

ASSOCIAÇÃO ENTRE INDICADORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E ESTADO EMOCIONAL MATERNO

Association between risk indicators for child development and maternal emotional state

Mariana Rodrigues Flores ⁽¹⁾, Ana Paula Ramos de Souza ⁽²⁾,
Anaelena Bragança de Moraes ⁽³⁾, Luciane Beltrami ⁽⁴⁾

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre os estados emocionais maternos depressivo e ansioso, combinados ou de modo isolado, em relação à presença de risco ao desenvolvimento infantil na faixa etária de 0 a 4 meses. **Método:** trata-se de estudo observacional, analítico e de coorte. Para a obtenção dos dados foram utilizados os Inventários de Beck de Depressão e de Ansiedade e analisada a interação mãe-bebê a partir do protocolo de índices de risco ao desenvolvimento infantil em uma amostra de 182 díades. **Resultados:** o percentual de bebês com pelo menos um índice de risco no grupo de mães que apresentaram depressão e ansiedade combinada foi significativamente maior (34,2%; $p < 0,001$) do que nas mães sem alteração emocional. O mesmo foi obtido em relação às mães com algum nível de depressão ou de ansiedade (26,6%; $p < 0,01$). Ainda, obteve-se correlação significativa entre os graus de depressão e ansiedade ($G = 0,83$; $p < 0,01$), o que demonstra que mães com maior grau de depressão, também obtiveram maior grau de ansiedade. **Conclusões:** houve associação significativa entre ansiedade e depressão maternas e presença de risco ao desenvolvimento infantil, o que indica a necessidade de inserção de políticas públicas para o acompanhamento e tratamento de tais díades quando necessário.

DESCRIPTORIOS: Mães; Fatores de Risco; Desenvolvimento Infantil; Depressão; Ansiedade

INTRODUÇÃO

Sabe-se que um bebê não existe sem sua mãe¹, portanto, quando se avalia o desenvolvimento

infantil, sobretudo no primeiro ano de vida, torna-se fundamental analisar a relação entre as possibilidades do bebê e o ambiente, em especial as figuras que desempenham as funções parentais. Com esta visão, foram construídos e validados dezoito indicadores de risco ao desenvolvimento infantil (IRDIs)² a partir de quatro eixos evolutivos determinados a partir da psicanálise lacaniana, a saber: a suposição de um sujeito, o estabelecimento de demanda da criança, a alternância ente presença-ausência por parte da mãe e presença de função paterna (alteridade). Tais índices abordam as ações do cuidador e do bebê e se mostraram efetivos para prever risco ao desenvolvimento infantil, sobretudo, o risco psíquico³.

A transição para a parentalidade ocorre a partir de diversas mudanças, o que exige uma adaptação dos pais, mudanças que passam pela transformação do corpo da mulher, expectativas acerca

⁽¹⁾ Psicóloga; Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

⁽²⁾ Fonoaudióloga; Docente do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS; Doutora em Letras pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

⁽³⁾ Engenheira Química; Docente do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil; Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁽⁴⁾ Psicóloga; Especialista em Avaliação Psicológica pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC; Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria- RS, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

dos novos papéis e em torno do bebê, inclusive, uma reestruturação das relações conjugais, familiares e sociais⁴.

Assim, ainda no período anterior ao parto, os pais constroem uma imagem do futuro bebê a partir de uma imaginarização acerca de seu temperamento e comportamentos, o que ajuda a estabelecer as primeiras relações com o bebê⁵. Contudo, mesmo que haja uma espera por esse filho, em muitos casos, pode-se associar o nascimento de um bebê a situações de estresse em algumas famílias devido às mudanças nas rotinas diárias, sobretudo no período pós parto⁶.

O período pós-parto é considerado o de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos. Entre eles encontram-se a disforia puerperal, a depressão pós-parto, a psicose pós-parto e os transtornos ansiosos⁷.

Dessa forma, por ser um período diferenciado de vida, é importante conhecer quais os fatores podem evitar ou contribuir com os eventos estressantes relacionados com gravidez e puerpério para que estratégias psicossociais sejam pensadas a fim de minimizar o impacto de sintomatologias psicológicas/psiquiátricas na relação mãe-bebê, inclusive, nas relações familiares⁸.

