 2002; Wijnroks, 1999; Younger et al., 1997; Zanardo & Freato, 2001).

Os dados relativos à alta intensidade de ansiedade e de depressão mostram-se compatíveis com os obtidos em outras pesquisas (Gasparetto, 1998; Padovani et al., 2004; Valle, 2002), bem como os resultados referentes à irritabilidade exteriorizada e irritabilidade interiorizada de baixa intensidade, que coincidem com outras investigações (Gasparetto, 1998).

Os resultados referentes ao histórico gestacional materno quanto a aborto e óbito fetal confirmam os estudos de Kliegman (1996) que afirmam que o nascimento de um recém-nascido com baixo peso pode estar associado à história materna de ineficiência reprodutiva (relativa infertilidade, abortos, outros bebês pré-termo ou de baixo peso).

Do mesmo modo, a constatação do tempo médio de internação de 40 dias dos bebês deste estudo coincide com outras pesquisas que relatam um período médio de permanência hospitalar acima de 30 dias (Ruiz et al., 2005; Padovani et al., 2004; Valle, 2002; Gasparetto, 1998). Estes resultados revelam que a mãe de bebê prematuro hospitalizado permanece em sofrimento por longo tempo, com alto nível de ansiedade, em função da internação prolongada do filho, entre outras causas. Ainda que a mãe seja alertada, de alguma forma, durante o pré-natal, sobre a possibilidade de seu bebê nascer antes do tempo, verifica-se que a informação não basta para evitar um processo de sofrimento. O parto prematuro interrompe o curso gestacional tanto do ponto de vista biológico quanto psicológico, determinando

mudanças importantes nos diferentes membros da família (Gasparetto, 1998; Ministério da Saúde, 2002; Valle, 2002).

Segundo a World Health Organization (2016) e o Ministério da Saúde do Brasil (2002) vários estudos evidenciam que o nascimento de um bebê prematuro representa um período de crise, desequilíbrio e confusão para a família, podendo torná-la incapaz de respostas adequadas, ainda que temporariamente.

Os dados desta investigação confirmam que, quando a mãe não pode interagir efetivamente com seu bebê, ou seja, não pode pegá-lo no colo, aconchegá-lo e embalá-lo, os primeiros contatos maternos caracterizam-se como uma experiência difícil e angustiante, levando-a a um fechamento em si mesma, o que também causa dificuldade no bebê em vincular-se a ela (Guimarães & Monticelli, 2007; Poehlmann & Fiese, 2001; Scochi et al., 1999).

Além disso, os resultados certificam estudos que apresentam efeitos positivos de programas de intervenção desenvolvidos com mães de recém-nascidos prematuros e seus bebês na redução de sintomas de ansiedade, estresse e depressão, os quais interferem diretamente na relação materna (Brum & Schermann, 2004; Carvalho et al., 2008; Casanova et al., 2009; Gasparetto, 1998; Melnyk et al., 2006; Padovani et al., 2004; Phibbs et al., 2007; Ruiz et al., 2005; Schmücker et al., 2005).

Este estudo avaliativo e interventivo confirma ainda os resultados verificados por outras pesquisas desenvolvidas com mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados (Scochi et al., 2004), as quais indicam que o brincar contribui com o processo de adaptação e equilíbrio diante da realidade vivida pela mãe, além de se caracterizar como uma forma de assistência humanizada à saúde.

A literatura indica que investigações sobre o lúdico, nos mais diversos contextos, inclusive o hospitalar, vêm tendo um considerável aumento, apontando que brincar facilita, principalmente, a expressão e a comunicação (Oliveira et al., 2003; Vieira & Carneiro, 2008).

Para Piaget (1973, 1978, 1979), o brincar vem a ser um dos principais vetores do desenvolvimento, com o predomínio do relaxamento sobre a tensão, do prazer sobre o desprazer, da assimilação sobre a acomodação, possibilitando uma adaptação menos sofrida à realidade vivida, num movimento positivo de equilíbrio do organismo.

Nesta intervenção, observou-se que brincar criou situações que propiciaram maior movimentação corporal das mães, o que favoreceu a flexibilização tonopostural, inicialmente tenso, como já examinado em estudos anteriores (Carvalho et al., 2008; Melnyk et al., 2008). Essa reorganização corporal, sensório-motora, associada à interação prazerosa no grupo lúdico favoreceu a expressão de representações mentais evocadas e/ou imaginadas, o que comprova a leitura piagetiana de que as manifestações simbólicas se alicerçam e se dinamizam via corpo (Piaget, 1987).

