

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO MATERNA E INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Maternal depression and clinical risk indicators in child development

Janaina Pereira Pretto Carlesso⁽¹⁾; Ana Paula Ramos de Souza⁽²⁾; Anaelena Bragança de Moraes⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: analisar as possíveis correlações entre alterações nos índices de risco ao desenvolvimento linguístico e psicológico do bebê e presença de depressão materna, em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul. **Métodos:** a pesquisa foi realizada com 165 díades mães- bebê em Hospital Escola no qual as crianças realizavam triagem auditiva neonatal, no período de março a maio de 2010. Na coleta de dados foram utilizados um roteiro de entrevista sobre informações socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais, a aplicação do Inventário de Depressão de Beck e dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. **Resultados:** quando se avaliou os valores do inventário de depressão na primeira faixa de índice de risco analisada, comparando-se bebês com e sem risco ao desenvolvimento, houve diferença estatisticamente significativa, pois mães com maiores escores de depressão apresentaram mais risco ao desenvolvimento de seus filhos. **Conclusões:** a análise realizada apontou que há maior proporção de bebês com risco ao desenvolvimento, quando os níveis de depressão materna são elevados no período pós-parto.

DESCRIPTORIOS: Depressão; Comportamento Materno; Desenvolvimento Infantil

■ INTRODUÇÃO

A depressão materna no pós-parto pode ter consequências importantes para a criança em diversas áreas do desenvolvimento, afetando a formação do vínculo na díade mãe-bebê¹, o desenvolvimento neurológico, linguístico, cognitivo² e sócio-emocional³.

Estudos sobre os transtornos emocionais no pós-parto identificam diversas características do comportamento e do estado emocional da mãe na fase puerperal, como transtorno de estresse pós-traumático, depressão pós-parto e psicoses puerperais⁴. A presença de tais conflitos emocionais

está associada a fatores fisiológicos e emocionais e a situações de vida da mulher, como dificuldades do casal, pouco suporte familiar ou gravidez indesejada⁵. Em termos de entendimento psicodinâmico, o nascimento da criança representa o rompimento da simbiose física entre o bebê e a mãe, o que pode desencadear na mãe vivências depressivas e psicóticas, reativadas por conflitos e lutos mal elaborados da infância⁶, além da dualidade entre a situação do perdido, gravidez, e do adquirido, o bebê, comum ao puerério⁷.

Os efeitos da depressão materna não se limitam ao atraso no desenvolvimento dos primeiros tempos de vida, mas pode ocasionar alterações na interação mãe-filho na primeira infância e causar prejuízos no desenvolvimento da linguagem, cognitivo e comportamental, em longo prazo⁸, o que pode ser minimizado por um processo de detecção precoce de risco ao desenvolvimento infantil. Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs)⁹, constituem um instrumento que tem capacidade preditiva de

⁽¹⁾ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁽²⁾ Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

⁽³⁾ Departamento de Estatística da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

problemas no desenvolvimento infantil, sejam eles específicos à linguagem ou à dimensão psíquica. Para tanto, possuem conceitos operatórios que cumprem a função de organizadores e orientadores da seleção e aplicação de indicadores de risco psíquico e de desenvolvimento, sendo eles quatro eixos teóricos: suposição do sujeito (SS), estabelecimento da demanda (ED), alternância presença/ausência (PA), função paterna (FP). Todos esses eixos foram construídos tomando-se como base as leituras da clínica psicanalítica propostas por J. Lacan, F. Dolto e por D. Winnicott, predominantemente. O instrumento foi inicialmente construído visando obter uma avaliação clínica aproximativa da posição subjetiva da criança e verificar precocemente o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na primeira infância.

Os IRDIs foram validados na Pesquisa Multicêntrica de Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil¹⁰, em um estudo de abrangência nacional realizado no período 2000-2009, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e pelo Ministério da Saúde, com coordenação centralizada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), a cargo da psicanalista Maria Cristina Machado Kupfer. Um grupo de pesquisadores universitários brasileiros colocou em prática esses princípios teóricos e desenvolveram um protocolo com 31 Indicadores Clínicos de Risco ou de problemas de desenvolvimento infantil observável e/ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança que poderiam ser úteis para indicar a possibilidade de surgimento de distúrbios psíquicos ulteriores. Na pesquisa IRDI, privilegiou-se, a articulação entre desenvolvimento e sujeito psíquico. Os resultados demonstraram alta correção entre alteração nos IRDIs e presença de risco ao desenvolvimento, e com menor significância presença de risco psíquico.