Essas questões preocupam na medida em que as condições físicas e psicológicas da mãe no período pré e pós-parto constituem um fator crítico porque as bases do desenvolvimento infantil se estabelecem nessa mesma época e dependem intimamente da relação mãe-bebê⁹.

Reconhece-se, nos últimos vinte anos, que para muitas mulheres, a gravidez, o nascimento de um bebê e o período pós-parto podem ocasionar problemas psicoafetivos, como é o caso da depressão pós-parto¹⁰.

Sintomas como depressão e ansiedade puerperal têm sido apontados como fatores de risco para o desenvolvimento infantil, inclusive podem estar associados com a não formação de um apego seguro na criança¹¹. Desse modo, o amparo psíquico da figura materna para com seu bebê é extrema relevância para a constituição do eu, sendo a base principal para todos demais relacionamentos do bebê, assim como, o sadio relacionamento mãe-bebê representa proteção e segurança para a criança, o que é fundamental para o desenvolvimento adequado do aparelho psíquico¹².

O impacto da depressão materna pode influenciar o bebê de forma variável, contudo, normalmente o bebê reage ao comportamento materno com retraimento na interação ou com características de tristeza. Isso porque o bebê nasce com comportamentos reflexos que facilitam sua relação com o outro. No entanto, caso haja algum

comprometimento de investimento libidinal por parte da mãe, as relações iniciais entre a mãe e o bebê podem ser prejudicadas acarretando graves prejuízos na instalação psíquica da criança¹³.

A mãe deprimida estando impossibilitada temporariamente de lidar com as questões da maternidade apresenta dificuldades em reagir diante do bebê e ele não recebendo respostas da mãe ao interpelá-la, começa a reconhecer em seu rosto as características de seu humor buscando formas de lidar com isso¹⁴.

Todavia, estudo realizado¹⁵ demonstrou que, nem sempre, o estado emocional materno se traduz em interações disfuncionais entre a mãe e o bebê, o que pode indicar uma capacidade resiliente da mãe ou do filho. Outros trabalhos apontam que tanto a depressão quanto a ansiedade podem ser neutralizadas pelo apoio familiar e não necessariamente se refletir nas interações mãe-bebê^{16,17}. Entretanto, não significa que as mães não estejam sofrendo com os sintomas depressivos¹⁵ ou ansiosos¹⁷, o que demanda um cuidado especial dos profissionais de saúde nesse período.

Outro sintoma presente no período pós-parto é a ansiedade^{18,19}, estima-se que 20% das mulheres gestantes apresentam sintomas de ansiedade²⁰.

Essa questão é preocupante na medida em que a ansiedade puerperal, assim como na depressão, pode gerar dificuldades na formação do vínculo mãe-bebê, podendo ocasionar falhas no desenvolvimento infantil, mas tem sido pouco abordada nas investigações científicas²¹.

Os fatores psicológicos, como a ansiedade, podem acarretar complicações durante a gestação, o parto e o puerpério, como também para o bebê²². As consequências da ansiedade materna não se limitam ao período do puerpério, mas podem ter efeitos a longo prazo para o desenvolvimento da criança²³.

Nesse sentido, pesquisa sobre o diálogo mãe-criança, salienta que falhas interacionais podem estar ligadas a possíveis estados emocionais maternos e se manifestar em estilos maternos distintos, como a intrusividade ou apatia materna refletidas no diálogo com os filhos. O estudo apontou que a depressão ou a ansiedade materna pode fazer com que as mães ocupem lugares enunciativos distintos no diálogo com o filho. Observou que mães ansiosas tendem a ocupar excessivamente esse lugar, enquanto as mães depressivas adotam postura menos participativa no brincar e no diálogo com o filho²⁴.

Portanto, mesmo que não se possa generalizar acerca do comportamento de uma mãe ansiosa na interação com o bebê, sabe-se que, muitas vezes, é possível que a relação entre eles esteja fraturada, o

que pode acarretar futuros problemas ao desenvolvimento infantil, sobretudo risco para aquisição da linguagem²⁴, além de outros problemas no desenvolvimento infantil²⁵.

