

# Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário

*Depressive and anxiety symptoms among mothers of pediatric inpatients at a university hospital*

**Bruno Luiz Guidolin<sup>1</sup>, Salvador Antônio Hackmann Célia<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Médico, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS. Aluno, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. <sup>2</sup>Doutor. Professor adjunto, ULBRA.

## Resumo

**Introdução:** O período de tratamento e recuperação de uma criança hospitalizada pode ser longo. Durante esse tempo em que precisa estar inserida no ambiente hospitalar, muitas vezes institui-se uma crise na vida da criança e da mãe.

**Objetivo:** Avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão materna em mulheres que tiveram seus filhos internados na ala pediátrica do hospital universitário da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

**Métodos:** Este foi um estudo transversal, com aplicação dos Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck (Beck Anxiety and Depression Inventories, respectivamente BAI e BDI) em 140 mulheres que se encontravam entre 31 e 365 dias após o parto. Adotamos o ponto de corte > 20 nas escalas BAI e BDI para definir a presença de ansiedade e depressão.

**Resultados:** Do total, 43 mulheres (30,7%) apresentaram escores > 20 no BDI, ou seja, foram consideradas deprimidas; 46 (32,9%) apresentaram escores > 20 no BAI, tendo sido consideradas ansiosas; 26 mulheres (18,6%) apresentaram-se ansiosas e deprimidas. Mulheres em situação de maior vulnerabilidade social apresentaram depressão e ansiedade com maior frequência, especificamente mulheres mais jovens, com menor escolaridade e menor renda, sem plano privado de saúde e com mais filhos.

**Conclusões:** A atuação preventiva de equipes multidisciplinares, nos primeiros meses após o parto, é necessária devido à alta frequência de sintomas depressivos e de ansiedade nas mães. Com isso, essas mães que se encontram em um ambiente hospitalar podem ser encaminhadas para profissionais de saúde mental adequados.

**Descritores:** Ansiedade, depressão pós-parto, prevalência, hospitalização.

## Abstract

**Introduction:** The treatment and recovery of a pediatric inpatient may take a long time. During the child's stay in the hospital environment, it is not uncommon to observe the development of emotional crises affecting both child and mother.

**Objective:** To assess the prevalence of depression and anxiety symptoms among mothers who had their children admitted to the pediatric ward of a university hospital in southern Brazil.

**Methods:** This was a cross-sectional study in which the Beck Anxiety and Depression Inventories (BAI and BDI, respectively) were administered to 140 women between 31 and 365 days postpartum. The cut-off point of > 20 on BAI and BDI was used to define the presence of anxiety and depression.

**Results:** Of the 140 women assessed, 43 (30.7%) presented BDI scores > 20, and were therefore considered to be depressed; 46 (32.9%) showed BAI scores > 20, and were considered to be anxious; 26 women (18.6%) presented both depression and anxiety. Women living under more vulnerable social conditions more frequently presented both depression and anxiety, namely younger women, those with lower education levels and lower income, those who did not have private health insurance and women who had more children.

**Conclusion:** The preventive action of multidisciplinary teams in the first months postpartum is necessary due to the high frequency of depression and anxiety symptoms among mothers of pediatric inpatients. Such action will allow mothers who are present at the hospital to be referred to appropriate mental health professionals.

**Keywords:** Anxiety, postpartum depression, prevalence, hospitalization.

---

### Correspondência:

Bruno Luiz Guidolin, Rua Irmão José Otão, 170/604, Bairro Independência, CEP 90035-060, Porto Alegre, RS, Brasil. Tel.: (51) 9652.6129.

E-mail: brunoguidolin@yahoo.com.br

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS

Recebido 22/06/2009. Aceito em 15/09/2009.

## Introdução

No Brasil, a depressão tem atingido uma parcela importante da população geral, sendo considerada um problema de saúde pública<sup>1</sup>. Há predomínio do sexo feminino, e, muitas vezes, a doença é precedida por eventos marcantes, como gravidez, parto e puerpério. Esses períodos envolvem grandes transformações, não só do ponto de vista fisiológico, mas, também, do ponto de vista psíquico e do papel sociofamiliar. Além disso, as mudanças físicas ocorridas durante a gravidez podem provocar instabilidade emocional na mulher<sup>2</sup>.

