

Artigo Final

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (PIC/FPS)
2024/2025

**SAÚDE MENTAL MATERNA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO
NORDESTE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE NO CONTEXTO DO MÉTODO
CANGURU**

**MATERNAL MENTAL HEALTH IN A REFERRAL HOSPITAL IN NORTHEASTERN
BRAZIL: AN ANALYSIS IN THE CONTEXT OF THE KANGAROO METHOD**

Maysa dos Santos Matos,
Beatriz Antônia Mira de Aquino,
Leíla Maria Ferraz Santiago,
Maria Clara Santiago Moreira,
Maria Alice Barata dos Santos Figueira,
Dra. Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros.

Autora principal:

Maysa dos Santos Matos: Rua David Pernetá, 41, IPSEP, Recife.. Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-7961-4226>

Coautora: Beatriz Antônia Mira de Aquino: Rua Bom Pastor, 1505, Iputinga, Recife - PE. Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1330-2382>

Coautora: Leila Maria Ferraz Santiago: Rua Ourém, 175, San Martin, Recife - PE. Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6132-7297>

Coautora: Maria Clara Santiago Moreira: Av. General Manoel Rabelo, 234, Jaboatão dos Guararapes - PE. Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0692-5568>

Orientadora: Dra. Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros: Faculdade Pernambucana de Saúde. Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 - Imbiribeira, Recife - PE. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4790-8203>

Coorientadora: Maria Alice Barata dos Santos Figueira: Faculdade Pernambucana de Saúde. Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 - Imbiribeira, Recife - PE. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4790-8203>

Fonte de auxílio: FPS

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RESUMO

Objetivos: Analisar os efeitos do Método Canguru na saúde mental de mães de prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). **Métodos:** Estudo observacional, descritivo, prospectivo e de caráter misto, realizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) entre agosto/2024 e julho/2025. Na etapa quantitativa, 40 mães foram avaliadas pela Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). Na qualitativa, nove mães com escores extremos (<5 e >11) participaram de entrevistas semiestruturadas, analisadas pela técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin. **Resultados:** Quinze mães (37,5%) apresentaram escores ≥ 12 na EPDS, indicando risco aumentado para depressão pós-parto, com média de 18,33 pontos entre entrevistadas. As narrativas revelaram ansiedade, medo, isolamento e sobrecarga, influenciados por fatores relacionais, apoio social e contexto hospitalar. O Método Canguru foi reconhecido como experiência positiva, capaz de favorecer o vínculo mãe-bebê, reduzir ansiedade e fortalecer a confiança materna, apesar de barreiras clínicas e emocionais. **Conclusões:** A saúde mental materna foi fortemente impactada pela prematuridade e pela internação em UTIN, modulada por suporte conjugal, rede de apoio e atuação da equipe. Os achados reforçam a relevância da incorporação sistemática do Método Canguru e apontam a necessidade de estudos ampliados em diferentes contextos socioculturais.

Palavras-chave: Método Canguru, Saúde Mental, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Relações Mãe-Filho, Depressão Pós-Parto.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the effects of Kangaroo Mother Care (KMC) on the mental health of mothers of preterm infants admitted to Neonatal Intensive Care Units (NICUs). **Methods:** Observational, descriptive, prospective, mixed-method study conducted at the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) between August 2024 and July 2025. In the quantitative phase, 40 mothers were assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). In the qualitative phase, nine mothers with scores at the extremes of the distribution (<5 and >11) participated in semi-structured interviews, analyzed through Laurence Bardin's content analysis. **Results:** Fifteen mothers (37.5%) scored ≥ 12 on the EPDS, indicating increased risk of postpartum depression, with a mean score of 18.33 among interviewees. Narratives revealed anxiety, fear, isolation, and overload, influenced by relational factors, social support, and the hospital context. KMC was recognized as a positive experience, fostering mother-infant bonding, reducing anxiety, and strengthening maternal confidence, despite clinical and emotional barriers that limited its practice. **Conclusions:** Maternal mental health was strongly affected by prematurity and NICU hospitalization, modulated by partner support, social networks, and healthcare team involvement. The findings underscore the relevance of systematically incorporating KMC and highlight the need for broader studies in different sociocultural contexts.

Keywords: Kangaroo-Mother Care Method, Mental Health, Intensive Care Units, Neonatal, Mother-Child Relations, Depression, Postpartum

INTRODUÇÃO:

A saúde mental materna constitui um tema de grande relevância na atualidade embora ainda marcada por lacunas significativas na literatura.¹ Durante a gestação e o período pós-parto, a mulher vivencia intensas transformações físicas, emocionais e sociais que a tornam mais vulnerável ao desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos, como depressão, ansiedade, psicose puerperal, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno bipolar. Estima-se que uma em cada sete mulheres apresenta algum desses quadros durante a gravidez ou nas primeiras semanas após o parto.²