Recentemente, dois estudos verificaram que estados emocionais maternos como a depressão e a ansiedade se associaram positivamente com a presença de risco ao desenvolvimento infantil, investigando mães e bebês na faixa etária de 0

a 4 meses^{16,17}. A continuidade desta pesquisa abrange o seguimento desses bebês até 18 meses, com análise do protocolo IRDI (Figura 1). Neste artigo, os autores objetivam analisar a associação entre os estados emocionais maternos depressivo e ansioso, combinados ou de modo isolado em relação à presença de risco ao desenvolvimento infantil na faixa etária de 0 a 4 meses.

Nomes (mãe e bebê): _____

DN: mãe: _____ **bebê:** _____

Examinador (a): _____

Idade em meses:	Indicadores:
0 a 4 incompletos:	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). 3. A criança reage ao manhês. 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.
4 a 8 incompletos:	6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. 7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. 8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.
8 a 12 incompletos:	9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. 10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. 11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. 12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. 13. A criança faz gracinhas. 14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.
12 a 18 meses:	15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. 16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. 17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. 18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

Figura 1 – indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIS)

■ MÉTODO

Amostra

Este estudo é de tipo observacional, analítico e de coorte. Para o cálculo amostral foi considerada a prevalência de depressão em 15% com base na prevalência da ocorrência de depressão materna no Brasil que é de 10% a 15% obtida da Organização Mundial de Saúde²⁶, a margem de erro de 5 pontos percentuais e o nível de significância de 5%. A amostra estimada foi de 163 díades (mãe-bebê) selecionada em uma população de mães de bebês sem alterações biológicas no desenvolvimento, que buscaram o serviço da triagem auditiva neonatal (TAN) no Hospital Universitário. Considerando a possibilidades de perdas futuras, este trabalho estudou 182 díades.

Os critérios de inclusão foram bebês nascidos a termo e pré-termo, sem alterações biológicas como possíveis síndromes, malformações ou lesões orgânicas diagnosticadas ao nascimento e que passaram na triagem auditiva neonatal. Em relação às mães, todas foram incluídas exceto aquelas que possuíssem diagnóstico ou suspeita de distúrbios graves como psicose ou esquizofrenia durante entrevistas com as psicólogas.

Procedimentos

A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário da região central do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, sendo os dados coletados no período de março a junho de 2010. A coleta ocorreu no ambulatório de Audiologia, local onde é realizada a triagem auditiva neonatal (TAN) dos recém-nascidos da cidade e região. Os bebês que frequentam esse serviço costumam ter entre 0 e 1 mês.

Primeiramente foram explicados às mães os objetivos e procedimentos do estudo. Após, as mesmas foram convidadas a participar e, ao aceitarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo para a criação de banco de imagens. A seguir, realizou-se uma entrevista com as mães e aplicação dos Inventários de Depressão de Beck (BDI)²⁷ (Figura 2) e de Ansiedade de Beck (BAI)²⁸ (Figura 3). Durante a entrevista as mães foram observadas em interação natural com os bebês e investigados os cinco primeiros índices de risco ao desenvolvimento infantil, pertencentes à primeira fase do protocolo IRDI (IRDIs 1 a 5). Posteriormente, foi feita breve filmagem, resguardando uma distância para que o bebê evitasse focar a câmera, para que um juiz, não presente, pudesse julgar os índices. Em caso de dúvida ou desacordo entre os examinadores e o juiz, foi feito reteste dos IRDIs em até uma semana após o primeiro encontro. O instrumento utilizado para avaliar as

díades, sobretudo o desenvolvimento dos bebês está resumido conforme exposto na Figura 4.

O BDI é uma escala sintomática de auto-relato, composta por 21 itens com diferentes alternativas de resposta a respeito de como o sujeito tem-se sentido recentemente, e que correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que por sua vez constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, que pode ser classificado nos seguintes níveis: mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos) e grave (36 a 63 pontos). Considera-se como depressão a partir do estágio descrito como leve.