Normalmente, há uma maior probabilidade de as mães adoecerem emocionalmente durante os momentos mais críticos de suas vidas, sejam esses momentos bons ou ruins, devido a uma solicitação de adaptação a essa resposta emocional. A literatura médica descreve as manifestações psíquicas mais comuns no pós-parto, incluindo *baby blues*, depressão materna pós-parto e psicose puerperal<sup>3</sup>. Durante o período pós-parto, a sintomatologia mais característica é a mudança de humor repentina, associada a outros sintomas, como alterações de apetite e sono, falta de energia e de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis, culpa excessiva e pensamentos suicidas<sup>3-5</sup>.

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população, e os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos da vida. Entretanto, essa ansiedade pode ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um motivo específico para o seu aparecimento, ou, ainda, quando representa uma resposta inadequada a determinada ameaça, em virtude de sua intensidade ou duração<sup>5</sup>.

Em contraste com a depressão, a ansiedade tem sido pouco estudada, apesar de sua prevalência e importância potencial. A ansiedade é um estado emocional que tem componentes fisiológicos e psicológicos, que abrangem sensações de medo, insegurança e antecipação apreensiva, pensamento dominado por ideias de catástrofe ou incompetência pessoal, aumento do estado de vigília, tensão e dor muscular, sensação de constrição respiratória, tremor e inquietação e vários desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo<sup>5</sup>.

Trabalhos nacionais relatam prevalência de depressão materna variando de 19,1 a 39,4%<sup>6-8</sup>. Já a literatura internacional descreve taxas de 13,2 a 27,2%<sup>9-12</sup>. A ansiedade materna, por sua vez, tem prevalência em trabalhos nacionais variando entre 44,0 e 46,1%<sup>13,14</sup>, e em trabalhos internacionais, entre 4,9 e 24,9%<sup>15-18</sup>. Embora não se disponha de parâmetros fisiológicos para avaliar as manifestações clínicas da depressão e da ansiedade, escalas de avaliação são usadas para medir e caracterizar os sintomas, por exemplo os Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck (Beck Anxiety and Depression Inventories, respectivamente BAI e BDI)<sup>19,20</sup>. No entanto, tais escalas têm a limitação de não poderem ser utilizadas como critério diagnóstico<sup>19,21</sup>.

O período de tratamento e recuperação de uma criança hospitalizada pode ser longo. Durante esse tempo em que a criança precisa estar inserida no ambiente hospitalar, muitas vezes institui-se uma crise na vida da criança e da mãe. Nesse contexto, níveis de ansiedade e sentimentos de tristeza e melancolia podem ser exacerbados diante da situação de conflito e estresse.

O objetivo deste estudo foi quantificar a presença de sintomas de ansiedade e depressão materna em mães que tiveram seus filhos (com idade entre 31 e 365 dias) internados na ala pediátrica do hospital universitário da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), utilizando as escalas BAI e BDI.

## Métodos

Para este estudo, de cunho quantitativo e transversal, foram consideradas elegíveis mães que acompanhavam seus filhos internados na ala pediátrica do hospital universitário da ULBRA, no município de Canoas (RS), região metropolitana de Porto Alegre. A amostra total incluiu 140 mães que estiveram acompanhando seus filhos no período de julho a agosto de 2008 e que preencheram os seguintes critérios de inclusão: mães internadas com seus filhos na ala pediátrica do hospital; crianças com idade entre 31 e 365 dias; idade materna a partir de 18 anos. Os critérios de exclusão foram: mães com idade inferior a 18 anos; crianças com mais de 1 ano de idade; e mães que se recusaram a participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada pelo autor (B.L.G.), em ambiente privativo. Após autorização prévia da mãe, foi entregue e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido e foi feita uma entrevista.

