



Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil

Maternal puerperal anxiety and risk for the child development

Ansiedad maternal en el puerperio y el riesgo para el desarrollo infantil

*Luciane Beltrami**

*Anaelena Bragança de Moraes***

*Ana Paula Ramos de Souza****

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi analisar comparativamente as possíveis correlações entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e estado ansioso materno. O método utilizado foi o quantitativo descritivo, com caráter comparativo sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê. A amostra foi constituída de 182 díades mães-bebês. Foi realizada uma entrevista, aplicada a escala de ansiedade de Beck, o protocolo IRDIs e filmada a interação da díade mãe-bebê. Os resultados demonstraram que há uma correlação positiva entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e estado materno ansioso. Contudo, o risco ao desenvolvimento infantil é multifatorial. A ansiedade parece, por outro lado, ser um sintoma visível, entre outros possíveis, de problemáticas pessoais que afetam a constituição da experiência da maternidade em algumas mulheres, e que pode trazer risco ao desenvolvimento do bebê.

Palavras-chave: Psicologia do desenvolvimento; ansiedade materna; interação mãe-bebê.

Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. **Docente da UFSM, Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Docente da UFSM, Doutora em Letras pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.*



Abstract

The goal of this research was to analyze possible correlations between the rates of risks in children development and maternal anxiety. The method used was the quantitative descriptive type, with comparative character about the behavioral manifestations of the mother-baby interactive process. The sample was formed by 182 mothers-babies groups. An interview was held, the anxiety scale of Beck was applied, as well as the IRDIs protocol and the interaction of the dyad mother-baby was filmed. The results showed that there is a positive correlation between the presence of risk to the child development and the maternal, anxious state. However, the risk to child development is multifactorial. Moreover, anxiety seems to be a visible symptom, among other possible personal problems that affect the experience of motherhood in some women, and may bring risk to the baby's development.

Keywords: *developmental psychology; maternal anxiety; mother-infant interaction.*

Resumen

El objetivo de esta investigación fue analizar comparativamente las posibles correlaciones entre los índices de riesgo al desarrollo infantil y estados de ansiedad materna. El método utilizado fue el cuantitativo descriptivo de carácter comparativo sobre las manifestaciones conductuales del proceso interactivo madre-bebé. La muestra se constituyó de 182 díadas madres-bebés. Se realizó una entrevista, donde se aplicó la escala de ansiedad de Beck, el protocolo IRDIs (Índice de Riesgo al Desarrollo Infantil) y se filmó la interacción de la díada. Los resultados demostraron que hay una correlación positiva entre la presencia del riesgo al desarrollo infantil e el estado de ansiedad materna. Sin embargo, el riesgo al desarrollo infantil es multifactorial. Por otra parte, la ansiedad parece ser un síntoma visible, entre otros posibles, de problemáticas personales que afectan la constitución de la experiencia de maternidad en algunas mujeres y que pueden traer riesgos al desarrollo del bebé.

Palabras clave: *Psicología del desarrollo, ansiedad materna, interacción madre-bebé.*

Introdução

Os transtornos de ansiedade e os sintomas ansiosos têm aumentado de maneira expressiva nos últimos anos, sobretudo pelo modo de vida moderna. Eles podem ter consequências importantes na adaptação social, visto que alteram a qualidade das relações interpessoais, e podem afetar o exercício das atividades pessoais e profissionais¹. No campo das relações interpessoais, o exercício da função parental, sobretudo a materna, é um dos espaços mais sensíveis ao estado ansioso.

A chegada de uma criança implica transformações desde a gestação, tanto do ponto de vista fisiológico, quanto psíquico e sócio-familiar, porque representa uma transição que faz parte da definição de um novo papel para a mulher. Nesse momento, o suporte social, especialmente do marido, é fundamental. Se tal suporte não for

suficiente, o vínculo da díade mãe-bebê pode ser dificultado, tanto no sentido de não se processar quanto no de se exacerbar, gerando sintomas impactantes na vida do casal e dos filhos, que podem se revelar nas fases pré e pós-natal¹⁻³. Tal fato pode ser verificado na pesquisa de Fraga et al.⁴ na qual a presença de sintomas como ansiedade e depressão maternas fizeram com que tais mães tivessem maior dificuldade do que as mães sem os sintomas, para formar apego seguro ao filho. O mesmo estudo demonstrou que a ansiedade é mais intensa em mães de prematuros durante a internação na unidade de terapia intensiva neonatal.