Considerando a potência dos IRDIs para prever risco ao desenvolvimento, este estudo objetivou analisar as possíveis correlações entre alterações nos índices de risco ao desenvolvimento infantil e presença de depressão materna, em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul.

■ MÉTODOS

Este estudo, tipo quantitativo, de coorte, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e do Hospital, em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e

complementares do Conselho Nacional de Saúde, sob número do CAEE n. 0284.0.243.000-09.

Para a realização do cálculo amostral foi utilizado à prevalência da depressão materna no período pós-parto no Brasil, com base nos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹¹, que é de 10% a 15%. A partir destas informações, este estudo assumiu a prevalência de depressão em 15% e a margem de erro de cinco pontos percentuais. Também foi considerado o número de bebês que realizam triagem auditiva neonatal (TAN) no Hospital Universitário ao ano, para se estimar o tamanho da amostra em 165 mães - bebê.

A pesquisa foi realizada em Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi feita no período de março a maio de 2010 no ambulatório de Audiologia, local onde é realizada a triagem auditiva neonatal dos recém-nascidos da cidade e região. A amostra foi selecionada a partir dos seguintes critérios: todos os bebês pré-termo, a termo e pós-termo de ambos os sexos, com idade de 1 a 4 meses, aprovados na triagem auditiva neonatal e suas respectivas mães. Foram considerados critérios de exclusão do estudo, os bebês que falhassem na triagem auditiva e que apresentassem malformações congênitas, síndromes genéticas ou infecção congênita detectadas no período neonatal, antes do início do estudo, pois estas por si só já representariam fatores de risco para o seu desenvolvimento. Esses critérios foram estabelecidos porque, além da depressão pós-parto, estudaram-se os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) nas díades (mães- bebê). Para este artigo, no entanto, serão abordados os resultados obtidos no Inventário de Depressão de Beck¹² (BDI) e os resultados relativos aos IRDIs.

O BDI foi utilizado por ser um instrumento de rastreamento de depressão, e, portanto, não possui pretensão diagnóstica, é um instrumento de fácil aplicação, que tem o objetivo de avaliar manifestações comportamentais de depressão na semana anterior à aplicação. 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: em mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19), moderado (20 a 35) e grave (36 a 63). A versão em português do Inventário Beck de Depressão resultou de uma formulação consensual da tradução do original em inglês, com a colaboração

de quatro psicólogos clínicos, quatro psiquiatras e uma tradutora, sendo testada junto com a versão em inglês em 32 pessoas bilíngues, com três dias de intervalo e variando a ordem da apresentação dos dois idiomas nas duas metades da amostra¹³.

Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) foram utilizados, pois constituem um instrumento que tem capacidade preditiva de indicar problemas de desenvolvimento da criança, especificamente quadros psicológicos de autismo e psicose e casos de retardos de linguagem⁹.

Na Figura 1 pode-se observar os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs), em sua versão validada ou final, a qual foi utilizada na amostra deste estudo.

Considerando que todos os bebês deste estudo foram avaliados na primeira faixa etária (de 0 a 4

meses), estes foram os IRDIs considerados nas análises aqui apresentadas.

Este estudo teve o objetivo de avaliar somente os primeiros 5 IRDIs com a intenção de detectar e intervir preventivamente nas primeiras relações da mãe com o bebê, pois este período inicial é importante e deve ser acompanhado, pois é mais propenso à incidência de depressão pós-parto, fator que pode refletir negativamente no desenvolvimento da criança. Os bebês seguiram sendo estudados até os 24 meses, da qual este artigo enfoque apenas a primeira fase evolutiva dos bebês e sua mãe.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. O primeiro consistiu da entrevista com as mães e aplicação do BDI. No segundo foi feita uma filmagem da interação mãe-bebê para a análise dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil.