Para identificar o perfil da população estudada, elaboramos uma entrevista estruturada, padronizada, constando de informações sociodemográficas e sobre a internação da criança, assim definidos: idade da mãe (aferida em anos completos); idade da criança (aferida em meses completos); estado civil (solteira, casada, divorciada, viúva, conforme certidão legal); escolaridade (grau máximo de instrução alcançado, a considerar: analfabeta ou ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto, ensino médio completo ou ensino superior incompleto ou completo); renda familiar média (somatória do número de salários mínimos recebidos pelos membros trabalhadores da família); número de filhos vivos; se possui plano privado de saúde; quantos dias dura/durou a internação da criança; se a criança foi internada primeiramente na unidade de terapia intensiva (UTI) e, depois, foi para a internação pediátrica; número de internações prévias da criança; causa da internação da criança. A última pergunta da entrevista buscava saber se a mãe havia recebido diagnóstico médico de depressão pós-parto nesta ou em outra gestação.

Para o rastreamento dos sintomas de ansiedade e depressão, foram utilizados os instrumentos BAI e BDI, provavelmente as medidas de autoavaliação de ansiedade e depressão mais amplamente usadas, tanto em pesquisa como em clínica<sup>19,20</sup>.

O BDI é uma escala sintomática de autorrelato composta por 21 itens com diferentes alternativas de resposta a respeito de como o sujeito tem se sentido. As alternativas correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão, e a soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que, quando igual ou superior a 20, indica a presença de sintomatologia de depressão. Estimativas de fidedignidade do BDI baseadas no coeficiente alfa de Cronbach revelam valores que variam de 0,77 a 0,92 em amostra médico-clínica<sup>22</sup>.

O BAI, por sua vez, visa medir os sintomas comuns de ansiedade. O inventário consta de uma lista de 21 sintomas, com quatro alternativas de resposta para cada um, em ordem crescente de nível de ansiedade. A somatória dos pontos perfaz um escore de 63, sendo que, novamente, um escore total igual ou superior a 20 indica sintomatologia de ansiedade, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira<sup>20</sup>. Estimativas de fidedignidade do BAI baseadas no coeficiente alfa de Cronbach revelam valores que variam de 0,75 a 0,92 em amostra médico-clínica<sup>22</sup>.

Aos dados coletados foram aplicadas técnicas de análise estatística para descrever a amostra estudada, utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

versão 12.0. Variáveis contínuas, com distribuição normal, tiveram suas médias comparadas pelo teste *t* de Student. Variáveis categóricas foram expressas utilizando valores absolutos e percentagens, e sua associação foi medida por meio do teste do qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%.

Tanto o projeto de pesquisa como o termo de consentimento livre e esclarecido foram previamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ULBRA (protocolo nº 2008-390H).

## Resultados

Na população de 140 mulheres, a média de idade das participantes foi de 26,23 anos (desvio padrão, DP = 6,31), sendo que a mais nova tinha 18 anos e a mais velha, 47. A idade média das crianças foi de 5,41 meses (DP = 3,92). O número de filhos das entrevistadas (incluindo a criança atualmente hospitalizada) foi, em média, 2,22 (DP = 1,2); na análise dessa variável, o tamanho de amostra considerado foi de 134 mães, devido a erro de coleta. Características sociodemográficas segundo os níveis de ansiedade e depressão das mães estão descritas na Tabela 1.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas e sintomas de ansiedade e depressão em mães de crianças de até 1 ano (31 a 365 dias) de idade internadas em hospital universitário no período de julho a agosto de 2008 (n = 140 mulheres)