Entre os efeitos da ansiedade no desenvolvimento infantil, Rechia e Souza⁵ e Crestani et al⁶ afirmam que o diálogo mãe-filho pode estar alterado, uma vez que mães ansiosas tendem a falar de modo não sintonizado e excessivo, sem oferecer turno ao filho, o que pode

ter efeitos no funcionamento de linguagem infantil. Tais autores afirmam que a ansiedade materna não pode ser encarada como um gerador da dificuldade da criança, mas, como um elemento que se somou de modo complexo às limitações biológicas dos sujeitos investigados e alimentou, desta forma, o distúrbio de linguagem dos mesmos.

Esses estudos apontam, portanto, para a importância de se investigar os efeitos da ansiedade nas interações mãe-filho iniciais. Para tanto, fazem-se necessários meios de avaliação das condições maternas, entre elas do estado emocional⁷, das condições evolutivas da criança, e das interações mãe-filho. A relevância do estudo da ansiedade materna em relação a seus efeitos, nos bebês, é fundamental visto que, nos primeiros anos de vida, ocorre a constituição psíquica do sujeito. Para Lacan⁸, a família rege os processos fundamentais do desenvolvimento psíquico, pois o projeto simbólico que possui para o bebê o constitui psiquicamente. O bebê advém como sujeito, apesar de entrar num campo de significantes extrafamiliares, pois nasce com competências que necessitam do encontro com um campo de interações, no qual a formação dos laços iniciais com o adulto cuidador aparece como essencial. Isto coloca em cena um bebê ativo, já “falante”, desde que encontre um parceiro de interações⁹. Esse fato também é ressaltado por Guedenay, Mintz e Dugravier¹⁰ ao afirmarem a existência de três elementos que contribuem para o desenvolvimento inicial: as capacidades inatas, a curiosidade do bebê e o contexto relacional capaz de investir nesses elementos que o bebê traz consigo. Os índices de risco ao desenvolvimento infantil (IRDIs)¹¹⁻¹² constituem um protocolo que permite uma avaliação dinâmica dessas interações iniciais da mãe e do bebê e, ao mesmo tempo, das condições de um e de outro.

Os IRDIs foram construídos a partir de quatro eixos teóricos: a suposição de sujeito (a mãe toma as reações do bebê, mesmo que involuntárias, como uma produção de um sujeito), o estabelecimento de demanda (a mãe supõe que as produções do bebê são um pedido a ela e se coloca em posição de resposta), alternância entre presença e ausência (a mãe não está sempre presente ou ausente) e função paterna ou alterização (o bebê é referido a uma ordem simbólica)^{12,13,14}. Esses eixos embasam a formulação de índices cuja ausência prevê risco

ao desenvolvimento infantil, com maior ênfase ao risco psíquico. Tais índices foram investigados em pesquisa multicêntrica em vários centros no Brasil, na qual aproximadamente 390 bebês foram acompanhados de 1 a 18 meses e reavaliados aos 3 anos por psiquiatras e psicanalistas. A avaliação aos 3 anos permitiu comprovar estatisticamente que 18 índices são capazes de prever alteração no desenvolvimento e, quando agrupados em determinadas faixas etárias, o risco psíquico. Pela importância e sensibilidade comprovada de tais índices na realidade brasileira, esta pesquisa optou por investigá-los diante de situações em que as mães estivessem apresentando sintoma ansioso.

Por isso, o objetivo desta pesquisa foi investigar comparativamente as associações entre a ausência ou presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil e presença ou ausência de estado ansioso materno, investigando associações com as variáveis socioeconômicas e demográficas, obstétricas e psicossociais.

Método

Esta pesquisa é do tipo quantitativa, descritiva, com caráter causal comparativo sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê¹⁵. A amostra foi constituída de 182 mães e seus bebês, estes nascidos a termo ou pré-termo, em um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul. Os bebês passaram pela triagem auditiva neonatal no período de março a junho de 2010. Foram excluídos da pesquisa os bebês que nasceram com malformações ou síndromes e deficiência auditiva, devido ao comprometimento desses fatores ao desenvolvimento da criança e também bebês cujas mães apresentaram estrutura psíquica muito comprometida tais como psicose, esquizofrenia, etc.

De acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), as mães foram contatadas no serviço de triagem auditiva neonatal, e convidadas a participar da pesquisa, a partir do esclarecimento dos objetivos e procedimentos, e da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. Uma vez de acordo com a pesquisa, assinaram tal termo e iniciaram-se os procedimentos de

coleta. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética institucional sob número de CAAE 0284.0.243.000-09.

A coleta dos dados foi realizada pela psicóloga/pesquisadora em uma sala reservada para essa finalidade, no próprio hospital, tendo a duração aproximada de uma hora.