O BAI é uma escala construída com base em vários instrumentos de auto-relato e mede a intensidade de sintomas de ansiedade, sendo constituída por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, em uma escala de 4 pontos que reflete o nível crescente de cada sintoma desde a não apresentação de sintomas até a apresentação de sintomas graves. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais e permite a classificação em níveis de intensidade da ansiedade: mínimo (0 a 10 pontos), leve (11 a 19 pontos), moderado (20 a 30 pontos) e grave (31 a 63 pontos). É considerada ansiedade clinicamente importante a partir do estágio leve.

As mães que apresentaram depressão ou ansiedade, por meio da avaliação do BDI e do BAI, ou que se observou na entrevista que precisavam de atendimento psicológico, foram convidadas a participar de grupos terapêuticos e também foram indicadas para acompanhamento psicológico individual. Da mesma forma, todos os bebês com risco ao desenvolvimento infantil foram indicados para acompanhamento terapêutico pela equipe de pesquisa.

Esta pesquisa se insere no projeto “Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário, em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, sob o número do CAEE n. 0284.0.243.000-09.

Análise Estatística

Para a análise dos dados foram considerados os seguintes grupos de mães e de bebês: mães sem alteração emocional (BDI e BAI mínimo); mães com alteração emocional pela depressão ou ansiedade

Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Data de aplicação: _____ Pontuação: _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu **na semana que passou, incluindo o dia de hoje**. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste.

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

6.

0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).

1 Sinto que posso ser punido(a).

2 Sinto que mereço ser punido(a).

3 Sinto que estou a ser punido(a).

7.

0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).

2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).

3 Eu odeio-me.

8.

0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.

2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.

3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9.

0 Não tenho qualquer idéia de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.

2 Gostaria de me matar.

3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.

0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava fazer.

2 Atualmente, choro o tempo todo.

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

0 Não me irrito mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

- 0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

- 0 Durmo tão bem como habitualmente.
- 1 Não durmo tão bem como costumava.
- 2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
- 3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

- 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.
- 2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
- 3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
- 2 O meu apetite, agora, está muito pior.
- 3 Perdi completamente o apetite.

19.

- 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 Perdi mais de 2,5 kg.
- 2 Perdi mais de 5 kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não _____

20.

- 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
- 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
- 3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

- 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
- 1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
- 2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.
- 3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: _____

Classificação: _____

Figura 2 – Inventário de depressão de Beck (BDI)

Nome: _____ Data ____ / ____ / ____

Abaixo, está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Indique **quanto** você foi incomodado, por cada um dos sintomas listados à esquerda, durante a **última semana, inclusive hoje**, marcando um X no grau de incômodo correspondente a uma das caselas das colunas à direita.

Nº	Sintomas	Quanto foi incomodado			
		<i>Nada</i> 0	<i>Fraco</i> 1	<i>Moderadamente</i> 2	<i>Muito forte</i> 3
		<i>Não incomodou nada</i>	<i>Incomodou-me um pouco</i>	<i>Foi muito desagradável, mas consegui aguentar</i>	<i>Quase não consegui aguentar</i>
1	Dormência ou formigamento				
2	Calores				
3	Pernas bambas				
4	Incapaz de relaxar				
5	Medo do pior acontecer				
6	Tonteira ou cabeça leve				
7	Coração batendo forte ou acelerado				
8	Inquieto(a)				
9	Aterrorizado(a)				
10	Nervoso(a)				
11	Sensação de sufocamento				
12	Mãos tremendo				
13	Trêmulo(a)				
14	Medo de perder o controle				
15	Dificuldade de respirar				
16	Medo de morrer				
17	Assustado(a)				
18	Indigestão ou desconforto no abdômen				
19	Desmaio				
20	Face ruborizada				
21	Suores (não devido a calor)				
ESCORE:					

Figura 3 – Inventário Beck de ansiedade

Idade em meses:	Indicadores:
0 a 4 meses	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). 3. A criança reage ao manhês. 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.

Figura 4 – Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) investigados de 0 a 4 meses

(BDI ou BAI com nível leve a grave); mães com alterações emocionais pela depressão e ansiedade (BDI e BAI com nível leve a grave); bebês sem IRDIs alterados; e bebês com ao menos um IRDI alterado.