Variável	n	Sintomas de ansiedade (%)	p*	Sintomas de depressão (%)	p*
Sexo da criança			0,048		0,778
Masculino	79	25,30		29,10	
Feminino	61	42,60		32,80	
Idade da criança (meses)			0,925		0,341
1	20	30,00		40,00	
2-6	73	34,20		32,90	
7-12	47	31,90		23,40	
Idade da mãe (anos)			0,264		0,264
18-21	40	35,00		37,50	
22-25	31	45,20		38,70	
26-30	35	22,90		20,00	
≥ 31	34	29,40		26,50	
Escolaridade da mãe			0,114		0,365
Analfabeta ou ensino fundamental incompleto	60	40,00		36,70	
Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto	36	36,10		30,60	
Ensino médio completo	28	14,30		17,90	
Ensino superior incompleto ou completo	16	31,30		31,30	
Renda familiar (salários mínimos) <sup>‡</sup>			0,277		0,286
1- 2	89	37,10		33,70	
3- 5	36	22,20		30,60	
≥ 6	15	33,30		13,30	
Números de filhos <sup>‡</sup>			0,252		0,17
2	49	26,50		22,40	
3	35	31,40		31,40	
> 3	50	42,00		40,00	

\* Teste do qui-quadrado.

<sup>†</sup> Salário mínimo à época do estudo = R\$ 415,00.

<sup>‡</sup> Incluindo o filho atualmente internado e considerando amostra de 134 mães.

Sobre os dados da internação, a mediana de tempo de hospitalização foi de 4 dias (média = 6,57, DP = 8,89, mínimo = 2 dias, máximo = 90 dias). A média de vezes que a criança foi internada (incluindo a presente internação) foi de 1,59 (DP = 1,05). As associações entre informações sobre a internação da criança e os níveis de ansiedade e depressão das mães estão expressas na Tabela 2.

Quando avaliamos a relação entre as variáveis sociodemográficas e de internação com a variável depressão materna, houve associação estatisticamente significativa apenas com o número de dias em que a criança estava internada (p = 0,028). Em relação aos sintomas de ansiedade materna, houve associação com o sexo da criança internada (p = 0,048) e com diagnóstico prévio de depressão pós-parto (p = 0,001), havendo maior proporção de sintomas de ansiedade quando se tratava de paciente pediátrica do sexo feminino e de mãe com diagnóstico prévio de depressão pós-parto.

Com o teste do qui-quadrado, encontramos alguns resultados que não foram estatisticamente significativos mas chegaram perto do nível de significância (p < 0,05), como, por exemplo, a associação entre sintomas de ansiedade e

possuir plano de saúde (p = 0,064), número de dias em que a criança estava internada (p = 0,062) e número de internações prévias da criança (p = 0,058). A associação entre sintomas de depressão e diagnóstico prévio de depressão pós-parto não apresentou significância estatística pelo teste do qui-quadrado (p = 0,074).

Em relação aos dados sociodemográficos, observou-se que menor idade da mãe e da criança, menor grau de escolaridade da mãe, menor renda familiar e maior número de filhos estiveram associados com maior probabilidade de sintomas de ansiedade e depressão nas mães. Sobre os dados da internação, mães que não possuíam plano de saúde privado, aquelas cujos filhos haviam estado internados em UTI antes de chegar à internação pediátrica, cujos filhos estavam internados há mais de 1 semana e haviam sofrido mais de três internações prévias (incluindo a atual) apresentaram maior índice de sintomas de ansiedade e depressão.

Do número total de 140 mulheres, 43 (30,7%) apresentaram escores iguais ou superiores a 20 na BDI, caracterizando a presença de sintomas depressivos; as demais 97 (69,3%) apresentaram escores inferiores a 20 e foram,

**Tabela 2** – Associações entre informações sobre a internação e sintomas de ansiedade e depressão em mães de crianças de até 1 ano (31 a 365 dias) de idade internadas em hospital universitário no período de julho a agosto de 2008 (n = 140 mulheres)

Variável	n	Sintomas de ansiedade (%)	p*	Sintomas de depressão (%)	p*
Possui plano de saúde privado			0,064		0,259
Sim	40	20,00		22,50	
Não	100	38,00		34,00	
Causa da internação			0,762		0,293
Pulmonar (bronquiolite/pneumonia)	119	31,90		28,60	
Outras causas	21	38,10		42,90	
Filho estava internado na UTI			1		0,098
Sim	26	34,60		46,20	
Não	114	32,50		27,20	
Número de dias de internação			0,062		0,028
< 1 semana	109	28,40		25,70	
≥ 1 semana	31	48,40		48,40	
Número de internações prévias†			0,058		0,229
1	89	25,80		25,80	
2	35	42,90		37,10	
≥ 3	16	50,00		43,80	
Diagnóstico prévio de depressão pós-parto			0,001		0,074
Sim	28	60,70		46,40	
Não	112	25,90		26,80	

UTI = unidade de terapia intensiva.