Idade em meses:	Indicadores:
0 a 4 incompletos: OBS: (IRDIs analisados neste estudo)	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)

No primeiro momento as mães foram convidadas a participar do estudo pela responsável da pesquisa, que explicou detalhadamente os propósitos do estudo. A seguir, as mães voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a criação de banco de imagens em duas vias. Estes documentos visavam informar as participantes, de forma sucinta, sobre os objetivos da pesquisa, sobre os dados dos pesquisadores responsáveis, além de assegurar o sigilo de suas identidades e de seus filhos. A pesquisadora responsável e seus colaboradores declararam-se comprometidos a zelar pelo cumprimento dos direitos dos sujeitos da pesquisa, garantindo a estes a privacidade e sigilo dos seus dados pessoais, o direito à informação continuada sobre o estudo, o encaminhamento para auxílio de saúde quando fosse necessário.

As mães foram entrevistadas numa única sessão, em uma sala especialmente preparada para tal finalidade, com duração de aproximadamente 20 minutos. Para a realização da entrevista, foi utilizado um roteiro que pode ser observado na Figura 2, que tinha o propósito de verificar as condições socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais das díades mãe-bebê, pois estes aspectos são considerados como fatores risco no período pós-parto, e podem estar associados ao aparecimento da depressão. No roteiro também foram incluídas duas questões abertas, que investigaram a crise situacional e os antecedentes psiquiátricos, que tinham a finalidade de compreender a história clínica materna.

Os dados investigados na entrevista não foram abordados com o propósito de contribuir de forma significativa nos resultados desse estudo, mas auxiliaram na elaboração do diagnóstico da depressão materna, juntamente com os resultados obtidos na aplicação do BDI. Este roteiro foi baseado na Entrevista sobre a Experiência da Maternidade, instrumento utilizado no projeto de pesquisa do Instituto de Psicologia da instituição.

Realizada a entrevista, as mães foram convidadas a responder ao BDI, com a finalidade de investigar o risco de depressão materna no período pós-parto. Por se tratar de participantes que conduziam seus bebês no colo, a pesquisadora

anotou as respostas da entrevista e também da escala de avaliação da depressão.

As mães que apresentaram depressão conforme a análise da entrevista e pela avaliação do BDI foram convidadas a participar de grupos terapêuticos e também de acompanhamento psicológico individual.

No segundo momento desse estudo, realizou-se a filmagem do processo interativo mãe-bebê, que tinha o propósito de avaliar os IRDIs. A interação foi filmada durante cinco minutos por um colaborador da pesquisa, enquanto isso a pesquisadora mantinha a observação da interação da díade mãe-bebê e realizava a avaliação dos IRDIs. Num segundo momento após a coleta foi realizada a conferência dos IRDIs avaliados pela orientadora deste trabalho. Em caso de dúvida em relação à atribuição de valores aos IRDIs a díade foi retestada em até uma semana.

As respostas obtidas na aplicação do BDI foram classificadas conforme os níveis de gravidade da depressão: mínimo, leve, moderado e grave. Já os IRDIs, foram classificados em faixas: (1) IRDI presente, correspondia quando os bebês não apresentavam risco no seu desenvolvimento, pois todos os 5 IRDIs avaliados estavam presentes. A faixa (2) risco ao desenvolvimento, correspondia quando os bebês não apresentavam os 5 IRDIs presentes, podendo ter um ou mais IRDIs ausentes, no entanto eram classificados na subcategoria, de 1 a 5 IRDIs ausentes.

Para avaliar a relação entre a depressão pós-parto e os resultados do BDI e dos IRDIs, foram utilizados os testes não-paramétricos U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Também foi utilizada a Estatística Gama, que mede a correlação entre duas variáveis ordinais. Admitiu-se nível de significância de 0,05. Os níveis do BDI foram avaliados em função das faixas dos IRDIs.

As proporções populacionais de ocorrência nos níveis do BDI e IRDIs foram estimados, considerando um intervalo de confiança de 95%. A análise estatística foi realizada utilizando-se o aplicativo computacional *STATISTICA* 9.0.