Inicialmente, realizou-se uma entrevista com o objetivo de investigar a história obstétrica das mães e obter os dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psicossociais sendo que a entrevista da experiência da maternidade foi baseada no trabalho de Schwengber e Piccinini¹⁶.

As variáveis socioeconômicas foram a renda familiar, escolaridade e profissão. As variáveis demográficas foram a idade, o estado civil e o número de filhos. As variáveis obstétricas foram número de gestações, número de partos, história de aborto, partos prematuros, tipo de parto, número de consultas pré-natais, planejamento da gestação, baixo peso, intercorrências com o recém-nascido e tipo de aleitamento. As variáveis psicossociais foram suporte social, histórico de doença mental na família e dificuldade na constituição da experiência materna.

Os dados obtidos nessa entrevista foram codificados sendo construído um banco de dados em uma planilha eletrônica (Excel). Entre eles, criou-se uma codificação para a presença ou ausência de dificuldade na constituição da experiência materna (DCEM). Tal dado foi avaliado a partir de duas questões abertas presentes na entrevista do protocolo, que são: se há histórico de doença mental na família e se está passando por alguma crise situacional (ou seja, por algum problema familiar, pessoal, no momento, em que possam estar gerando sentimentos e dificuldades em relação à maternidade). Conforme as respostas a essas questões foram codificadas a presença ou a ausência de dificuldade. Para codificar a presença de dificuldade na constituição da experiência materna, observou-se na entrevista falta de manejo com os bebês, sentimento de incapacidade para cuidá-los, cansaço exagerado, desesperança, apatia, tensão e irritabilidade, além de conflitos familiares (sogra quer separar, prisão do marido, dificuldade no relacionamento com os pais), e ainda conflitos conjugais (brigas constantes com o marido, separação recente e marido deprimido). Diante disso, a codificação para a ausência, de dificuldade foi identificada na entrevista em que as

mães demonstravam boa interação com seu bebê, tinham bom suporte social, não havia histórico de doença mental na família e não estavam passando por crise situacional.

Realizada a entrevista, as mães foram convidadas a responder ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)⁷, escolhido pela possibilidade de realizar-se uma avaliação ágil e que permite comparação com outros estudos realizados na realidade brasileira¹⁷⁻¹⁸. Tal escala considera a presença clínica de ansiedade a partir do estágio leve. Os valores dos níveis de ansiedade de cada mãe, resultaram na variável incidência de ansiedade materna (BAI).

Durante a entrevista, os índices de risco do desenvolvimento infantil foram observados de modo natural, seguindo a metodologia da pesquisa de Kupfer¹¹⁻¹⁹, a seguir descritos.

Considerando que os bebês avaliados estavam na faixa etária de 0 a 4 meses, os cinco IRDIs iniciais na escala foram observados na interação entre mãe e bebê e também, em caso de ausência, com a mãe na interação com a pesquisadora, como o IRDI 3 que versa sobre a criança reagir ao manhês. Os cinco IRDIs foram:

1 - **Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.** Este índice foi observado a partir de situações em que a mãe supunha que o bebê queria algo e se ela conseguia atribuir uma interpretação possível a esta demanda, como, por exemplo, comer, dormir, mudar de posição, etc.

2 - **A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).** Aqui foi analisada a interação entre a mãe e a criança em termos de sintonia, não só se a mãe falava em manhês, mas se sua fala era sintonizada às produções do bebê.

3 - **A criança reage ao manhês.** Neste item, foi observado se a criança se engajava na protoconversa, e, sobretudo, se buscava ativamente tal participação. Como algumas mães, em função do estado emocional depressivo e/ou ansioso, não conseguiam conversar com os filhos de modo sintonizado, a pesquisadora buscou fazer isso com os bebês e analisar tal resposta quando isso ocorria.

4 - **A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.** Aqui foi observada a capacidade de a mãe esperar a resposta do filho, ou seja, de conferir-lhe turno durante a protoconversa.

5 - Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. Este item foi observado apenas com a mãe durante os momentos de protoconversa e/ou de trocas silenciosas entre mãe e bebê.

Os valores dos IRDIs foram obtidos a partir da avaliação da interação mãe-bebê resultando na variável incidência de alteração nos IRDIs.

O acesso à metodologia dos IRDIs deu-se pelo estudo da pesquisa multicêntrica e a momentos de formação com a pesquisadora Sílvia Eugênia Molina, responsável pela coleta da pesquisa multicêntrica sobre os IRDIs no Rio Grande do Sul¹¹.