\* Teste do qui-quadrado.

† Incluindo a presente internação.

**Tabela 3** – Presença de sintomas de ansiedade e depressão em mães de crianças de até 1 ano (31 a 365 dias) de idade internadas em hospital universitário no período de julho a agosto de 2008, n (%)

	Não depressivas (BDI < 20)	Depressivas (BDI > 20)	Total
Não ansiosas (BAI < 20)	77 (55)	17 (12,1)	94 (67,1)
Ansiosas (BAI > 20)	20 (14,3)	26 (18,6)	46 (32,9)
Total	97 (69,3)	43 (30,7)	140 (100)

portanto, consideradas não depressivas (escore médio da população estudada no BDI = 15,33, DP = 10,75, mínimo = 0, máximo = 57). No BAI, 46 mulheres (32,9%) apresentaram sintomas de ansiedade (escores iguais ou superiores a 20) e 94 (67,1%) tiveram escores inferiores a 20, sendo consideradas não ansiosas (escore médio da população estudada no BAI = 15,99, DP = 10,78, mínimo = 0, máximo = 55). A associação entre sintomas de depressão e ansiedade, medida com o teste do qui-quadrado, foi estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ), como podemos observar na Tabela 3.

## Discussão

A amostra estudada incluiu 140 mulheres, que se encontravam entre 31 e 365 dias após o parto (média de 5,4 meses), eram predominantemente jovens, com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e de renda baixa. A renda familiar baixa pode ser explicada pelo fato de que, embora algumas crianças contassem com plano de saúde privado, a maioria dos pacientes atendidos no hospital universitário da ULBRA utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os sintomas depressivos estiveram presentes em 30,7% das mulheres do nosso estudo. Mesmo elevada, essa prevalência é compatível com alguns trabalhos nacionais, como o de Cruz et al.<sup>6</sup> e o de Ruschi et al.<sup>7</sup>.

Outras publicações nacionais demonstram menores taxas de prevalência de depressão pós-parto. Em um estudo realizado em Pelotas (RS), foi encontrada uma prevalência de 19,1% ( $n = 410$  mulheres) de depressão pós-parto, num período de avaliação de 30 a 45 dias após o parto<sup>8</sup>. Em outro estudo realizado no mesmo estado, na cidade de Porto Alegre, a prevalência de depressão pós-parto foi de 20,7%, compatível com a encontrada na cidade de Pelotas, porém com um número de participantes inferior ( $n = 271$  mulheres)<sup>23</sup>.

No contexto mundial, as diferenças metodológicas, sociais, culturais e econômicas das populações estudadas podem justificar a ampla variação nas prevalências encontradas. Um estudo envolvendo 206 mulheres 6 semanas após o parto, feito em um hospital terciário na Nigéria, obteve prevalência de depressão pós-parto de 27,2%<sup>10</sup>. Na Tunísia, foi realizado estudo que avaliava mulheres em dois estágios: na primeira semana e entre a sexta e décima semana após o parto. Na primeira semana, foram entrevistadas 213 mulheres, sendo que 136 foram reexaminadas entre a sexta e a décima semana pós-parto (63,8% da população inicial). Na primeira fase, houve predominância de 19,2% para o *baby blues*. Na segunda etapa, a prevalência da depressão pós-parto era de 13,2%<sup>9</sup>.