Identificação da Mãe:
Nome da mãe: _____
Idade: _____

Variáveis Sociodemográficas e Histórico Obstétrico das puérperas

Estado Civil:
Solteira () Casada () Separada () Viúva () outra: _____

Escolaridade:
Ensino fundamental () Ensino médio () Superior ()

Ocupação:
Dona de casa ()
Outras () _____

Número de gestações:
Cinco ou mais () Duas a quatro () Uma ()

Número de partos:
Cinco ou mais () Duas a quatro () Um ()

História de aborto: Não () Sim ()

História de partos prematuros: Não () Sim ()

Número de consultas pré-natal:
Nenhuma () Até 5 () Seis ou mais consultas ()

Número de filhos: Nenhum () 1 () 2 () 3 ou mais ()

Características Obstétricas das puérperas, dos recém-nascidos, tipo de aleitamento e suporte social.

Planejamento da gestação: Planejada () Não planejada () Indesejada ()

Tipo de parto: Vaginal () Cesárea ()

Idade gestacional: Termo () Pré-termo () Pós-termo () _____ semanas

Intercorrências com o recém-nascido: Não () Sim ()

Baixo peso: Não () Sim ()

Tipo de aleitamento:
Materno exclusivo ()
Predominante/complementar ()
Artificial ()

Suporte social:
Nenhum () Marido () Mãe () Outros ()

Antecedentes Psiquiátricos:

Crise Situacional:

Observações _____

Figura 2 - Roteiro de Entrevista para as Mães

■ RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 165 díades mães-bebês, estes nascidos no período de março a maio de 2010, que buscaram o serviço da triagem auditiva neonatal (TAN) no Hospital Universitário. Na Tabela 1 estão os resultados das estimativas das proporções BDI e IRDIs.

Conforme a Tabela 1 estima-se que a proporção de mães com depressão mínima está entre 59,5 a 73,9 %, demonstrando, portanto uma prevalência de depressão pós-parto de aproximadamente 30%.

Em relação aos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs), estima-se que a proporção de crianças com IRDI presente, está entre 83,6 a 93,4%, chegando a uma média de 88,5% de ausência de risco ao desenvolvimento, ou

seja, 12% dos bebês apresentaram risco ao desenvolvimento. Quando comparadas ambas variáveis é que observa-se a relevância estatística dos dados, pois há uma correlação positiva entre presença de depressão materna no período pós-parto e presença de risco ao desenvolvimento do bebê. Esse dado pode ser visualizado na Tabela 2.

Quando se comparou os valores do BDI, com os valores obtidos nos IRDIs na faixa etária de 0 a 4 meses, observa-se diferença significativa ($p=0,002$), ou seja, os níveis do BDI da mãe são significativamente maiores na presença de IRDIs ausentes.

O coeficiente Gama foi $G = 0,54$; $p < 0,05$, ou seja, houve correlação significativa entre os níveis do BDI e a presença de risco ao desenvolvimento. Portanto, quanto maior o nível de depressão materna maior o número de índices ausentes.

Tabela 1 - Estimativa pontual e Intervalo de confiança para as proporções populacionais dos BDI e IRDIs

BDI	p (%)	IC 95%
Mínimo	66,7	59,5% a 73,9 %
Leve	18,2	12,3% a 24,1 %
Moderado	12,1	7,1% a 17,1 %
Grave	3,0	0,4% a 5,7 %
IRDIs	p (%)	IC 95%
IRDI presente	88,5	83,6 % a 93,4%
IRDI ausente 1 a 5	11,5	4,6% a 18,5%

*p = proporção na amostra; IC= intervalo de confiança; BDI= Inventário de Depressão de Beck; IRDIs= Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento Infantil.

Tabela 2 - Indicadores de depressão pós-parto (BDI) em uma amostra de mães de bebês nascidos com IRDIS presentes em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS), 2010

Depressão (BDI)	Total de mães (n)	Bebês com IRDIS presentes- (%)
Mínimo	110	103 (93,6)
Leve	30	25(83,3)
Moderado	20	14 (70,0)
Grave	5	4 (80,0)
Total	165	146

*BDI = Inventário de Depressão de Beck; IRDIs = Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento Infantil.