A influência da saúde mental é evidenciada ao se observar que mães com transtornos depressivos maiores pré-existent apresentam uma taxa de 23% de partos prematuros.² A prematuridade, definida como nascimento antes das 37 semanas de gestação, pode ser classificada em extremamente prematura (<28 semanas), muito prematura (28–32 semanas) e moderada a tardia (32–37 semanas).³ Além dos riscos clínicos para o bebê, esse desfecho se associa a maior sofrimento psicológico materno, com medo e apreensão em relação ao futuro. Diversos estudos demonstram maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos entre mulheres cujos filhos nasceram prematuros ou com baixo peso, em comparação àquelas cujos filhos nasceram a termo e com peso adequado.⁴

Por sua vez, mães que não apresentavam nenhum distúrbio prévio, ao se depararem com o nascimento prematuro de seus filhos, podem se tornar mais suscetíveis a transtornos psíquicos.⁴ Logo, a prematuridade relaciona-se tanto a fatores predisponentes quanto a consequências negativas na saúde mental materna. Além do estresse psicológico causado pelo período de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), destaca-se a diminuição ou ausência de contato pele a pele, seja por restrições institucionais, seja pelo medo e insegurança das mães em lidar com seus filhos.

Diante desse cenário, o Método Canguru, desenvolvido em 1978 em Bogotá pelo Dr. Edgar Rey e por Hector Martinez, teve, no Brasil, como um de seus pioneiros o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), consolidando-se como estratégia humanizada que alia o contato pele a pele à redução da morbimortalidade neonatal.⁵

Apesar de sua consolidação como prática assistencial, a literatura ainda apresenta número limitado de estudos que investigam os efeitos do Método Canguru especificamente na saúde mental materna. Foi realizado, pelos autores, levantamento bibliográfico nas bases PubMed, MEDLINE e LILACS, considerando os últimos cinco anos, utilizando os descritores “kangaroo mother care method AND mental health”, “kangaroo mother care method AND depression” e “kangaroo mother care method AND anxiety”. Foram identificados, respectivamente, 18, 1 e 3 artigos para o primeiro descritor; 20, 17 e 0 para o segundo; e 16, 16 e 1 para o terceiro, nas bases supracitadas, evidenciando escassez de publicações relacionando essa prática a sintomas de ansiedade e depressão no período pós-parto, reforçando a necessidade de novas evidências. Diante dessa lacuna, o presente estudo analisou os efeitos do Método Canguru na saúde mental de mães de prematuros internados em UTIN, contribuindo para ampliar o conhecimento sobre a interface entre prematuridade, saúde mental materna e estratégias de cuidado humanizado.

MÉTODOS

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa observacional, descritiva, e de caráter misto, dividida em duas etapas complementares realizadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), no período de agosto de 2024 a julho de 2025. Na etapa inicial, de caráter quantitativo, todas as mães de recém-nascidos internados na UTIN que aceitaram participar foram avaliadas por meio da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

(EPDS) com o objetivo de categorizar o perfil materno em três grupos predefinidos: escores baixos (0–5), escores médios (6–11) e escores altos (>12). Considerando evidências prévias que associam pontuações ≥ 11 à probabilidade de depressão pós-parto, as participantes com escores ≥ 11 foram prontamente triadas e encaminhadas pelas orientadoras da pesquisa à equipe de psicologia da UTIN para garantia de acompanhamento clínico e apoio emocional, procedimento que refletiu o compromisso ético do estudo com a segurança e o bem-estar das participantes.

A segunda etapa consistiu em uma investigação de caráter qualitativo, na qual foram selecionadas para entrevistas semiestruturadas parturientes pertencentes aos extremos da distribuição dos escores (escores <5 e escores >11), com o objetivo de captar vivências contrastantes sobre a experiência do Método Canguru e seu impacto na saúde mental materna. Dentre as participantes elegíveis para essa fase, nove (9) aceitaram passar pela etapa qualitativa e foram efetivamente entrevistadas — ou seja, as nove pacientes entrevistadas corresponderam à totalidade das que se enquadraram nos critérios de inclusão e consentiram em participar. As entrevistas foram realizadas na sala de psicologia do Método Canguru, em ambiente confortável, reservado e acolhedor, garantindo privacidade e segurança emocional às entrevistadas. O roteiro semiestruturado abordou aspectos sociodemográficos (idade, renda, escolaridade, ocupação, religião e etnia), histórico obstétrico (planejamento da gestação, tipo de parto, relação com o pai da criança e rede de apoio), além de antecedentes de saúde mental e a vivência materna com o método canguru, incluindo percepções sobre o contato pele a pele e o estímulo da equipe de saúde. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio mediante consentimento e transcritas na íntegra para análise textual.

Foram excluídas de ambas as etapas mães menores de idade e/ou cujos recém-nascidos apresentavam instabilidade clínica ou condição grave no momento da coleta; da segunda

etapa foram excluídas mães cujos bebês vieram a óbito após a primeira fase. O processo de seleção e recrutamento buscou minimizar vieses, registrando recusas e justificativas quando fornecidas.