São poucos os estudos que exploram a depressão materna em um período maior, como foi realizado no nosso estudo. Um estudo italiano acompanhou a sintomatologia da depressão pós-parto aos 3, 9 e 18 meses após o nascimento. A taxa da depressão diminuiu ao longo do período avaliado, sendo que o início dos sintomas ocorria, principalmente, dentro dos primeiros 3 meses, tendo uma prevalência de 23,4% em 167

mulheres; 7,2% das mulheres tiveram pelo menos duas avaliações positivas em relação à depressão durante o período de 18 meses<sup>12</sup>. No nosso estudo, a maior prevalência de depressão foi observada no primeiro mês (40,0%), diminuindo conforme a idade da criança aumentava, chegando a 23,4% entre 7 e 12 meses após o parto.

Quanto aos fatores de risco, nosso estudo não encontrou associação estatística entre os aspectos pesquisados e sintomas de depressão materna. Mães mais novas, presença de abusos físicos e baixo nível socioeducacional foram relatados como fatores de risco em um estudo que analisou, durante 2004-2005, a predominância de depressão pós-parto autorrelatada em 17 estados dos Estados Unidos, e que relatou variância entre 11,7 e 20,4%<sup>24</sup>.

Outros fatores considerados de risco para o surgimento da depressão pós-parto são os antecedentes psiquiátricos da mulher, a existência de episódios depressivos anteriores, o estado civil da mulher, baixas condições socioeconômicas, alterações hormonais e fatores obstétricos/ginecológicos, como complicações durante a gestação e o parto<sup>4,8</sup>. Além disso, fatores adicionais são destacados por alguns autores, como a associação entre a ocorrência da depressão materna e o baixo apoio oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento, dificuldade no cuidado com o bebê e problemas de saúde da criança<sup>25</sup>.

Salienta-se que, em nosso estudo, mulheres em situação de maior vulnerabilidade social apresentaram, com maior frequência, tanto sintomas de depressão como de ansiedade. Esse grupo foi composto de mulheres mais jovens, com menor escolaridade e menor renda, sem plano privado de saúde e com mais filhos. Nosso estudo também apontou que a experiência prévia da mulher com o processo de saúde e doença no contexto hospitalar – seja de internação prévia da criança em UTI, de outras internações hospitalares da criança, ou mesmo da duração da internação hospital atual – também contribuiu para o quadro de sintomas de ansiedade e de depressão materna aqui discutido.

Sobre a ansiedade, nosso estudo revelou que o sexo da criança foi relevante: o grupo de mães com filhos do sexo feminino apresentou maior nível de ansiedade (42,6%) quando comparado ao grupo de mães com filhos do sexo masculino (25,3%). No presente estudo, tal diferença aponta a necessidade de se incluir uma discussão sobre relações de gênero, especialmente de expectativas diferenciadas no que diz respeito ao comportamento e à saúde das mulheres e dos homens. Estudos futuros, com amostras maiores, poderiam melhor explorar tal associação e abranger conceitos da epidemiologia social ou das ciências sociais. Além disso, mães que relataram diagnóstico anterior de depressão pós-parto chegaram a apresentar 60,7% de sintomas de ansiedade.

Algumas associações entre variáveis medidas pelo teste do qui-quadrado obtiveram valor estatístico próximo ao valor de significância, a saber, número de internações prévias, número de dias em que a criança esteve internada e internação prévia da criança em UTI. Nós já esperávamos que

esses itens tivessem alguma relevância, porque o nível de ansiedade em relação ao estado do filho aumenta à medida que se prolonga o tempo que ele permanece no hospital e que aumenta o comprometimento do estado de saúde da criança. Esse aspecto poderia ser analisado na presente amostra utilizando outros testes estatísticos.

Como já relatado, existem poucos estudos dedicados à ansiedade materna, apesar de esse ser um sintoma psicológico materno que causa grande impacto na vida conjugal e no desenvolvimento dos filhos. No puerpério, as prevalências de ansiedade, segundo diferentes instrumentos de autoavaliação, variam de 4,9 a 16,8%<sup>16,17</sup>. Existem evidências de que a ansiedade materna tem efeito negativo sobre a qualidade do vínculo mãe-bebê, justificando a adoção de medidas terapêuticas e preventivas<sup>26</sup>.