Na Tabela 3 pode-se observar que as mães acometidas de depressão materna (níveis leve, moderado e grave), apresentaram ausentes o IRDI 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer), o IRDI 2 (a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela *manhês*), e o IRDI 5 (há troca de olhares entre a criança e a mãe) na análise da interação mãe-bebê. Este resultado demonstra dificuldades de as mães estabelecerem as demandas dos bebês (IRDI 1), de supor um sujeito (IRDI 2, 5) e de alternar presença/ausência (IRDI 5).

Ainda, na Tabela 3, observa-se que há mães não-deprimidas, cuja avaliação dos IRDIS demonstra também alterações, semelhantes às encontradas nos casos de depressão leve a grave. É importante ressaltar, no entanto, que os IRDIs

avaliam também as condições dos bebês e não apenas das mães, e que a depressão não é o único fator de risco para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

Na Tabela 4, avaliou-se os níveis do BDI entre as categorias da variável suporte social, e não foi encontrado resultado significativo ($p=0,570$), ou seja, não há diferença significativa nos níveis de depressão materna entre os tipos de suporte social. Apesar de não haver relação significativa na análise estatística, a maioria das mães não apresentou indícios depressivos, isto se justifica porque a amostra estudada (110 mães) do total de 165 teve uma rede de apoio social importante, que pode ter influenciado de forma positiva no estado emocional das mães.

Tabela 3 - Indicadores de depressão pós-parto (BDI) em uma amostra de mães (n= 165) bebês nascidos com IRDIs ausentes em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS), 2010

Depressão (BDI)	Total de Mães (n)	IRDIS Bebês c/ risco (%)	IRDIS Ausentes				
			1	2	3	4	5
Mínimo	110	7 (6,4)	4	2	1	1	3
Leve	30	5 (16,7)	2	2	1	4	3
Moderada	20	6 (30,0)	4	2	1	1	1
Grave	5	1 (20,0)	1	0	0	0	0
Total	165	19					

*BDI = Inventário de Depressão de Beck; IRDIs = Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento Infantil.

Tabela 4 - Indicadores de depressão pós-parto (BDI) e frequência de Suporte Social em uma amostra de mães (n= 165) de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS), 2010

Suporte Social	BDI (%)			
	Mínimo	Leve	Moderado	Grave
Nenhum	16	10	4	0
Marido	30	6	5	1
Mãe	17	6	4	0
Outro	12	3	2	2
+ de um cuidador	35	5	5	2
Total	110	30	20	5

*BDI = Inventário de Depressão de Beck. Teste de Kruskal-Wallis.

■ DISCUSSÃO

A depressão materna pós-parto é um dos aspectos importantes a serem considerados como possível interveniente no exercício da função materna durante o primeiro ano de vida do bebê. Ela pode ter consequências importantes no desenvolvimento infantil, sobretudo de linguagem cuja estruturação se dá pela interação mãe-filho¹⁴. Por isso, a importância de se acompanhar os estados emocionais maternos no período pré e pós-parto. Esse fato foi encontrado neste estudo, pela associação positiva entre a presença de riscos ao desenvolvimento infantil em presença de depressão materna.

Neste estudo foram encontrados resultados estatisticamente importantes, pois foi possível detectar uma correlação positiva entre depressão materna e presença de índices de riscos ao desenvolvimento infantil, o que comprova as previsões de inúmeros estudos sobre a relevância desse estado materno no estabelecimento do vínculo e da interação infantil¹⁵⁻¹⁸.

As mães estudadas acometidas de depressão materna (níveis leve, moderado e grave), e que na avaliação dos IRDIs apresentaram ausentes o IRDI 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer), demonstram dificuldades de estabelecerem as demandas dos seus bebês. Sabe-se que as primeiras reações involuntárias que o bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, são reconhecidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela, e diante do qual a mãe se coloca em posição de responder, ou seja, implicam uma interpretação em que a mãe usa linguagem, “traduz” em palavras as ações da criança, e “traduz” em ações suas próprias palavras.