A seguir, foi filmada uma breve interação da mãe com o bebê durante 10 minutos, procurando fazê-lo à distância de modo a interferir o mínimo possível na relação da diade. A instrução dada às mães é que conversassem e/ou brincassem com seus bebês como fazem em casa. O objetivo de tal filmagem foi registrar a interação para que houvesse uma segunda avaliação dos IRDIs por outro revisor experiente. Como alguns bebês estavam dormindo durante e após a entrevista, no prazo de uma semana buscou-se reavaliar os IRDIs em seu domicílio. Portanto, houve a conferência de todos os índices de risco até que se pudesse obter um valor (presente ou ausente) para cada um.

A análise quantitativa dos dados foi efetuada por meio da estatística descritiva e inferencial. Foram utilizados os testes não-paramétricos U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis com comparações múltiplas e o coeficiente de correlação Gama. Foi utilizado o nível de significância de 5%. O software utilizado para tais análises estatísticas foi o pacote computacional *Statistica 9.0*.

Resultados

Na tabela 1, são apresentados os níveis de ansiedade materna (BAI) em relação aos fatores de risco socioeconômicos e demográficos.

Observa-se que existe diferença significativa nos níveis de BAI quanto à renda familiar ($p = 0,030$) e estado civil ($p = 0,021$). Considerou-se que as mães que vivem com os pais, na forma de união estável, também eram casadas.

Em função da significância do teste de comparações múltiplas, as variáveis significativas foram recodificadas em duas faixas e aplicado o teste U de Mann-Whitney. O fator de risco renda

familiar recodificado para duas faixas (menos de 1 salário mínimo e 1 salário mínimo ou mais) foi significativo ($p = 0,019$), ou seja, o nível de ansiedade materna é maior na faixa de renda menor que um salário mínimo em relação à faixa com mais de um salário mínimo. O fator de risco estado civil recodificado para duas faixas (casada/união consensual e solteira ou outro) foi significativo ($p = 0,010$), ou seja, o nível de ansiedade materna é maior entre as mães solteiras ou outro, em relação às mães casadas ou com união consensual. As mães que não tem um parceiro são mais ansiosas que as que dividem o lar com um parceiro fixo.

Na tabela 2, são apresentados os níveis de ansiedade materna (BAI) em função dos fatores de risco obstétricos e psicossociais.

Observa-se que existe diferença significativa nos níveis de BAI quanto à história de aborto e quanto à dificuldade na constituição da experiência materna (DCEM).

Quanto à história de aborto, observam-se níveis de BAI significativamente maiores ($p = 0,033$) entre mães com história de aborto em relação às demais.

Em relação ao fator de risco DCEM, observou-se que o BAI é significativamente maior ($p = 0,001$) entre as mães com dificuldade em realizar a função materna do que as que não apresentaram dificuldade.

Na tabela 3, estão representadas as frequências dos níveis do BAI em relação aos IRDIs.

Observa-se que há uma maior proporção de díades com nenhum IRDI ausente (75,3%). Mães com maior nível de ansiedade tendem a ter bebês com maior número de IRDIs ausentes embora este resultado possua fraca significância estatística.

O Coeficiente Gama entre os níveis de BAI e os níveis dos IRDIs indica uma correlação média fraca, possivelmente pela pequena frequência de dados nas faixas de maior grau de ansiedade, bem como pelo fato de haver poucas díades com mais indicadores ausentes.

Quando a variável IRDIs foi recategorizada para duas faixas (ausência de alteração e presença de alguma alteração nos IRDIs) o BAI foi significativo ($p = 0,019$) entre essas faixas, ou seja, em bebês que apresentaram pelo menos um indicador de risco ausente, suas mães tinham maior nível de ansiedade, conforme se pode visualizar na tabela 4.

Tabela 1 - Distribuição dos níveis de ansiedade (BAI) e seus fatores de risco socioeconômicos e demográficos para a amostra (n = 182) do estudo