Em um estudo brasileiro, observou-se prevalência de 44,8% de ansiedade materna em uma amostra de mães atendidas em clínica privada. Maior renda e maior faixa etária da mulher diminuíram o risco de ansiedade materna, ao passo que maior número de filhos aumentou esse risco<sup>13</sup>. Em nosso estudo, também foram observados esses pontos, sendo acrescentado que, quanto menor a escolaridade da mãe, maior o risco de ela desenvolver ansiedade materna.

A ansiedade materna foi avaliada, ainda, a partir do relato sobre a experiência materna relacionada à separação de seus bebês a termo, quando hospitalizados em UTI neonatal. Em relação aos resultados dos relatos obtidos, durante a hospitalização dos bebês, as mães expressaram sentir ansiedade devido à possibilidade de a separação precoce decorrente da internação prejudicar o bebê<sup>27</sup>.

Ansiedade e depressão materna frequentemente coexistem. Nesse caso, ocorre uma preocupação exagerada em relação à saúde e ao desenvolvimento do bebê. A puérpera não se sente capaz, preocupa-se em demasia, aumentando seu quadro depressivo. O impacto da depressão e da ansiedade materna sobre o desenvolvimento infantil tem sido amplamente investigado nas últimas décadas, pois há evidências de que o estado depressivo e ansioso materno possa repercutir de forma negativa no desenvolvimento infantil, prejudicando as futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança ao longo de sua vida.

Em nosso estudo, 18,60% das mães apresentaram ansiedade e depressão, sendo que, das 43 mães que tinham depressão, 60,5% também tinham ansiedade. Estudos que avaliaram os níveis de ansiedade e depressão materna no período pós-natal apontaram que, independentemente da condição de nascimento do bebê (a termo ou pré-termo) e da história de internação em UTI neonatal, há coocorrência entre esses sintomas<sup>28</sup>. Altos níveis de ansiedade parecem interagir com altos níveis de depressão, potencializando, assim, os efeitos da primeira no desenvolvimento do bebê e no bem-estar emocional das mães.

Um estudo australiano avaliou prospectivamente dois grupos de mulheres, num total de 408 primigestas até a sexta semana do puerpério, observando que, enquanto a incidência de depressão maior/menor variou de 2,6 a 5,6%, a incidência de transtornos ansiosos puros variou de 10,4 a 16,2%<sup>29</sup>. Estudo de coorte prospectivo realizado na Inglaterra avaliou ansiedade e depressão em 8.323 gestantes, desde a gravidez (18 e 32 semanas) até 8 meses pós-parto. A exemplo da depressão puerperal, a maioria dos casos de ansiedade puerperal foi precedida de ansiedade na gravidez, que foi também indicadora de depressão. Apesar da estabilidade dos níveis de ansiedade puerperal e depressão ao longo do período avaliado, observou-se decréscimo dos escores médios de ansiedade e depressão<sup>30</sup>.

Algumas limitações metodológicas deste estudo merecem consideração. A pequena amostra estudada compromete algumas possíveis associações estatísticas. O questionário socioeconômico poderia ser aprimorado no que tange às variáveis número de filhos e estado civil. No critério número de filhos, a partir de cinco filhos, assinalou-se simplesmente “mais de cinco filhos” (categoria não incluída na tabela); salienta-se, contudo, que o número total de mulheres com cinco filhos ou mais neste estudo foi seis, as quais foram desconsideradas para os cálculos de média e mediana. Além disso, atentou-se somente para o estado civil, não sendo perguntado se havia uma relação conjugal estável com um companheiro ou coabitação (num momento posterior à coleta, o pesquisador percebeu que a maioria das mães que se declarou solteira tinha um relacionamento estável com o pai da criança, razão pela qual essa variável não foi aqui empregada na análise).

Podemos concluir que o diagnóstico de depressão materna permite que intervenções multidisciplinares sejam realizadas tão logo os sintomas sejam detectados. O profissional que presta assistência à puérpera precisa estar consciente de que o tipo de intervenção utilizada traz benefícios diretos à mulher e à relação mãe-bebê. Os primeiros meses após o parto representam um período crucial na interação da mãe com seu filho. A atuação preventiva de equipes multidisciplinares nesse período oferece apoio à mãe e proporciona a chance de evitar o estabelecimento de um padrão negativo de interação desta com o bebê.