A comunicação da díade mãe-filho surge ainda no estágio pré-verbal, por meio das descargas que faz o recém-nascido para liberar suas tensões como, por exemplo, a fome. Essas descargas de emoções ocorrem por meio de gritos, inervação de vasos sanguíneos, atividade muscular difusa e outras. Segundo o autor, o bebê tem capacidade de percepção a respeito do humor da mãe e de seus desejos conscientes e inconscientes e se molda de acordo com esses desejos, à medida que passa a percebê-los. Esse canal de comunicação também vai da mãe para a criança, numa relação equivalente¹⁹. Grande parte da relação da díade mãe-bebê se passa, portanto, de forma inconsciente e pelo afeto, por esse tipo de comunicação, pois a mãe adquire nesse período, se assim interagir com a criança, uma espécie de capacidade telepática ou cenestésica, como fala¹⁵ para compreender o bebê. Essa comunicação não só modela a psique do bebê

como opera nos afetos, tanto os prazerosos como os desprazerosos.

Para que a mãe tenha essa comunicação efetiva e essa empatia especial com o bebê, é preciso que esteja no limiar de si mesma, para poder captar corretamente os sinais emitidos pelo filho¹⁹. É preciso ainda que esteja igualmente “ligada” ao interior de si mesma, graças a uma identificação que a coloque, por meio de todas as camadas de seu psiquismo, em contato com a criança que ela própria foi²⁰.

Se a mãe estiver deprimida, não conseguirá, no entanto, perceber os sinais que o bebê emite, não poderá exercer a chamada preocupação materna primária de que nos fala Winnicott^{21,22}. Essa mãe estará ou dispersa, ou irritada e, muitas vezes, sequer vai conseguir descobrir quando o choro do bebê é sinal de dor, fome ou sono. Nesse caso, a comunicação entre ambos estará comprometida e, conseqüentemente, a interação poderá ficar prejudicada.

Em um estudo internacional, foi interpretada a expressão facial infantil no contexto de depressão materna, e o mesmo sugeriu que os bebês de mães acometidas de depressão interpretam de forma negativa as atitudes maternas, o que afeta a sua capacidade de respostas do bebê na interação da díade²³.

Seguindo a análise qualitativa, as mães acometidas de depressão materna (níveis leve, moderado e grave), que apresentaram ausentes o IRDI 2 (a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela, o manhês), demonstram a dificuldade de as mães suporem um sujeito. Abrange uma antecipação realizada pelo agente materno, pois o bebê não se encontra ainda constituído como sujeito. Tal constituição depende justamente de que ele seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe (ou cuidador).

Mães deprimidas tipicamente demonstram afeto abatido ou apático e estimulam menos seus bebês, pois apresentam comportamento predominantemente deprimido ou ansioso, menos comportamentos imitativos das expressões faciais do bebê, brincam menos com seus filhos e filhas e expressam mais atitudes punitivas e controladoras no cuidado com suas crianças. Além disso, as mães deprimidas também tendem a relatar mais dificuldades no cuidado com suas crianças e expressam mais insatisfação associada com seus filhos do que mães não deprimidas²⁴.

A depressão materna romperia o processo regulatório mútuo, já que a mãe é o componente externo do sistema regulatório do bebê e deixaria de regular seus estados fisiológicos e emocionais. Isso constituiria uma quebra na intersubjetividade,

trazida pelo efeito da depressão sobre os afetos e a reatividade maternas, levando as mães a apresentarem menor capacidade de contingência e menor capacidade de estabelecer contato físico²⁵.

A diminuição da sensibilidade materna está diretamente relacionada com o comportamento materno na interação com seu bebê que, na maioria das vezes, caracteriza-se por comportamentos de intrusividade ou de retraimento²⁵, que dificultariam o surgimento da fala especialmente dirigida e sintonizada com o bebê. Essa não sintonia pode refletir-se em dificuldades para a aquisição da linguagem por parte do bebê, tendo em vista perspectivas interacionistas desse processo.