Fatores de risco	Níveis de ansiedade (BAI) (%)					p
	Nº mães (%)	Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
Socioeconômicos						
Renda familiar (s.m.)						
Menos de 1	52 (29,4)	30(57,7)	13(25,0)	6(11,5)	3(5,8)	0,030*
De 1 a 2,9	103 (58,2)	76(73,8)	15(14,6)	7(6,8)	5(4,9)	
3 ou mais	22 (12,4)	19(86,4)	2(9,1)	1(4,6)	0(0,0)	
Escolaridade						
Fundam./analfabeto	78 (42,9)	52(66,7)	15(19,2)	4(5,1)	7(9,0)	0,689
Médio	90 (49,5)	64(71,1)	16(17,8)	9(10,0)	1(1,1)	
Superior	13 (7,1)	10(76,9)	1(7,7)	2(15,4)	0(0,0)	
Profissão						
Dona de casa	98 (53,9)	64(65,3)	20(20,4)	9(9,1)	5(5,1)	0,169
Outra	84 (46,1)	63(75,0)	12(14,3)	6(7,1)	3(3,6)	
Demográficos						
Idade (anos)						
Menor que 20	34 (18,7)	23(67,7)	9(26,5)	9(26,5)	2(5,9)	0,071
20 à 34	117 (64,3)	77(65,8)	21(18,0)	21(18,0)	6(5,1)	
35 ou mais	31 (17,0)	27(87,0)	2(6,5)	2(6,5)	0(0,0)	
Estado civil						
Casada/união consen.	156 (85,7)	114(73,1)	26(16,7)	26(16,7)	5(3,2)	0,021*
Solteira	19 (10,4)	8(42,1)	6(31,6)	6(31,6)	1(5,3)	
Outro	7 (3,9)	5(71,4)	0(0,0)	0(0,0)	2(28,6)	
Número de filhos						
1	88 (48,4)	59(67,1)	21(23,9)	21(23,9)	2(2,3)	0,061
2	53 (29,1)	43(81,1)	5(9,4)	5(9,4)	1(1,9)	
3 ou mais	41 (22,5)	25(61,0)	6(14,6)	6(14,6)	5(12,2)	
Total	182 (100,0)	127 (69,8)	32 (17,6)	15 (8,2)	8 (4,4)	

s.m.=salário mínimo. Dados faltantes: renda familiar (5); escolaridade (1). *Significativo: $p \leq 0,05$.

Tabela 2 - Distribuição dos níveis de ansiedade (BAI) e seus fatores de risco obstétricos e psicossociais

Fatores de risco	Níveis de ansiedade (BAI) (%)					p
	Nº mães (%)	Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
Obstétricos						
História de aborto						
Sim	32 (17,6)	18(56,3)	6(18,2)	4(12,5)	4(12,5)	0,033*
Não	150 (82,4)	109(72,2)	26(17,2)	12(8,0)	4(2,7)	
Partos prematuros						
Sim	50 (27,5)	32(64,0)	6(12,0)	5(10,0)	7(11,0)	0,103
Não	132 (72,5)	95(72,0)	26(19,8)	10(7,6)	1(0,8)	
Tipo de parto						
Vaginal	68 (37,4)	49(72,1)	13(19,1)	5(7,4)	1(1,5)	0,457
Cesárea	114 (62,6)	78(68,4)	19(16,7)	10(8,8)	7(6,1)	
Gestação						
Planejada	81 (44,5)	59(72,8)	14(17,3)	5(6,2)	3(3,7)	0,655
Não planejada	95 (52,2)	64(67,4)	16(16,8)	10(10,5)	5(5,3)	
Indesejada	6 (3,3)	4(66,7)	2(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	
Tipo de aleitamento						
Materno exclusivo	127 (69,8)	90(70,9)	22(17,3)	9(7,1)	6(4,8)	
Artificial	18 (9,9)	15(83,3)	2(11,1)	1(5,6)	0(0,0)	0,158
Mais de 1	37 (20,3)	22(59,5)	8(21,6)	5(13,5)	2(5,4)	
Psicossociais						
Suporte social						
Nenhum	34 (18,7)	24(70,6)	9(26,5)	1(3,0)	0(0,0)	
Marido	44 (24,2)	30(68,2)	7(15,9)	7(15,9)	0(0,0)	
Mãe	41 (22,5)	27(65,9)	8(19,5)	4(9,8)	2(4,9)	0,691
Outros	17 (9,3)	11(64,7)	1(5,9)	2(11,8)	3(17,7)	
Mais de 1 cuidador	46 (25,3)	35(76,1)	7(15,2)	1(2,2)	3(6,5)	
Histórico de doença mental						
Não	146 (80,2)	106(72,6)	25(17,1)	11(7,3)	4(2,7)	0,057
Sim	36 (19,8)	21(58,3)	7(19,4)	4(11,1)	4(11,1)	
DCEM						
Ausente	116 (63,7)	90(76,9)	21(18,1)	5(4,3)	1(0,9)	
Presente	66 (36,3)	38 (56,7)	11 (16,7)	10(15,2)	7(10,6)	0,001*
Total	182 (100,0)	127 (69,8)	32 (17,6)	15 (8,2)	8 (4,4)	

RN = recém-nascido; DCEM = dificuldade na constituição da experiência materna. Dados faltantes: intercorrências com RN (2). *Significativo: $p \leq 0,05$.