A opção por essa caracterização deveu-se pelo fato de haver poucas mães com estado emocional alterado na amostra estudada, e também um pequeno número de díades com IRDIs alterados, o que não permitiu uma análise detalhada dos níveis de BDI e BAI alterados ou mesmo da frequência de cada IRDI alterado a partir de uma análise individual de cada um dos cinco primeiros itens do protocolo IRDI (Figura 4). Tal análise gerou números baixos em cada categoria, o que não permitiu a análise estatística das mesmas.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o teste não-paramétrico de associação do Qui-quadrado e o coeficiente de correlação não-paramétrico Gama, utilizando-se o nível de significância de 5%.

■ RESULTADOS

Os grupos foram analisados conforme sua relação com os Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs), o que pode ser observado na Tabela 1, na qual são apresentados os níveis de alteração emocional materna em relação aos IRDIs.

Percebe-se na tabela 1 que o percentual de bebês com pelo menos um IRDI ausente no grupo de mães que apresentaram algum nível de depressão e ansiedade (grau leve a grave) foi de 34,2%, o que corresponde a 14 díades, sendo significativamente maior ($p < 0,001$) que o percentual de bebês com pelo menos um IRDI ausente no grupo cujas mães não apresentaram nem depressão e nem ansiedade (grau mínimo) ou apresentaram somente depressão ou somente ansiedade (11,4%), o que correspondeu a 16 díades.

Tabela 1 – Distribuição dos níveis de alteração emocional materna (ansiedade e depressão) em relação aos Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs)

IRDIs	Mães	
	Com alteração emocional combinada	Sem alteração emocional
Nenhum ausente (sem risco)	27 (65,85%)	125 (88,65%)
Pelo menos um IRDI ausente	14 (34,15%)	16 (11,35%)
Total	41(22,52%)	141 (77,47%)

* Teste Qui-quadrado: significativo ($p < 0,001$)

Já na Tabela 2 são apresentados os níveis de alteração emocional materna quando as mães apresentam apenas um dos tipos de alteração emocional (ansiedade ou depressão) em algum nível (de leve a grave) em relação aos Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (sem risco e com pelo menos um IRDI alterado).

Percebe-se na Tabela 2 que o percentual de bebês com pelo menos um IRDI ausente no grupo de mães que apresentaram um nível de depressão ou ansiedade foi de 26,6%, o que corresponde a 21 díades, sendo significativamente maior ($p < 0,01$) que o percentual de bebês com menos um IRDI ausente no grupo cujas mães não apresentou depressão nem ansiedade (8,7%), o que correspondeu a 9 díades.

Um resultado interessante foi encontrado ao se correlacionar os graus de BDI e BAI, obtendo-se correlação significativa entre eles ($G = 0,83$; $p < 0,01$), ou seja, na amostra estudada, as mães com maior grau de depressão, também obtiveram maior grau de ansiedade, o que mostra que a alteração emocional no período puerperal pode estar composta de depressão e ansiedade.

Outro aspecto interessante que cabe uma descrição para a reflexão acerca dessa associação é a frequências de alterações de cada IRDI e sua possível relação às alterações emocionais maternas (depressão e ansiedade), conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 2 – Distribuição dos níveis de alteração emocional materna (ansiedade ou depressão) em relação aos Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs)

IRDIs	Mães	
	Com alguma alteração emocional	Sem alteração emocional
Nenhum ausente (sem risco)	58 (73,4%)	94 (91,3%)
Pelo menos um IRDI ausente	21 (26,6%)	9 (8,7%)
Total	79 (43,4%)	103 (56,6%)

*Teste do Qui-quadrado: significante ($p < 0,01$).

