

# Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal

## Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit

Flávia Helena Pereira Padovani,<sup>a</sup> Maria Beatriz Martins Linhares,<sup>b</sup> Ana Emília Vita Carvalho,<sup>c,a</sup> Geraldo Duarte<sup>d</sup> e Francisco Eulógio Martinez<sup>e</sup>

Original version accepted in English

<sup>a</sup>Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP)

<sup>b</sup>Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Setor de Psicologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP)

<sup>c</sup>Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (FAEPA)

<sup>d</sup>Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

<sup>e</sup>Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e Setor de Neonatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP)

### Resumo

**Objetivo:** Identificar sintomas em nível clínico de ansiedade, disforia e depressão em mães de neonatos pré-termo, comparando dois momentos, durante e após a hospitalização do bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

**Métodos:** 43 mães de neonatos pré-termo de muito baixo peso, sem antecedentes psiquiátricos, foram avaliadas através dos Inventários de Ansiedade Traço-Estado e de Depressão de Beck. Foram realizadas duas avaliações, uma durante a hospitalização do bebê e outra após a alta hospitalar.

**Resultados:** Na primeira avaliação, 44% das mães apresentaram sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão. Após a alta hospitalar do bebê, houve redução significativa do número de mães (26%) com esses sintomas clínicos em relação à primeira avaliação ( $p \leq 0,008$ ). Os níveis de ansiedade-estado diminuíram significativamente da primeira para a segunda avaliação (de 35% para 12%;  $p \leq 0,006$ ). Não foi detectada diferença significativa entre as duas avaliações quanto aos demais sintomas clínicos.

**Conclusão:** As mães de bebês pré-termo apresentaram ansiedade situacional e necessitam de suporte psicológico para enfrentar a internação do bebê.

**Descritores:** Ansiedade; Depressão; Transtornos do humor; Recém-nascido prematuro; Unidades de terapia intensiva neonatal.

### Abstract

**Objective:** To identify clinical level of anxiety, dysphoria and depression symptoms of pre-term infants' mothers between two moments, during and after hospitalization in Neonatal Intensive Care Unit (NICU).

**Methods:** Previously, mothers with psychiatric background were excluded of the study. Forty-three pre-term and very low birthweight infants' mothers were assessed through State-Trait Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory. The assessments were done during and after hospitalization, respectively.

**Results:** In the first assessment, 44% mothers showed clinical level in one or more of the emotional symptoms, such as anxiety, dysphoria or depression. After infants' discharge, the number of mothers with clinical level of emotional symptoms decreased significantly (26%) in comparison of the first assessment ( $p \leq 0,008$ ). The anxiety-state level decreased significantly from the first to the second assessment (from 35% to 12%;  $p \leq 0,006$ ). No difference in depression and dysphoria symptoms between two assessments were found.

**Conclusion:** The pre-term infants' mothers presented situational anxiety and required emotional support to cope with the infants' hospitalization.

**Keywords:** Anxiety; Depression; Mood disorders; Infant, premature; Intensive care units, neonatal.

### Introdução

O nascimento prematuro de um bebê configura-se em um evento estressante para a família, a qual se depara com uma situação imprevisível e ansiogênica. Devido às condições de instabilidade orgânica do bebê e à necessidade de cuidados médicos especializados oferecidos em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), a família passa a experimentar a separação do bebê prematuro e a incerteza sobre sua evolução clínica e sobrevivência.<sup>1-2</sup> Acrescenta-se a essas dificuldades a distorção

da "imagem ideal" do bebê, criada pela família, em contraposição à imagem real do bebê prematuro; a família deve reorganizar seu quadro imaginário a fim de ajustá-lo à imagem de um bebê muito pequenino e frágil.<sup>3</sup>

Neste contexto, níveis de ansiedade e sentimentos de tristeza e melancolia podem ser exacerbados diante dessa situação de conflito e estresse. Em um estudo realizado com pais de bebês hospitalizados na UTIN foram observados altos níveis de ansiedade, depressão e hostilidade, revelando problemas de ajusta-

mento psicossocial por parte dos pais.<sup>4</sup> Segundo Pinelli,<sup>2</sup> o ajustamento familiar ou habilidade para realizar mudanças no sistema familiar a partir de um evento estressor, a fim de manter seu equilíbrio e funcionamento, está relacionado aos recursos internos e sociais da família e às estratégias familiares de enfrentamento da situação durante a fase de internação do bebê na UTIN. As mães, por sua vez, apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que os pais.<sup>2,4-5</sup>