Tabela 3 - Distribuição dos níveis de bai em função dos IRDIs.

IRDIs	Nº díades (%)	Níveis de ansiedade (BAI) (%)			
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave
Sem risco	137 (75,3)	102 (74,5)	22 (16,1)	7 (5,1)	6 (4,4)
1 a 2 ausentes	29 (16,0)	17 (58,6)	6 (20,7)	6 (20,7)	0 (0,0)
3 a 4 ausentes	15 (8,2)	8 (53,3)	4 (26,7)	2 (13,3)	1 (6,7)
5 ausentes	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
Total	182 (100,0)	127 (69,8)	32 (17,6)	15 (8,2)	8 (4,4)

Teste de Kruskal-Wallis: significativo ($p = 0,027$); Coeficiente Gama ($G = 0,35$).

Tabela 4 - Distribuição dos níveis de ansiedade (BAI) em função dos IRDIs recategorizados

IRDIs	Nº díades (%)	Níveis de ansiedade (BAI) (%)			
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave
Sem risco	137 (75,0)	102 (74,4)	22 (16,1)	7 (5,1)	6 (4,4)
1 ou mais ausentes	45 (25,0)	25 (55,6)	10 (22,2)	8 (17,8)	2 (4,4)
Total	182 (100,0)	127 (69,8)	32 (17,6)	15 (8,2)	8 (4,4)

Teste U de Mann-Whitney: significativo ($p = 0,019$).

Discussão

Os resultados desta pesquisa, apesar da baixa frequência de ansiedade em níveis importantes (de moderada a grave) na amostra estudada, demonstraram que tal estado emocional materno correlaciona-se de modo positivo à ausência de índices de desenvolvimento infantil, ou seja, os bebês dessas mães apresentaram risco maior do que os bebês de mães não ansiosas para seu desenvolvimento. Tal estado ansioso não se converteu, na amostra estudada, em risco psíquico, pois apenas um bebê apresentou tal risco. Neste caso, a mãe possuía estado ansioso grave.

Tais resultados sugerem que vários fatores concorrem para o risco psíquico e do desenvolvimento, inclusive alguns constitucionais dos bebês¹⁰, mas sem dúvida a ansiedade pode estar entre eles. Isso, possivelmente, porque a ansiedade é um sintoma que reflete outros conflitos emocionais que estejam acontecendo com a mãe durante a transição para a função materna^{20,21,23,24}. É inegável que pode haver predisposição genética

para distúrbios nas crianças, todavia quando aliados a sintomas emocionais de suas mães e com presença de um exercício frágil das funções parentais, podem-se criar situações complexas para o desenvolvimento das crianças. Assim, é notória a necessidade de incluir um trabalho continuado com os pais, motivando-os para a busca de sua própria terapia quando diante de conflitos, sobretudo em relação ao exercício das funções parentais²⁵. Isso fica claro na amostra estudada quando se observa a correlação estatística entre presença de dificuldade para constituição da experiência da maternidade e presença de ansiedade materna de níveis leve a grave.

Prado et al²² revelam que as características maternas e as características dos bebês podem dificultar ou inviabilizar essa interação inicial. No estudo com gestantes que apresentaram uma vinculação segura, estas evidenciaram apego materno fetal alto e sintomas depressivos e ansiosos mínimos¹⁸. Na pesquisa comparativa entre gestantes com antecedentes gestacionais adversos (aborto espontâneo recorrente, óbito

fetal, prematuridade ou óbito neonatal precoce), e gestantes que não apresentavam esses antecedentes, resultou que estes afetam a qualidade de vida das gestantes aparecendo sintomas de ansiedade e depressão significativos²⁰.

Para os psicólogos do desenvolvimento na atualidade, existe um aumento da participação do pai nos cuidados com o recém-nascido. Esse incremento na qualidade da participação paterna tende a aparecer em diversos contextos culturais²¹. Evidencia-se que a ausência ou deficiência da figura paterna pode ocasionar consequências negativas para a mãe, o modo como ela vive a gestação e a maternidade demonstrando com isso que a ausência de pai pode ser um trigger, ou seja, um gatilho para desencadear um conflito na mulher e, conseqüentemente, para o desenvolvimento mal-adaptativo do bebê. Esse fato pode ser observado na amostra estudada em relação ao estado civil, visto que as mães com suporte do cônjuge também foram as casadas ou com união consensual, e que as mesmas apresentaram níveis mínimos de ansiedade, o que foi observado no relato dessas mulheres que, em sua maioria contavam não só com o suporte domiciliar do companheiro-marido, como também, em alguns casos, com a presença física do pai durante a entrevista. Ao contrário, no caso das mães solteiras ou sem companheiro, houve associação positiva com a presença de ansiedade já que estas mulheres estavam realmente sós e sem apoio para o cuidado com o filho. Este aspecto ficou claro nas questões abertas em que relataram livremente como estavam conseguindo ocupar sua nova função.