Tabela 3 – Distribuição dos Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) individualizados em função da alteração emocional combinada das mães (depressão e ansiedade)

IRDIs	Mães com algum nível de:	
	Depressão (BDI)	Ansiedade (BAI)
IRDI 1: Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer	9	8
IRDI 2: A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)	10	7
IRDI 3: A criança reage ao manhês	5	3
IRDI 4: A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação	9	7
IRDI 5: Há trocas de olhares entre a criança e a mãe	7	7
Total	40	32

Legenda: BDI = Inventários de Depressão de Beck; BAI = Inventários de Ansiedade de Beck

*Considerou-se como tendo algum grau de depressão e de ansiedade aquelas mães que obtiveram nas escalas BDI e BAI grau leve a grave

■ DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram, a exemplo de vários estudos^{1,9,14,16,17,21,24,25} que o estado materno tende a influenciar a relação mãe-bebê, dada a associação entre os estados maternos alterados e a presença de riscos ao desenvolvimento infantil. Também demonstraram que há uma associação importante entre depressão e ansiedade na amostra estudada, o que enseja algumas reflexões.

Em relação à associação entre IRDIs e estados maternos, combinados ou isolados, o estudo confirma os resultados anteriores^{16,17}, bem como, a proposição teórica clássica acerca da dependência do bebê em relação a um Outro primordial, função que é normalmente desempenhada pela mãe e que corresponde àquela que é possuidora dos significantes e cuidados que dão sentido ao que no início é apenas reflexo, fazendo com que o bebê possa advir ao mundo da linguagem. Demonstram também que os bebês tendem a ser vulneráveis

ao impacto dos estados emocionais maternos: a depressão amplamente estudada, mas também a ansiedade, ainda pouco estudada²¹.

Também chama atenção, neste estudo, a alta correlação da combinação de ambos os sintomas, pois a depressão associou-se significativamente à ansiedade na amostra estudada, o que se traz em duas demandas: a necessidade de se acompanhar o estado emocional como um todo no período puerperal durante as consultas pós-natais, e a pesquisa dos fatores que podem estar gerando tal associação. Uma das hipóteses que se pode lançar é de que a mulher grávida esteja vivendo um momento de grandes desafios, pois precisa lidar com o trabalho, com os demais filhos e com os desafios inerentes às condições sociais atuais, sendo assim, a gravidez exige um novo posicionamento, o que nem sempre é fácil.

Estudos observaram que o apoio do cônjuge ou familiar, as condições financeiras que permitam maior segurança material são alguns dos fatores

importantíssimos para a neutralização de estados emocionais alterados^{16,17}. Possivelmente, tais fatores estejam relacionados à associação entre ansiedade e depressão.

Ambos estados emocionais se refletiram nos IRDIs demonstrando que eles são capazes de captar a interferência de estados emocionais maternos no desenvolvimento infantil. Cabe ressaltar que dos cinco IRDIs estudados, os IRDIs 1, 2 e 4 se relacionam mais diretamente aos estados maternos, o IRDI 5 à relação. Já o IRDI 3 se relaciona à reação da criança às propostas da mãe. Portanto, esperava-se que os IRDIs dessa faixa etária fossem razoavelmente sensíveis aos estados emocionais maternos o que se confirmou neste estudo. Considerando que na ansiedade todos os IRDIs estiveram alterados, mas com maior frequência aqueles relacionados à iniciativa da mãe (1, 2, 4 e 5) e que na depressão os IRDIs 1, 2 e 4 foram os mais alterados, pode-se afirmar que a hipótese inicial se concretizou no estudo.

É importante salientar que o IRDI 3 não esteve alterado significativamente porque refere-se a reação do bebê a voz, e quando este não respondia à mãe, as psicólogas responsáveis pela pesquisa falavam com o bebê, o que reflete que as falhas aconteceram na relação mãe-filho. Em relação a isso, salienta-se que é por meio da linguagem que os pais mostram sua subjetividade e marcam quais os lugares possíveis de seus filhos existirem como sujeitos da e na linguagem²⁹.

Entretanto, seria reducionista afirmar uma relação de causa-efeito entre o estado emocional materno e a presença de distúrbio no bebê, pois existem díades no estudo cujos IRDIs não apresentaram alterações, apesar dos estados emocionais maternos alterados. Por outro lado, há situações em que há estados emocionais maternos alterados sem que haja alterações nos IRDIs. Esse fato demonstra que se trata de uma combinação complexa e singular de fatores que podem gerar um distúrbio do desenvolvimento ou mesmo psíquico.