As mães acometidas de depressão materna (níveis leve, moderado e grave), que apresentaram ausentes o IRDI 5 (há troca de olhares entre a criança e a mãe) na análise da interação mãe-bebê, podem estar apresentando dificuldades em alternar presença/ausência e também supor um sujeito, isto implica que a mãe (ou o cuidador) não responda ao bebê apenas com presença ou apenas com ausência, mas que produza uma alternância, não apenas física, mas, sobretudo, simbólica. Espera-se que, entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, haja um intervalo diante do qual venha a surgir a resposta da criança.

Em experimentos realizados no Centro Médico Infantil de Boston²⁶, foi solicitado às mães de bebês de três ou quatro meses de idade, que apresentassem aos seus filhos uma face tranquila, não responsiva e inexpressiva. Isto seria seguido por uma drástica mudança na aparência dos bebês. No primeiro ou segundo minuto, ele sorri, agita-se e esforça-se para obter uma resposta de suas mães. Depois de muitos esforços sem sucesso, eles ficam desestimulados e, com frequência, começam a salivar. Depois de três a quatro minutos, todo o seu corpo mergulha em desespero. Esses foram experimentos muito breves, seguidos de abraços calorosos, mas é fácil ver que a depressão de uma mãe e sua falta de respostas podem prejudicar o desenvolvimento do bebê. Segundo Brazelton e Cramer²⁷, as mães deprimidas criam frequentemente essa violação das expectativas de seus bebês, pois, de vez em quando, são capazes de interagir normalmente, mas depois se retraem devido às próprias necessidades, deixando a criança numa situação de depressão e desesperança. A repetição frequente desse padrão pode ser responsável

pela produção dos clássicos sintomas de evitação do olhar. Essa evitação do olhar ocorre porque é doloroso, para a criança, deixar que a expectativa se forme novamente. Essas experiências mostram, na prática, o que tantos outros autores já apontavam como potenciais fatores de risco para a saúde dos bebês: as bruscas mudanças de humor das mães e a repetição frequente desse comportamento. A criança não entende o que acontece, pode retrair-se e a interação da díade pode ficar comprometida.

O desenvolvimento emocional na infância está intimamente ligado ao estado emocional em que se encontra a família, mais precisamente a mãe ou quem exerce a função materna (*mãe suficientemente boa*²⁸). O bebê depende de um adulto que esteja disponível para cuidá-lo e para inseri-lo no mundo, mostrando, ensinando, fazendo o bebê participar de tudo o que acontece a sua volta, dando-lhe sentido. Um ambiente suficientemente bom é aquele ambiente proporcionado pela mãe, por meio de seus cuidados, capacitando o bebê a ter novas experiências, a constituir um ego pessoal individualizado, a dominar seus instintos e a defrontar-se com as dificuldades inerentes à vida. Um ambiente que não seja suficientemente bom pode distorcer o desenvolvimento do bebê²⁸.

Cabe ressaltar que, nesta pesquisa, o fato de as mães apresentarem bom suporte social possivelmente neutralizou os efeitos da depressão na relação com o bebê. Esse fato pode ser responsável pela baixa frequência de índices de risco²⁹.

■ CONCLUSÃO

A análise do estudo realizado apontou que há maior proporção de bebês com IRDIs ausentes, quando os níveis de depressão materna são elevados no período pós-parto, podendo ter implicações negativas na interação da díade mãe-bebê e, principalmente, repercutir como um fator de risco ao desenvolvimento infantil.

A maioria dos bebês estudados não apresentou índices de risco ausentes, como também a maioria das mães não estava acometida de depressão pós-parto, no entanto, pode-se observar que a amostra estudada teve uma rede de apoio social importante, que repercutiu de forma positiva no estado emocional das mães no período puerperal e, conseqüentemente, no desenvolvimento dos bebês.

ABSTRACT

Purpose: to analyze the possible correlation between changes in levels of risk to infant development baby's linguistic and psychological and maternal depression in a sample of mothers of babies born in medium-sized city and around the central region of Rio Grande do Sul. **Methods:** the survey was conducted with 165 mother-infant dyads in University Hospital in which the children were newborn hearing screening in the period from March to May 2010. The data collection used a structured interview on socioeconomic, demographic, obstetric and psychosocial factors, application of the Beck Depression Inventory and Clinical Indicators of Risk for Child Development. **Results:** when assessed values of the mother depression ranges between children with and without development risk, there was statistically significant difference, as most mothers did not show signs of depression and the babies had no risk for the development. **Conclusions:** the analysis showed that a higher proportion of babies with development risk altered when levels of maternal depression are elevated in the postpartum period.