Os instrumentos de coleta contemplaram a EPDS para a avaliação quantitativa dos sintomas depressivos e uma entrevista semiestruturada para a etapa qualitativa. A EPDS, instrumento de autoavaliação composto por 10 itens com pontuação de 0 a 3, teve seus resultados somados e categorizados conforme os limites já descritos. As entrevistas semiestruturadas abordaram experiências relativas ao Método Canguru, suporte recebido, percepções sobre a condição clínica do recém-nascido e impactos emocionais.

Entre as variáveis estudadas estiveram a participação no Método Canguru, a realização do contato pele a pele e o auxílio da equipe de saúde. Variáveis de controle incluíram situação socioeconômica, renda, escolaridade, ocupação materna, fatores culturais e religiosos, idade materna, estrutura familiar, número de filhos vivos, estado civil e transtornos psiquiátricos pré-existent, as quais foram registradas para possibilitar estratificações e discussões sobre potenciais fatores de confusão.

O tratamento e a interpretação dos dados foram conduzidos a partir de uma abordagem metodológica mista. As informações de natureza quantitativa, obtidas por meio da Escala de Edimburgo (EPDS) e das variáveis sociodemográficas, foram submetidas a procedimentos de estatística descritiva — distribuição de frequências e proporções, medidas de tendência central (médias ou medianas) e dispersão (desvios-padrão) —, utilizando-se o software Microsoft Excel, de modo a assegurar rigor e precisão na caracterização do perfil amostral.. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo conforme a metodologia de Laurence Bardin, atravessando as etapas de pré-análise, exploração do material (categorização e recortes) e tratamento/interpretação dos dados, com definição de categorias analíticas

principais, secundárias e subcategorias e construção de diagramas ilustrativos dos achados qualitativos. Realizou-se, ainda, a triangulação entre os achados quantitativos e qualitativos para oferecer compreensão integrada dos efeitos do Método Canguru sobre a saúde mental materna. Como medida adicional de proteção à confidencialidade e privacidade, para a composição dos resultados da etapa qualitativa foram atribuídos pseudônimos às participantes e removidos quaisquer identificadores diretos dos transcritos e relatórios, garantindo anonimização nas análises e publicações.

O estudo foi conduzido em conformidade com os preceitos éticos aplicáveis à pesquisa em seres humanos, seguindo a Declaração de Helsinque e a Resolução CNS nº 466/2012. Tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FPS/IMIP, sob o parecer nº 7.306.733.

Foram identificados riscos associados à participação, tais como desconforto emocional decorrente do preenchimento do questionário ou da discussão de experiências pessoais, risco de exposição de dados sensíveis e dispêndio de tempo percebido como incômodo. Para mitigá-los, as entrevistas ocorreram em ambiente acolhedor, as participantes puderam interromper a qualquer momento sem prejuízo, e a equipe adotou procedimentos de acolhimento e encaminhamento imediato à psicologia sempre que necessário (especialmente para escores ≥ 11 na EPDS); além disso, foram implementadas práticas de segurança da informação para reduzir risco de vazamento ou extravio de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Das 40 mães avaliadas na Escala de Edimburgo (EPDS), 15 (37,5%) apresentaram pontuação ≥ 12 , indicando risco aumentado para depressão pós-parto, enquanto apenas 2 (5%) obtiveram pontuação < 5 , sugerindo baixo risco.

Entre elas, 9 mães foram entrevistadas por meio de questionários semiestruturados. Os escores na EPDS dessas participantes variaram de 12 a 28 pontos, com média de 18,33 (DP = 5,0) e mediana de 15 pontos. Mesmo as pontuações mais baixas (12, 14 e 15) situam-se acima do ponto de corte, indicando risco para sintomas depressivos, enquanto os valores mais altos (23 e 28) sugerem sofrimento psíquico mais intenso.

A idade das entrevistadas variou de 19 a 46 anos, com média de 27,33 anos (DP = 9,7) e mediana de 22 anos. Observa-se predominância de mulheres jovens (19 a 26 anos), representando 66,6% do grupo.

Quanto à escolaridade, cinco mães (55,5%) tinham ensino fundamental incompleto, duas (22,2%) ensino médio completo, uma (11,1%) ensino superior incompleto e uma (11,1%) ensino superior completo, evidenciando predominância de baixa escolaridade.

Em relação à renda familiar, uma mãe não possuía renda, três viviam com menos de um salário mínimo, duas tinham um salário mínimo, duas possuíam dois salários mínimo e uma tinha quatro salários mínimos, indicando que 77,7% viviam com até dois salários mínimos, demonstrando vulnerabilidade socioeconômica.

No aspecto religioso, cinco mães eram católicas (55,5%), três não tinham religião (33,3%) e uma era evangélica (11,1%). Quanto à cor/raça, seis mães se declararam brancas (66,6%) e três pardas (33,3%).