Nesse processo não pode ser esquecida a contribuição genética do bebê que determina sua prontidão e habilidades para a interação. Estas se combinam com a disponibilidade/possibilidade do outro encarnado para lidar com as características do bebê, alimentando ou não uma tendência natural do bebê. O bebê nunca é passivo nas relações iniciais. Assim, não se pode compreender distúrbios funcionais do bebê fora da qualidade da relação

mãe-bebê porque se relacionam com as variações do ambiente familiar e social, com as características e predisposições da própria criança e com a saúde mental dos outros parentais³⁰.

Tais aspectos apontam a relevância de trabalhos como este de atenção primária que buscam diagnosticar os problemas nas relações iniciais da díade mãe-bebê, para que se possa intervir precocemente de modo a reverter possíveis alterações no desenvolvimento infantil e também socorrer a mãe em relação a sua saúde mental. Nesses casos em que o estado materno afeta (ou é afetado pelo bebê) o ideal seria propor-se uma intervenção mãe-bebê a fim de reposicionar o Outro fazendo com que encontre no bebê um gozo que o faça investir nele, bem como, para que o bebê não precise mais responder a ele apenas com sintomas. D e s s a forma, uma boa relação entre a díade depende do bebê estar em condições de fazer uso de suas competências valendo-se da permeabilidade ao significativo, conferida pela maturidade biológica, inclusive, de sua apetência ao gozo do Outro; como também, de um Outro capaz de deixar marcas fundantes em seu corpo por meio de percepções significativas sublinhadas pelo seu desejo, o que é imprescindível para sua entrada no universo da linguagem³¹.

Além disso, o padrão de interação verbal com o bebê parece estar relacionado a atribuição de significados que é dada às ações do bebê, o que pode influenciar no tipo/qualidade da interação verbal estabelecida entre cuidador-criança³², uma vez que ao falar com seu bebê a mãe não está simplesmente comunicando uma informação a ele, mas está tentando engajá-lo em suas conversas³³.

■ CONCLUSÃO

O estudo mostrou que houve associação significativa entre estados emocionais maternos, de modo combinado (depressão e ansiedade) ou isolado (depressão ou ansiedade), e a presença de risco ao desenvolvimento infantil. Da mesma forma, evidenciou-se a associação entre os estados depressivos e ansiosos maternos no período pós-parto.

Os achados desse estudo sugerem a necessidade de inserção de políticas públicas de acompanhamento pós-natal da saúde mental materno-infantil desde as etapas mais precoces. Além disso, o protocolo IRDIs apresenta-se efetivo para este acompanhamento.

ABSTRACT

Purpose: to analyze the association between depression and anxiety maternal emotional states, whether combined or isolated and its relation with child development risk in children with zero to four month old. **Method:** this is an observational, analytic and a cohort research. We utilized the Beck Depression and Anxiety Inventories and Child Development Index Risks Inventory for data collection with 182 pairs of mother-child as for their interaction. **Results:** the percentage of babies with at least one development risk and maternal and maternal anxiety emotional states when combined (34,2%; $p < 0,001$) was significantly higher than with mothers without altered emotional states. There was a significant correlation between depression and anxiety ($G = 0,83$; $p < 0,01e$), that shows that mothers with higher degrees of depression also have anxiety states. **Conclusion:** there was association between maternal depression and anxiety and presence of risk for child development, a fact that shows the need for public health programs in order to care and to treat such pairs, when needed.