Outros fatores que se associaram estatisticamente com a presença de ansiedade materna na amostra estudada foram a baixa renda e maior número de filhos, fator que determina a presença de incerteza em relação ao futuro familiar e história de aborto. Há autores²⁰ que afirmam que a maior renda e a maior faixa etária da mulher diminuem o risco, ao passo que a presença de intercorrências com o recém-nascido e maior número de filhos vivos aumentam o risco de ansiedade puerperal.

A presença de histórico de doença mental na família foi outro aspecto associado à presença de ansiedade materna. Segundo Cid, Matsukura e Silva²⁶, o desenvolvimento infantil é influenciado por aspectos genéticos, biológicos e ambientais

que, quando associados a consequências negativas para o desenvolvimento, são chamados de fatores de risco. As características familiares que são consideradas de risco são: baixa renda, baixa escolaridade dos pais, estresse familiar, baixo suporte social, discórdia marital, depressão e doença psiquiátrica dos pais. Os mesmos autores apontam que mães doentes mentais são menos afetivas e menos disponíveis, adotam práticas parentais negativas, apresentam insegurança e ansiedade. Assim, as mães com doenças mentais aumentam o risco de que as crianças, no decorrer de seu desenvolvimento, apresentem problemas de comportamento, dificuldades cognitivas, sociais e até mesmo transtornos mentais.

Outro aspecto a ressaltar é que os IRDIs apresentaram-se eficientes para captar as rupturas relacionais na díade mãe-bebê. Demonstraram os efeitos tanto de características do bebê, como a menor atividade do mesmo diante de mães que estavam bem, quanto das mães em estado ansioso. No entanto, fica claro que isso ocorreu de modo mais intenso diante da ansiedade materna, esta se apresentando como evidência da existência de risco ao desenvolvimento infantil, como afirmam Cid, Matsukura e Silva²⁶.

Especificamente em relação à análise descritiva dos IRDIs convém ressaltar o fato de todos os IRDIs estarem alterados nas díades mães-bebês em que as mães sofrem de ansiedade, com tendência maior de alteração dos IRDIs^{1,4 e 5}. Esse resultado demonstra que a ansiedade materna tende a dificultar as trocas da mãe com o bebê de modo geral, tanto na modalidade oral (uso de linguagem particular dirigida ao bebê pela mãe e reação do bebê à mesma) quanto no estabelecimento de demanda (reações da mãe ao choro e demais demandas do bebê), que pode ser manifestada pela mãe de modo oral ou não, quanto na modalidade corporal (troca de olhares entre mãe e bebê). Chama atenção, no entanto, o item 4 em que a mãe pode propor algo, de modo verbal ou não, ao bebê mas não consegue dar turno de resposta ao bebê, o que demonstra que a ansiedade afeta a troca de turnos, elemento essencial à geração do diálogo. Esse fato já foi observado em crianças portadoras de retardos na aquisição da linguagem, cujas mães apresentavam sintomas ansiosos⁶⁻⁵. Pode-se afirmar, portanto, que a ansiedade tende a afetar a protoconversa entre mãe e bebê e que deve ser investigada em amostras

maiores de mães ansiosas e seus bebês, em estudos de coorte. Este estudo entende que, ao afetar a protoconversaço, a ansiedade materna pode ter efeitos negativos no processo de apropriaço linguística pelo bebê.

Conclusão

Considerando o objetivo inicial de analisar comparativamente as possíveis associações entre a ausência ou presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil e presença ou ausência de estado ansioso materno, os resultados desta pesquisa demonstraram que há uma associaço positiva entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e estado materno ansioso.

Sugeriram, também, que o risco ao desenvolvimento infantil é multifatorial, abrangendo aspectos constitucionais do bebê e relacionais com o ambiente, sobretudo a mãe, por isso, não se pode afirmar uma relação de causa-efeito entre presença de ansiedade materna e presença de risco ao desenvolvimento infantil.

A ansiedade parece, por outro lado, ser um sintoma visível, entre outros possíveis, de problemáticas pessoais que afetam a constituição da experiência da maternidade em algumas mulheres e que podem trazer risco ao desenvolvimento do bebê.

Assim, verifica-se que as alterações de humor que se refletem nas interações iniciais podem ter repercursões importantes na protoconversaço inicial entre mãe e bebê e, como consequência, no processo de aquisição da linguagem. Por isso, acredita-se nas contribuições desta pesquisa para o campo fonoaudiológico.