Quanto à paridade, cinco eram primíparas (55,5%), três estavam no segundo filho (33,3%) e uma no quinto filho (11,1%). O tipo de parto mais comum foi cesárea (77,7%), enquanto duas mães tiveram parto normal. O planejamento reprodutivo revelou que oito das nove mães (88,8%) relataram gravidez não planejada.

Portanto, o perfil das mães entrevistadas evidencia jovem idade, baixa escolaridade, baixa renda, predominância de cesarianas e gestações não planejadas, associado a escores médios elevados na EPDS, refletindo vulnerabilidade psicossocial significativa nesse grupo.

Na análise qualitativa, o estudo procurou desvelar as narrativas atribuídas pelas mães às suas vivências com seus bebês na UTIN, procurando apreender seus sentimentos em relação às seguintes categorias: relação conjugal; rede de apoio; repercussão do internamento na mãe e aplicação do método canguru e o contato pele a pele. O conteúdo será exposto por categoria e, a partir de cada uma delas, serão apresentados os recortes de fala, a reflexão das autoras e a articulação com o aporte teórico escolhido para análise.

Relação conjugal no período perinatal

Na transição para a parentalidade, a qualidade da relação conjugal surge como um fator central para o desenvolvimento da coparentalidade e para a saúde emocional materna. Relações afetivas sólidas favorecem a divisão de papéis, reduzem o estresse familiar e fortalecem o vínculo com o bebê.⁸ Nos relatos das participantes, percebe-se que o apoio do parceiro pode assumir diferentes formas, desde gestos de cuidado e participação ativa até a simples presença emocional. Algumas mães destacaram relações positivas, caracterizadas por afeto e companheirismo:

“É boa, ele é muito bom pra mim” (Girassol);

“Ahh, é uma ótima relação” (Margarida);

“Com o pai? É normal, porque ele é o pai dos dois filhos \[...] a gente tem um laço de afetividade bastante intenso” (Rosa).

Esses relatos reforçam o papel do suporte conjugal como recurso protetor, capaz de favorecer o enfrentamento das demandas do período perinatal.

Outras participantes, entretanto, apontaram nuances distintas, como a percepção de que ainda estão aprendendo a lidar juntos com as adversidades (*“Estamos aprendendo a lidar com as situações e as adversidades juntos” – Violeta*) ou a experiência de um apoio parcial, restrito a momentos específicos: *“Quando precisa, ele ajuda, não é covarde não. Ele mora na casa dele e eu na minha” (Orquídea)*.

Tais falas demonstram que, mesmo em contextos de fragilidade, a presença ou disponibilidade do parceiro pode ser interpretada como uma forma de suporte, ainda que limitada.

Por outro lado, o relato da Lírio evidencia a ausência de suporte conjugal e suas repercussões emocionais:

“Como eu falei sobre o pai, a gente, quando eu tive minha primeira gravidez, ele acompanhou do início até o fim, até então três anos ele sempre dentro. Foi engravidar agora da menina, ele não aceitou de maneira alguma, aí eu fazia os pré-natal toda ia sozinha, ele nunca foi uma pessoa nem de querer saber aí apoio mesmo é mais só da minha mãe, tanto que a menina nasceu e ele nem aqui veio”.

Durante a entrevista, a mãe apresentava sinais de sofrimento intenso, relatando dificuldades para dormir e se alimentar, o que motivou o encaminhamento para acompanhamento psicológico.

Esse relato reforça que a ausência de apoio conjugal pode representar um importante fator de vulnerabilidade no período perinatal, aumentando os riscos de adoecimento psíquico, como ansiedade e depressão pós-parto. A literatura aponta que mulheres sem suporte do

parceiro tendem a vivenciar maiores níveis de estresse, insegurança e isolamento, fatores que comprometem tanto o bem-estar materno quanto a qualidade do vínculo estabelecido com o bebê.⁸ Nesse cenário, o suporte de familiares, como no caso da mãe que destacou a presença materna como principal fonte de apoio, pode atuar como elemento compensatório, mas não substitui integralmente o impacto da ausência conjugal.⁹

Outro aspecto importante a ser considerado na interpretação desses relatos diz respeito ao possível viés de aceitabilidade social. Em contextos de vulnerabilidade emocional, como a internação do bebê em uma UTIN, as mães podem sentir-se inclinadas a relatar uma relação conjugal mais positiva ou estável do que a realidade vivenciada. Esse comportamento pode refletir o desejo de corresponder a expectativas sociais sobre maternidade, família e “boa parceria”, além do receio de julgamento por parte da equipe de saúde ou das pesquisadoras. Dessa forma, declarações mais breves e generalistas, como “é boa” ou “é normal”, podem representar tentativas de apresentar uma imagem socialmente desejável, limitando a revelação de conflitos ou ambivalências conjugais. Reconhecer esse possível viés permite interpretar os relatos de forma mais crítica e contextualizada, especialmente em um cenário sensível como o puerpério em UTIN.