KEYWORDS: Mothers; Risk Factors; Child Development; Depression; Anxiety

■ **REFERÊNCIAS**

1. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
2. Lerner R, Kupfer MCM (orgs.). Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta-FAPESP, 2008, 240p.
3. Kupfer MCM, Jerusalinsky AN, Bernardino LML, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE, et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. In Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online. 2009;6(1):48-68. Disponível em: www.fundamentalpsychopathology.org/journal/v06n01/valor.pdf. Acesso em: 29 de set de 2011.
4. Conde A, Figueiredo B. Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. Análise Psicológica. 2007; 3 (25): 381-98.
5. Borsa JC, Feil CF, Paniágua RM. A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto, 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0384.pdf>. Acesso em 14 jun de 2011.
6. Coutinho MPL, Saraiva ERA. Depressão pós-parto: considerações teóricas. Estudos e pesquisa em Psicologia. UERJ, RJ, 2008;(3):759-73.
7. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Jr J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. Rev Psiq Clín. 2010; 37(6):278-84.
8. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora. 2006;7(1):39-48.
9. Fonseca VR, Silva GA, Otta E. Relação entre depressão pós-parto disponibilidade emocional materna. Cad. Saúde Pública. 2010 abr; 26(4):738-46.
10. Saraiva ERA, Coutinho MPL. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. Psico-USF. 2007;12(2):319-26.
11. Fraga DA, Linhares MBM, Carvalho AEV. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. Psicologia Reflexão e Crítica. 2008;21(1):33-41.
12. Cecatto GM. A função materna e o desenvolvimento infantil. 2008 Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/makepdf.php?itemid=1222>. Acesso em: 13 de jun de 2011.
13. Folino C. Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil [Dissertação]. Programa de Pós-graduação em Psicologia escolar e do desenvolvimento humano: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2008.
14. Brum EHM, Schermann L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. Revista Psico. 2006 maio/ago; 37(2):151-8.
15. Frizzo GB, Piccinini CA. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. Psicol. Reflex. Crit. Porto Alegre. 2007; 20(3).
16. Pretto-Carlesso JC. Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil [Dissertação]. Programa de pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria/RS; 2011.
17. Beltrami L. Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil [Dissertação]. Programa de pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana: Universidade

Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria/RS; 2011.

18. Correia LL, Carvalho AEV, Linhares MBM. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [online]. 2008; 16(1):64-70.

19. Correia LL, Linhares MBM. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(4): 677-83.

20. Araújo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007, abr; 23(4):747-56.

21. Faisal-Cury A, Menezes PR. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(3): 171-8.

22. Araújo DMR, Pacheco AHRN, Pimenta AM, Kac G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife. 2008 jul/set; 8 (3): 333-40.

23. Perosa GB, Canavez IC, Silveira FCP, Padovani FHP, Peraçoli JC. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(9):433-9.

24. Crestani AH, Rosa FFM, Souza APR, Pretto JP, Moro MP, Dias L. A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. In *Rev. CEFAC*. Online. no.ahead, p.0-0. ISSN 1516-1846. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010nahead/07-10.pdf>. Acesso em: 28 de set de 2011.

25. Perosa GB, Silveira FCP, Canavez IC. Ansiedade e Depressão de Mãe de Recém-Nascidos com Malformações Visíveis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008; 24(1):29-36.

26. OMS. *Salude mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS. 2001.

27. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.

28. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56:893-7.

29. Ferriolli BHVM, Witt M. Interação mãe e filho: um percurso através da análise do discurso para a compreensão do retardo de linguagem. *Rev. Est. Ling. Belo Horizonte*. 2009 jul./dez;17(2):143-59.

30. Motta S. Psicopatologia e clínica no primeiro ano de vida. Org De Oliveira EFL, Ferreira SS, Barreto TA. *As interfaces da clínica com bebês*. Recife: NINAR Núcleo de Estudos Psicanalíticos, 2008. p. 27-49.

31. Barbosa DC. A função materna, seus entraves e o sintoma do bebê. Org De Oliveira EFL, Ferreira SS, Barreto TA. *As interfaces da clínica com bebês*. Recife: NINAR Núcleo de Estudos Psicanalíticos, 2008. p. 147-57.

32. Souza CBA, Affonso LR. Pré-requisitos da linguagem: Padrões comportamentais na interação criança-acompanhante. *Interação em Psicologia*. 2007; 11(1):43-54.

33. Pessoa L, Moura ML. Características pragmáticas da fala materna em díades mãe-bebê (aos cinco e vinte meses). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2008;60(1):82-94.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000046>

RECEBIDO EM: 19/08/2011

ACEITO EM: 06/10/2011

Endereço para correspondência

Mariana R. Flores

Universidade Federal de Santa Maria

Av. Roraima, 1000 – Camobi

Santa Maria, RS – Brasil

CEP: 97105-900

E-mail: mari.rflores@hotmail.com