KEYWORDS: Depression; Maternal Behavior; Child Development

■ REFERÊNCIAS

1. Surkan PJ, Kawachi I, Ryan LM, Berkman LF, Carvalho VLM, Peterson KE. Maternal depressive symptoms, parenting self-efficacy, and child growth. *Am J Public Health*. 2008;98:125-32.
2. Motta M, Lucion A, Manfro G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Rev. Psiquiatr clín*. 2005;27(2):165-76.
3. Murray L, Halligan SL, Adams G, Patterson P, Goodyer IM. Socio emotional development in adolescents at risk for depression. The role of maternal depression and attachment style. *Dev Psychopathol*. 2006;18(2):489-516.
4. Santos JHPO, Silveira MFA, Gualda DMR. Depressão pós-parto: um problema latente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(3):516-24.
5. Felix GMA, Gomes APR, França PS. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Comun. ciênc. Saúde*. 2008;19(1):51-60.
6. Borsa JB, Dias ACG. considerações acerca da relação mãe – bebê da gestação ao puerpério. *Rev. Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinariedade*. 2007;(2):310-21.
7. Alt MS, Benetti SPC. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicol. Estud*. 2008;13(2):389-94.
8. Adewuya AO, Ola BO, Aloba OO, Mapayi BM, Okeniyi JA. Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. *J Affect Disord*. 2008;108:191-3.
9. Kupfer MC, Jerusalinsky A, Wanderley D, Infante D, Salles L, Bernardino L et al. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. *Rev. Latinoam. de Psicopatol Fundam*. 2003;6(2):7-25.
10. Kupfer MCM, Jerusalinsky A, L Bernardino, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE, et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*. 2010;13(1):31-52.
11. OMS. Salude mental: nuevos conecimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: 2001.
12. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: Psychological Corporation. 1993.
13. Cunha JA. Manual da versão em português da Escala Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
14. De Lemos CTG. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum I-1*; 1992.p.121-35.
15. Alfaya C, Lopes RCS. Repercussões do comportamento interativo de mães com depressão no desenvolvimento do comportamento exploratório do bebê. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum*. 2005;15(2):69-81.
16. Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol Estud*. 2005;10:47-55.
17. Furst MCG, Schroeeder AT, Valle VH, Golbert MB, Escosteguy N. Depressão pós-parto e suas repercussões na interação precoce mãe-bebê. *Acta méd*. 2007;28:496-506.
18. Moehler E, Kagan J, Parzer P, Brunner R, Reck C, Wiebel A, et al. Childhood behavioral inhibition and maternal symptoms of depression. *Psychopathology*. 2007;40(6):446-52.

19. Spitz RA. O primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes. 2000.
20. Golse B. Insistir – Existir. Do Ser à pessoa. Lisboa: Climepsi. 2001.
21. Winnicott DW. Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 3. ed. 1988.
22. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes. 2002.
23. Stein A, Arteché A, Lehtonem A, Craske M, Harvey A, Counsell N, et al. Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. *Infant Behav Dev.* 2010;33(3):273-8.
24. Murray L, Cooper P, Creswell C, Schofield E, Scak C. The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.* 2007;48:45–52.
25. Rechia, IC, Souza, APR. Dialogia e função materna em casos de limitações práticas verbais. *Psicol. estud.* 2010;15(2):315-23.
26. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev.* 2010;33(1):1-6.
27. Brazelton BT, Cramer BG. As primeiras relações. 2ªed. São Paulo: Martins Fontes. 2002.
28. Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago. 2000.
29. Fonseca VRJRM, Silva GA, Otta E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública.* 2010;26(4):738-46.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201418812>

Recebido em: 23/08/2012

Aceito em: 12/12/2012

Endereço para correspondência:

Janaína Pereira Pretto Carlesso

Rua General Neto, 675 apto 401.

Santa Maria - RS

CEP: 97050-241

E-mail: janapcarlesso@yahoo.com.br