Assim, o apoio conjugal emerge como um fator determinante para o bem-estar materno e familiar, complementando o suporte social oferecido por amigos, familiares ou profissionais de saúde, e consolidando-se como um pilar essencial na vivência do puerpério.

Rede de apoio

A rede de apoio constitui um elemento central na vivência da maternidade, especialmente em contextos de vulnerabilidade e fragilidade emocional. Sua presença exerce efeito protetor sobre a saúde mental materna, contribuindo para a redução de sintomas ansiosos e depressivos.¹⁰ Somado a isso o apoio social favorece uma adaptação mais saudável

ao papel materno, oferecendo auxílio nos cuidados domésticos, no cuidado com o bebê e, sobretudo, na esfera afetiva, incluindo assistência, companhia, encorajamento e disponibilidade.¹¹

Dessa maneira, o apoio fornecido por familiares, cônjuges e ciclo social contribui para a qualidade de vida e o bem-estar materno, funcionando como barreira ao adoecimento psíquico. Por outro lado, sua ausência ou fragilidade intensifica sentimentos de solidão, impotência e sobrecarga, ampliando o risco de adoecimento psíquico materno.^{10,11}

Durante a pesquisa, os relatos das participantes evidenciaram diferentes configurações da rede de apoio. Para algumas participantes, o suporte concentrou-se em poucas pessoas, como ilustra o depoimento de Lírio:

“Mais meus pais, são meus pais. Os outros... É tão tá que, quando eu vim para ganhar o bebê, eu vim só, por conta que a única pessoa que me apoia é minha mãe, meu pai apoia mas é homem, né.”

Este relato evidencia a realidade de muitas puérperas, com a centralidade da avó materna como principal fonte de apoio e menor envolvimento de outros membros familiares, reforçando a vulnerabilidade emocional e social. Tal configuração encontra respaldo em famílias vulneráveis, nas quais a divisão de papéis tende a se sustentar em noções tradicionais de gênero, nas quais as mulheres são vistas como responsáveis e mais aptas aos cuidados domésticos e infantis.¹² De forma complementar, destaca-se o fenômeno de feminização das redes de apoio, em que outras mulheres são geralmente consideradas pelas mães como mais preparadas para confiar os cuidados de seus filhos.¹³ Dessa maneira, a centralidade da avó materna na rede de apoio reflete a continuação de papéis tradicionais de gênero, associada a dependência emocional da mãe em relação a um único suporte confiável, ressaltando os riscos de sobrecarga e vulnerabilidade emocional associados a essa configuração familiar.

Em contrapartida, quando presente de forma ampla, a rede de apoio revelou-se decisiva para o enfrentamento da maternidade. Margarida relatou:

“Muito boa. Eu tenho uma cunhada maravilhosa, uma mãe maravilhosa também, que me deu suporte, inclusive quando eu voltar para minha cidade.”

Neste contexto, o suporte familiar mais amplo ofereceu estabilidade emocional e contribuiu para a adaptação ao novo papel materno.

Em algumas situações, observa-se uma reconfiguração da rede de apoio dentro da própria família. O relato de Orquídea ilustra este fenômeno:

“Meus filhos... num tem, é. Quem apoiou mais foi minha filha de 21.”

O contexto familiar, portanto, se modifica com o nascimento dos filhos, exigindo que a família encontre estratégias para lidar com as novas demandas.¹⁴ No caso de Orquídea, a inversão de papéis, com a filha mais velha assumindo funções de cuidadora, evidencia a flexibilidade das redes diante das necessidades impostas pelo contexto materno.

Outros depoimentos expressam gratidão e alívio diante da presença de pessoas dispostas a apoiar:

“É bom... Graças a Deus que eu tenho.” (Girassol)

“Eu tenho uma rede de apoio maravilhosa. Minha família. Não sei o que seria de mim sem a minha família nesse momento. Realmente é... é isso! As pessoas estão dando o seu melhor. Cada um. Somos só nós dois, né? Nós três agora.” (Violeta)

Tais falas reforçam a dimensão afetiva da rede de apoio, que transcende a assistência prática e inclui acolhimento, encorajamento, companhia e validação da experiência materna.

Impacto do internamento na saúde mental materna

A hospitalização do bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) foi descrita pelas mães como uma experiência marcada por angústia, sofrimento e dificuldades de enfrentamento. A internação trouxe consigo não apenas o impacto do estado clínico do bebê, mas um sofrimento psicológico materno intenso marcado por impotência, ansiedade e tristeza.¹⁵ Esse ambiente de sobrevivência, insegurança e instabilidade das informações sobre o bebê e seus desdobramentos futuros, acaba por tornar a UTIN uma experiência estressante aos pais, podendo levar à presença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse com prejuízos ao vínculo mãe-neonato.¹⁶

A fala de Lírio demonstra como a evolução clínica do bebê afeta de forma direta o seu estado emocional e suas ações:

“É mais, tipo, recebo notícia ruim da menina, sabe, do estado de saúde quando dá uma recaída aí eu já não consigo comer, mas quando tá evoluindo bem, tá melhorzinha, eu consigo comer, é só mais quando recebo notícia ruim.”