Referências Bibliográficas

1. Correia LL, Linhares MBM. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(4):677-683.
2. Lordelo ER et al. Investimento parental e desenvolvimento da criança. *Estudos de Psicologia, RN*, 2006;11(3):257-264.
3. Fraga DA. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. *Psicologia em Estudo*. 2008b; 13 (3):335-344.
4. Fraga DA et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. *Rev Psicol. Reflex. Crit*. 2008a;21(1):33-41.
5. Rechia IC, Souza AP. Funções parentais e dialogia em casos de retardo de aquisição da linguagem com limitações práxicas. *Psicologia em Estudo*, 2010;(15).
6. Crestani AH et al. A Experiência da Maternidade e a Dialogia Mãe-Filho com Distúrbio de Linguagem. *Rev CEFAC*; 2010.
7. Beck AT, Steer RA. *Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
8. Lacan J. Os complexos familiares na formação do indivíduo. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1938); 2003.
9. Bernardino LMF. Da representação plural do Outro na primeira infância e suas consequências. In: *Formação de profissionais e a criança-sujeito*. São Paulo. [Proceedings online]. 2008. [acesso em 2010, set 20] Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100003&lng=en&nrm=abn>.
10. Guedenay A, Mintz AS, Dugravier R. Risques développementaux chez Le nourrisson de La naissance à 18 mois. *Psychiatrie/Pédopsychiatrie*. Paris: Elsevier Masson SAS. 2007;37:195-200.
11. Kupfer MCM. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. 2008. [acesso em 2010 out 08]. Disponível em: http://www.fmcsv.org.br/pdf/FMCSV_pesquisa_multicentrica_indicadores_cl%C3%94.
12. Jerusalinsky AN. Psicopatologia dos bebês: entre as neurociências e a psicanálise. In: Barbosa DC, Parlato-Oliveira É. (orgs). *Psicanálise e clínica com bebês: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância*. São Paulo: Instituto Langage; 2010.
13. Kupfer MCM, Voltolini R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. *Rev. Psic. Teor. e Pesq. Brasília*. 2005;2(3).
14. Lerner R, Kupfer MCM (Org.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: FAPESP/Escola; 2008.
15. Webby R, O'Connor M. Judgmental time-series forecasting using domain knowledge. In: Armstrong J. *Principles of forecasting: a handbook for researchers and practitioners*. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2001.
16. Schwengber DDS, Piccinini CA. Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. In: _____. *Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida*. *Psic. Teor. e Pesq.* [online]. 2004;20(3):233-240.
17. Couto ER et al. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. *Med. J.* [online]. 2009;127(4):185-9.
18. Schmidt EB, Argimon IIL. Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [online]. 2009;19(43):211-220.
19. Kupfer MCM. *Relatório de Pesquisa Multicêntrica - IRDIs, CNPq*; 2008.
20. Faisal-Cury A, Menezes PR. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*. 2006;28(3):171-8.
21. Nunes SAN et al. Interações sociais precoces: uma análise das mudanças nas funções parentais. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum*. 2007;17(3).
22. Prado AB, Piovantti MRA, Vieira ML. Concepções de pais e mães sobre comportamento paterno real e ideal. *Psicol. estud.*, Maringá. 2007;12(1):54-64. [acesso em 2010 set 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
23. Favero MS, Peres RS. Avaliação de ansiedade e depressão em mães de bebês prematuros e mães de bebês a termo, 8 Encontro Interno, Seminário de Iniciação Científica. Convênios CNPQ/UFU & FAPEMIG/UFU; 2008.



24. Perosa GB, Silveira FCP, Canavez IC. Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis. Rev. Psicologia Teoria e Pesquisa. Brasília. 2008jan./mar;24(1).
25. Souza A et al. A entrevista continuada na clínica de linguagem infantil. Fractal: Rev. de Psic.2009;21(3):601-12.
26. Cid MFB, Matsukura TS, Silva MDP. O impacto da saúde mental materna: estilo parental, suporte social e desenvolvimento sócio-emocional dos filhos. CoPG. Congresso de Pós-Graduação, 7 & Jornada Científica da Ufscar Congresso de Pós-Graduação. São Carlos: UFSCar; 2007.

Recebido em novembro/12; **aprovado em** junho/13.

Endereço para correspondência

Luciane Beltrami
Universidade Federal de Santa Maria-RS
Rua Mal Floriano Peixoto, 1000 sala 33 Centro Santa Maria
- RS

E-mail: lucianebeltrami@terra.com.br