A integração flexível das brincadeiras sensório-motoras, simbólicas e de regras/socialização contribuiu para favorecer a manifestação de temas ansiógenos e

a externalização de sentimentos e emoções daí decorrentes. De forma complementar, observou-se que as atividades grupais levaram à formação de um espírito de equipe, no qual, com progressiva coesão, havia espaço e escuta para as mães falarem livremente sobre o que sentiam e pensavam, temas que, muitas vezes, eram compartilhados e compreendidos pelas demais. Esse apoio associado ao desenvolvimento das atividades lúdico-gráficas não dirigidas, livres e espontâneas, gerou por sua vez uma crescente reorganização materna (Oliveira, 2000).

Observou-se que a situação lúdica funciona também como um estímulo cognitivo, favorecendo, principalmente, deslocamentos espaço-temporais e o trazer à tona o cotidiano frente às mães, para quem o tempo para durante a internação do bebê (Oliveira, 2006).

Constatou-se que o lúdico proporciona uma elaboração progressiva da realidade vivida, assim como facilita o fortalecimento e a descoberta de ferramentas para enfrentamento de desafios. Confirmou-se que na brincadeira, a espontaneidade e a criatividade se encontram, levando à descoberta e à invenção de novos caminhos, sempre por meio de um processo dinâmico e interativo, organizando, ao mesmo tempo, o corpo (Piaget, 1978; Oliveira, 2006).

Conclusão

A opção pelos grupos lúdicos mostrou-se favorável, dando condições para a mãe de bebê prematuro hospitalizado expressar suas emoções em um ambiente prazeroso. A proposta metodológica de introduzir a atividade lúdica grupal no próprio ambiente hospitalar criou a possibilidade de a mãe passar a ver o hospital também como um espaço de transformação e aprendizado da função materna.

Os resultados deste estudo constataam que atividades lúdicas levam as mães de bebês prematuros a uma diminuição significativa do nível de ansiedade, uma vez que compensam o sofrimento pelo prazer. Ao mesmo tempo, passam a interagir com o bebê de maneira saudável, estabelecendo um vínculo materno afetivo positivo.

Os dados mostram que a sistematização de intervenções lúdicas pode caracterizar-se, além disso, como uma medida de prevenção, promoção e preservação da saúde física e psíquica da mãe e do recém-nascido prematuro, com repercussões na família e na sociedade.

Referências

Broussard, E. R., & Hartner, M. (1971). Further considerations regarding maternal perceptions of the firstborn. In: J. Heellmuth (Org.). *The exceptional infant: Studies in abnormalities* (pp.81-104). New York, NY: Brunner/Mazel.

- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 475-76.
- Casanova, L. D., Valle, L. M. S., & Santos, W. (2009). A. Humanização das unidades neonatais. In: C.A.M. Segre. *Perinatologia: fundamentos da prática* (pp. 866-869). São Paulo, SP: Sarvier.
- Carvalho, A. E. V., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2008). Maternal anxiety and depression and development of prematurely born infants in the first year of life. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 600-608.
- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (2016). Resoluções. Retirado de [http:// conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_inicial.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_inicial.htm), em 12 de Janeiro de 2017.
- Doering, L. V., Moser, D. K., & Dracup K. (2000). Correlates of anxiety, hostility, depression and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. *Neonatal Network*, 19, 15-23.
- Gasparetto, S. (1998). Desenvolvimento de um programa de intervenção para mães de bebês pré-termo (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Goulart, A. L. (2004). Caracterização da população neonatal. In: B.I. Kopleman; M.F.B. Almeida; M.H. Miyoshi, & R. Guinsburg (Orgs). *Diagnóstico e tratamento em neonatologia*. (pp. 3-12). São Paulo, SP: Atheneu.
- Guimarães, G. P., & Monticelli, M. (2007). A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da Enfermagem. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, 16, 626-35.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hossne W. S., & Vieira S. (1999). Experimentação com seres humanos: aspectos éticos. In: M. Segre, & C. Cohen. *Bioética* (pp. 127-146). São Paulo, SP: EDUSP.
- Iungano, E. M. (2009). A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. *Psicologia em Pediatria*, 45(1), 26-30.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1995). Assistência aos pais. In: M.H. Klaus, & A.A. Fanaroff (Orgs). *Alto risco em neonatologia* (pp. 86-97). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Kliegman, R. M. (1996). The high-risk infant. In: R.E Berhrman; R.M. Kliegman, & A.M. Arvin (Eds). *Textbook of pediatric* (pp. 18-23). United States of America: W.B. Saunders Company.
- Linhares, M. B. M. (2003). Prematuridade, risco e mecanismo de proteção ao desenvolvimento. *Temas sobre Desenvolvimento*, 12, 18-24.
- Melnyk, B. M., Crean, H. F., Feinstein, N. F., & Fairbanks, E. (2008). Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive

- care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. *Nursing Research Journal*, 57(6), 383-394.
- Mew, A. M., Holditch-Davis, D., Belyea, M., Miles, M. S., & Fishel, A. (2003). Correlats of depressive symptoms in mothers of preterm infants. *Neonatal Network*, 22(5), 51-60.
- Minayo, M. C. de S. (2012). *Pesquisa social – teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Minayo, M. C. de S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz*, 9(3), 239-262.
- Ministério da Saúde (2002), Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru, manual do curso*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Oliveira, V. B. (2000). O brincar e a criança do nascimento aos seis anos. In: V.B. Oliveira (Org.). *O brincar e a criança do nascimento aos seis anos* (pp. 15-32). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Oliveira, V. B. (2006). *Rituais e brincadeiras*. (1ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Oliveira, S. S. G.; Dias, M. G. B. B., & Roazzi A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 16(1),1-13.
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2004). Anxiety and depression symptoms assessment in pré-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 251-54.
- Perry, S. E. (1983). Parents' perceptions of their newborn following structured interactions. *Nursing Research Journal*, 32, 208-212.
- Phibbs, C. S., Baker, L. C., Caughey, A. B., Danielsen, B., Schmitt, S. K., & Phibbs, R. H. (2007). Level and volume of neonatal intensive care and mortality in very-low-birth-weight infants. *New England Journal of Medicine*, 356(21), 2165-2175. doi: 10.1056/NEJMsa065029
- Piaget, J. (1973). *Biologia e conhecimento*. (F. M. Guimarães, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Vozes. (Obra original publicada em 1967)
- Piaget, J. (1978). *A formação do símbolo na criança, imitação, jogo, sonho, imagem e representação de jogo*. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Obra original publicada em 1945)
- Piaget, J. (1979). *A construção do real na criança*. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Obra original publicada em 1937)
- Piaget, J. (1987). *O nascimento da inteligência na criança*. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara. (Obra original publicada em 1936)
- Poehlmann, J., & Fiese, B. H. (2001). The interaction of maternal and infant vulnerabilities and developing attachment relationships. *Development and*

- Psychopathology, 3, 1-11.
- Ruiz, A. L. R., Cernadas, J. M. C., Cravedi, V., & Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103, 36-45.
- Ruttenberg, W. B., Finello, K. M., & Cordeiro, A. K. (1997). Interactions between depressed and non depressed latina mothers and their premature infants. *Infant Mental Health Journal*, 18(4), 364-377.
- Schmücker, G., Brisch, K.-H., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt et al. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 423-441.
- Scochi, C. G. S., Brunherotti, M. R., Fonseca, L. M. M., Nogueira, F. S., Vasconcelos, M. G. L., & Leite, A. M. (2004). Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(5), 1-15.
- Scochi, C. G. S., Mello, D. F., Melo, L. L., & Gaíva, M. A. M. (1999). Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52(4), 495-503.
- Scott, M., & Stradling, S. (1987). Evaluation of a group programme for parents problem children. *Behavioral Psychotherapy*, 15, 224-239.
- Singer, L. T., Salavator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal Psychological distress and parenting stress after birth of a very low birth weight infant. *The Journal of American Medical Association*, 281(9), 799-805.
- Snaith, R., Constantopoulos, A., Jardine, M., & McGuffin, P. (1978). A clinical scale for the self assessment of irritability (IDA). *British Journal of Psychiatry*, 132, 164-171.
- Valle, L. M. S. (2002). Fatores de alto risco e ansiedade em mães de recém nascido pré-termo (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Vieira, T., & Carneiro, M. S. (2008). O brincar na sala de espera de um ambulatório pediátrico: possíveis significados. In: E. Bomtempo, E.G. Antunha, & V.B. Oliveira (Orgs.). *Brincando na Escola, no Hospital, na Rua...* (pp. 75-110). Rio de Janeiro, RJ: Wak.
- Wijnroks, L. (1999). Maternal recollected anxiety and mother-infant interaction in preterm infants. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 393-409.
- World Health Organization. (2016). Fact sheet 363: Preterm Birth. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>, on November 17, 2016.
- Younger, J.; Kendell, M. J., & Pickler, R. H. (1997). Mastery of stress in mothers of preterm infants. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 2(1), 29-35.
- Zanardo, V., & Freato, F. (2001). Home oxygen therapy in infants with bronchopulmonary dysplasia: assessment of parental anxiety. *Early Human Development*, 65, 39-46.