Adicionalmente, estudos comprovam que mães de bebês hospitalizados possuem elevados níveis de estresse.¹⁷ Durante as entrevistas, um ponto em comum entre as participantes foi o agravamento ou surgimento de sintomas ansiosos e depressivos durante o internamento de seus bebês. Pesquisas demonstram níveis clínicos de ansiedade e depressão em mães durante e após a internação, apontando níveis mais altos durante o período hospitalar, reduzindo após a alta.¹⁸ Tal fato evidencia a correlação entre sofrimento materno e preocupação com o bem-estar e quadro clínico do recém-nascido.

O relato de Margarida reforça esse aumento da ansiedade diante do contexto hospitalar:

“Não que eu não apresentasse antes, mas a ansiedade agora é muito maior.”

Somado a isso, o medo da perda dos seus filhos ascendeu como preocupação comum entre as mães entrevistadas. Além da carga emocional que envolve a maternidade, a internação do bebê atrela mais uma preocupação. A separação entre mãe e filho é agravada pela incerteza da condição de saúde do recém-nascido, causando impacto maior ainda para os cuidadores, pois a imagem real do bebê se contrapõe à imagem idealizada construída pelos pais.¹⁸ A vivência de procedimentos invasivos, a complexidade dos procedimentos acabam por produzir sentimentos de medo, apreensão e ansiedade nas mães. Os sentimentos de apreensão/vazio e ansiedade vivenciados pelas mães de bebês prematuros decorrem do medo pela perda dos filhos.¹⁹

A participante Rosa pontuou esse medo da perda, comparando-o ao sentimento de luto:

"Em um período tive (acompanhamento psicológico) em uma perca, um luto que passei... O sentimento é diferente. Né a mesma coisa não. O sentimento de luto é um...o sentimento de medo de perca é outro."

Por fim, durante as entrevistas, o isolamento na UTIN surgiu como um ponto importante para as mães. A maternidade, frequentemente exaltada, é confrontada pela realidade inesperada da UTIN. A distância do ambiente familiar e dos outros filhos acentua sentimentos de solidão e aumenta os níveis de ansiedade.²⁰ A saudade, compreendida como uma experiência emocional profunda de ausência e desejo de proximidade, associa-se a sensações de isolamento e estresse, intensificando o sofrimento psicológico nesse período.²⁰ Esse momento pode ser vivenciado como um evento traumático, afetando negativamente o psicológico materno.²⁰

Abaixo, as falas de Jasmim e Orquídea demonstram as consequências do isolamento físico da UTIN no psicológico materno:

“É. (Pausa longa) Tem ansiedade e fico um pouco com saudade de casa e dos meus meninos.”

“Não tenho o que dizer muito não, a pessoa se sente muito preso, eu não vou embora né.”

Em síntese, a hospitalização do bebê em UTIN desorganiza a experiência materna, mobilizando sentimentos de choque, ansiedade, tristeza e frustração. As falas das mães demonstram não apenas a dimensão clínica do impacto, mas também sua profundidade subjetiva, revelando um processo de enfrentamento permeado pela ambivalência entre esperança e dor, presença e afastamento, amor e medo.

Método Canguru e contato pele a pele

Nos relatos das mães, observou-se que a compreensão e a experiência com o Método Canguru e o contato pele a pele variaram bastante. A maioria das mães relatou conhecer o método apenas a partir das orientações da equipe de saúde, sem o conhecimento prévio da prática. Esse foi o caso da Rosa:

“Eu estou entendendo que é uma escolha da equipe, porque como eu não conheço eu vou pela orientação.”

Essa percepção reforça a centralidade dos profissionais na mediação e incentivo da prática, corroborando estudos que apontam a necessidade de ações educativas para que as mães compreendam seus objetivos e benefícios.²²

Entre as participantes, emergiu também o desejo de realizar o contato pele a pele, embora este nem sempre fosse viável devido à condição clínica do recém-nascido, como foi o caso da Violeta e da Girassol:

“Assim, fui segurar a minha filha, mas, assim, é tudo tão delicado

A gente não pode fazer muita coisa, né? Gostaria [de realizar o contato], mas eu sei que não é viável nesse momento. Em primeiro lugar, a saúde dela” (Violeta)

“Quando ele estava lá na UTI, era muito difícil, né? Porque eu só ia lá, tocava neles, falava com eles. Eu não sei pegar eles não, porque realmente eu nunca peguei um bebê de prematuro” (Girassol).