Com isso, essas mães que se encontram inseridas em um ambiente hospitalar podem ser encaminhadas para profissionais de saúde mental adequados e multidisciplinares, promovendo saúde e bem-estar. Finalmente, vale ressaltar que essas potenciais pacientes são também responsáveis por suas crianças, de forma que intervenções preventivas nesse grupo de mães podem vir a diminuir o possível impacto da depressão e da ansiedade maternas sobre o desenvolvimento infantil, reduzindo os fatores adversos na formação da criança.

## Referências

- Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira RR. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996.
- Caron NA. A relação pais e bebês: da observação à clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
- Horimoto FC, Domingues JAG, Monteiro GCPL. Antidepressivos em situações especiais: gestação e lactação. In: Horimoto FC, Ayache DCG, Souza JA, orgs. Depressão: diagnóstico e tratamento clínico. São Paulo: Roca; 2005. p. 191-202.
- Golse B. Depressão do bebê, depressão da mãe: conceito de psiquiatria perinatal. In: Correia-Filho L, Corrêa ME, França PS, orgs. Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: LGE; 2002. p. 232-48.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.
- Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(4):181-8.
- Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô AF, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. Rev Psiqiatr Rio Gd Sul. 2007;29(3):274-80.
- Moraes I, Pinheiro R, Silva R, Horta B, Souza P, Faria A. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Rev Saude Publica. 2006;40(1):65-70.
- Masmoundi J, Tabeti S, Charfeddine F, Ben Ayen B, Guermazzi M, Jaoua A. [Study of the prevalence of postpartum depression among 213 Tunisian parturients]. Gynecol Obstet Fertil. 2008;36(7-8):782-7.
- Ebeigbe PN, Akhigbe KO. Incidence and associated risk factors of postpartum depression in a tertiary hospital in Nigeria. Niger Postgrad Med J. 2008;15(1):15-8.
- Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kreatsas G, Chistodoulou GN. A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. Compr Psychiatry. 2008; 49(3):275-82.
- Monti F, Agostini F, Marano G, Lupi F. The course of maternal depressive symptomatology during the first 18 months postpartum in an Italian sample. Arch Womens Ment Health. 2008;11:231-8.
- Faisal-Cury A, Menezes PR. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(3):171-8.
- Padovani FHP, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarte G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI neonatal. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(4):251-4.
- Britton JR. Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates. Acta Paediatrica. 2005;94:1771-6.
- Coates AO, Schaefer CA, Alexander JL. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. J Behav Health Serv Res. 2004;31(2):117-33.
- Eberhard-Gran M, Tams K, Opjordsmoen S, Skrandal A, Eskild A. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and nonpostpartum mothers. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38(10):551-6.
- Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? J Affect Disord. 2003;74(2):139-47.
- Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
- Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- Cox JL, Holden JM., Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.
- Oliveira SA. Impacto do hospital-dia nos níveis de depressão e ansiedade de pacientes com HIV/AIDS [dissertação]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas; 2005.
- Tannous L, Gigante LP, Busnello ED. Prevalência de depressão pós-parto na cidade de Porto Alegre [abstract]. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(suppl. 2). [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000600005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000600005&script=sci_arttext). Acessado jul 2011.
- Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of self-reported postpartum depressive symptoms--17 states, 2004-2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2008;57(14):361-6.
- Beck CT. Postpartum depression: a methasynthesis. Qual Health Res. 2002;12(4):453-72.
- Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. Lancet. 2004;363(9405):303-10.
- Nyström K, Axelsson K. Mother's experience of being separated from their newborns. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002;31(3):275-82.
- Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honio S. Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. Acta Psychiatr Scand. 2002;101(3):209-17.
- Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? J Affect Disord. 2003;74(2):139-47.
- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. J Affect Disord. 2004;80(1):65-73.