Esses dados revelam a tensão entre o desejo materno e as limitações impostas pelo contexto hospitalar e pela condição clínica, em especial quando o bebê se encontra em cuidados intensivos. Além do mais, há um aspecto curioso na fala da Violeta, a fantasia que pegar a criança no colo poderia prejudicar a sua saúde. A literatura destaca que, ainda que existam restrições, pequenas oportunidades de aproximação, como o toque e a voz, já contribuem para o fortalecimento do vínculo.²³ Essas vivências apontam também para a importância do apoio da equipe no manejo inicial, aspecto já descrito como fundamental para reduzir a ansiedade materna e promover maior confiança no cuidado.²⁴

Por outro lado, as mães Jasmim, Margarida e Bromélia destacaram os efeitos positivos do contato pele a pele, como a evolução clínica do bebê e o fortalecimento do vínculo:

“É uma importância grande tanto para a mãe, como para o bebê que vai evoluir mais. Eu fiz e eles também aconselharam.” (Jasmim);

“Acho que é importante para criar um laço entre mãe e filha” (Margarida).

"Na primeira vez foi incômodo pra mim, não me senti tão confortável. Não sei, acho que a posição, parto cesárea... Eu não se eu passei pra ela que eu não estava tão bem, que ela ficava se mexendo o tempo todo, mas no segundo contato foi totalmente diferente, eu estava relaxada, ela relaxada, realmente teve aquela química." (Bromélia)

As narrativas acima mostram como as mães precisam vencer seus medos, inseguranças e fantasias de destruição para pegar o bebê no colo.

De modo geral, o Método Canguru se configura como uma estratégia de cuidado centrada no binômio mãe-bebê, trazendo benefícios não apenas fisiológicos, mas também emocionais e relacionais. Os relatos demonstram a existência de barreiras práticas e emocionais (condições clínicas do bebê e insegurança materna) , mas também de aspectos facilitadores (apoio da equipe, desejo materno e a percepção de benefícios). Embora nem sempre seja possível realizar o contato pele a pele de forma imediata ou contínua, seu valor é amplamente reconhecido pelas mães como promotor de vínculo. Nesse sentido, podemos ousar dizer que a equipe de saúde precisa colocar as mães no colo para que elas possam pegar os seus bebês. A atuação da equipe é fundamental tanto para garantir condições seguras à prática quanto para oferecer suporte emocional e educativo às mães, especialmente diante da fragilidade dos prematuros e da insegurança que pode surgir nesse contexto. Assim, a efetivação do Método Canguru depende de um trabalho integrado, que considere as necessidades clínicas do bebê e o protagonismo materno no processo de cuidado.

Os resultados analisados devem ser interpretados com cautela, considerando uma limitação relevante do estudo: a reforma estrutural realizada na UTIN durante o período de coleta de dados. Nesse período, houve redução no número de leitos disponíveis, o que impactou o fluxo de internações. Essa circunstância restringiu o recrutamento de participantes, resultando em um tamanho amostral menor do que o inicialmente planejado.

Tal condição pode ter reduzido o poder estatístico das análises, restringindo a generalização dos achados para outros contextos assistenciais. Apesar dessa limitação, os resultados fornecem contribuições muito valiosas para a compreensão dos efeitos do Método Canguru sobre a saúde mental materna e reforçam a importância de investigações futuras, especialmente em diferentes contextos institucionais, para fortalecer ainda mais as evidências existentes.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que a saúde mental materna de mães de prematuros internados em UTIN é fortemente impactada por sentimentos de ansiedade, medo, isolamento e sobrecarga, relacionados tanto às experiências individuais quanto à qualidade das relações de apoio e ao contexto hospitalar. A aplicação da Escala de Edimburgo (EPDS) revelou elevada frequência de risco para depressão pós-parto, enquanto as entrevistas qualitativas ressaltaram a importância do apoio conjugal, da rede de apoio e da atuação da equipe de saúde para a promoção do bem-estar materno.

Observou-se que, embora barreiras clínicas e emocionais possam limitar a prática do contato pele a pele, o Método Canguru foi reconhecido como experiência positiva, capaz de favorecer o vínculo mãe-bebê, reduzir a ansiedade e fortalecer a confiança materna no cuidado, reforçando a relevância da incorporação sistemática do Método Canguru como prática assistencial nas UTINs.

Diante desse cenário, torna-se relevante que pesquisas futuras aprofundem como fatores psicossociais e clínicos, incluindo o apoio conjugal, as condições do recém-nascido e o tempo de internação, podem interferir nos efeitos do Método Canguru sobre a saúde mental materna. Além disso, evidencia-se a necessidade de estudos futuros que ampliem a amostra e

explorem diferentes contextos socioculturais, de modo a consolidar estratégias de cuidado humanizado ao binômio mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

1. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry* [Internet]. 2020 Sep 15 [cited 2024 Apr 20];19(3):313-27. Available from: <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
2. Ahmed M, Ahmed K, Ahmed N, Maher M, Mohd T, Tze N, et al. Psychiatric illness and pregnancy: a literature review. *Heliyon*. 2023 Oct 1;9(10):e20958.
3. Chifa M, Hadar T, Politimou N, Reynolds G, Franco F. The soundscape of neonatal intensive care: a mixed-methods study of the parents' experience. *Children*. 2021 Jul 27;8(8):644.
4. Anwar F, Warsi A, Ahmed J, Zaidi B, Turab A, Khan MA, et al. The effectiveness of kangaroo mother care in lowering postpartum depression in mothers of preterm and low birth weight babies: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond)* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2024 Jan 21];85(6):2841-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37941566/>
5. Kostandy RR, Ludington-Hoe SM. The evolution of the science of kangaroo (mother) care (skin-to-skin contact). *Birth Defects Res* [Internet]. 2019 Aug 16 [cited 2024 Feb 25];111(15):1032-43. Available from: <https://doi.org/10.1002/bdr2.1565>
6. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica* [Internet].

2007 Nov [cited 2024 Apr 20];23(11):2577-88. Available from:

<https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007001100005>

7. Lima NC, Silva DC, Almeida JL, Souza F, Rocha AR, et al. Depressão pós-parto baseada na escala de Edimburgo. Rev Conexao UEPG [Internet]. 2016 [cited 2024 May 3];12(2):268-77. Available from:
<https://doi.org/10.5212/rev.conexao.v.12.i2.0008>
8. Tang C, Wu M, Wu R, Qiang W, Liu Y, Liu Y, et al. Prevalence, risk factors and family dynamics of antenatal depression in couples: a multicenter cross-sectional study. J Affect Disord [Internet]. 2025 Autumn;389:119702. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40543621/>
9. Fletcher R, Regan C, May C, White S, St George J. Equipping fathers to support distressed mothers: what do mothers want fathers to know and do? Health Promot J Austr. 2023 Jun 16;34(4):683-90.
10. Maffei B, Menezes M, Crepaldi MA. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. Rev SBPH [Internet]. 2019 Jun [cited 2025 Sep 20];22(1):216-37. Available from:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100012&lng=pt
11. Manente MV, Rodrigues OMP. Maternidade e trabalho: associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal. Pensando Fam [Internet]. 2016 [cited

2025 Sep 20];20(1):99-111. Available from:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-494X2016000100008

12. Sarti C. Famílias enredadas. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadores. Família: redes, laços e políticas públicas. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2015. p. 31-48.
13. Saldaña Muñoz L. Relaciones de género y arreglos domésticos: masculinidades cambiantes en Concepción, Chile. Polis (Santiago) [Internet]. 2018 Aug [cited 2025 Sep 20];17(50):183-204. Available from:
<https://doi.org/10.4067/s0718-65682018000200183>
14. Rapoport A, Piccinini CA. Apoio social e experiência da maternidade. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum [Internet]. 2006 Apr [cited 2025 Sep 20];16(1):85-96. Available from:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009
15. Gomes RTA, Pereira VA, Rodrigues OMPR. Sentimentos e percepções maternas sobre a internação de bebês pré-termo e a termo: estudo comparativo. Contextos Clínicos [Internet]. 2021 Jul 26 [cited 2025 Jul 30];14(1). Available from:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v14n1/v14n1a03.pdf>
16. Montanhaur CD, Rodrigues OMPR, Arenales NG. Saúde emocional materna e tempo de internação de neonatos. Aletheia [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2025 Aug

30];54(1):55-63. Available from:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942021000100007

17. Pereira LB, Abrão ACFV, Ohara CVS, Ribeiro CA. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2025 Aug 30];24:55-63. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NNDJjBSc7bgcW7zqhW56VKN/?lang=pt>
18. Padovani FHP, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarte G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-neonatal. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2011 Aug 12;26(4):251-4. Available from: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/Ss39KNtMmQZB3HYrq93MQcw/?lang=pt>
19. Maia Gusmão RO, Araújo DD, Maciel APF, Soares JB, Silva Junior RF. Sentimentos e emoções de mães de prematuros de uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* [Internet]. 2021 Dec 31 [cited 2025 Aug 31];11. Available from: <https://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4183>
20. Ramos FP, Enumo SRF, Paula KMP. Maternal coping with baby hospitalization at a neonatal intensive care unit. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2017 Aug [cited 2025 Aug 31];27(67):10-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/G5ZMV54zP7W9Qg5gp8FVxjq/?lang=en>

21. Rocha ALS, Dittz ES. As repercussões no cotidiano de mães de bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no isolamento social devido à COVID-19. Cad Bras Ter Ocup [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 31];29. Available from: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2158>
22. Sivanandan S, Sankar MJ. Kangaroo mother care for preterm or low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis. BMJ Glob Health [Internet]. 2023 Jun 1;8(6):e010728. Available from: <https://gh.bmj.com/content/8/6/e010728>
23. Pados BF, Hess F. Systematic review of the effects of skin-to-skin care on short-term physiologic stress outcomes in preterm infants in the neonatal intensive care unit. Adv Neonatal Care. 2019 Mar;20(1):1-12.
24. Pathak BG, Sinha B, Sharma N, Mazumder S, Bhandari N. Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2023 Jun 1;101(6):391-402.

CRediT Taxonomy