Os níveis de ansiedade tendem a diminuir após a alta hospitalar do bebê.<sup>5</sup> Entretanto, podem ser verificados efeitos, em médio prazo, dos níveis elevados de ansiedade e depressão experimentados pelas mães durante a hospitalização do bebê sobre a qualidade da futura interação da mãe com a criança.<sup>6-7</sup>

O presente estudo teve por objetivo identificar a presença de sintomas de ansiedade, disforia e depressão em nível clínico em um grupo de mães de neonatos pré-termo de muito baixo peso e compará-los em dois momentos distintos: durante a hospitalização do bebê em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e após a sua alta hospitalar.

## Método

### 1. Participantes

A amostra inicial foi constituída por 90 mães de recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso (≤1.500 g) internados na UTIN e no Berçário de Alto Risco dos Setores de Neonatologia e Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, no período de março de 2001 a junho de 2002. Desta amostra, 32 mães foram excluídas, devido a ter antecedentes psiquiátricos,<sup>6</sup> ser analfabeta, ser portadora do vírus HIV, ter complicações clínicas no pós-parto ou ter bebês que foram a óbito. Das 58 mães restantes, 15 não aceitaram ou desistiram de participar do estudo. A amostra final foi constituída por 43 mães.

Com relação às principais características da amostra, as mães tinham idade mediana de 23 anos, sendo que 65% delas eram primigestas, 49% completaram o Ensino Fundamental (1ª a 8ª série) e 51% não exerciam qualquer tipo de trabalho remunera-

do fora do lar. Os bebês, por sua vez, apresentaram idade gestacional média de 28 semanas e escore médio de Apgar no 5º minuto de 9 pontos. O tempo médio de permanência na UTIN foi de 26 dias (Tabela 1).

### 2. Instrumentos e medidas

Foram utilizados os seguintes materiais: 1) SCID/Não Paciente - Entrevista Clínica Estruturada para DSMIII - R;<sup>9</sup> 2) IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado<sup>10</sup> incluindo as duas subescalas: Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço. Na subescala de ansiedade-estado, foi solicitado às mães que pensassem na situação do nascimento prematuro do(a) filho(a) na primeira avaliação e na situação após a alta hospitalar do bebê durante a segunda avaliação; 3) BDI - Inventário de Depressão de Beck.<sup>11</sup>

### 3. Procedimento

Após a aprovação do Comitê de Ética e o consentimento dos participantes, foi aplicada a SCID/Não Paciente por uma única pesquisadora (3ª autora), a fim de excluir as mães com antecedentes psiquiátricos. Em seguida, foi realizada a primeira avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão, durante o período de internação do bebê, através do IDATE e BDI. Após a alta hospitalar do bebê, foi realizada a reavaliação das mães. Os testes foram aplicados de forma alternada nas respectivas avaliações. As avaliações foram realizadas pela primeira autora. A fim de avaliar as características da amostra foram realizadas consultas aos prontuários médicos.

Os instrumentos de avaliação foram corrigidos de acordo com as normas dos testes e procedeu-se à identificação de escores relativos a sintomas clínicos de ansiedade, disforia e depressão. No IDATE, utilizou-se o critério de corte de escore igual ou acima do percentil 75. No BDI, por sua vez, foram utilizados os critérios sugeridos para pacientes não-diagnosticados, ou seja, disforia >15 e depressão >20.<sup>12</sup>

Primeiramente, verificou-se a distribuição das mães de acordo com escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade, disforia e depressão, quantificando-se o número de mães que apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos em uma ou mais

**Tabela 1 – Características das mães e dos recém-nascidos**

| Variáveis  | Valores      |
|--|--------------|
| <b>Variáveis maternas</b>                                    |              |
| Idade em anos – mediana (amplitude de variação)              | 23 (14 – 43) |
| Nível de escolaridade – frequência (porcentagem)             |              |
| 1ª a 4ª série (Ensino Fundamental)                           | 7 (16%)      |
| 5ª a 8ª série (Ensino Fundamental)                           | 15 (35%)     |
| Ensino Médio incompleto                                      | 9 (21%)      |
| Ensino Médio completo  | 11 (26%)     |
| Ensino Superior incompleto                                   | 1 (2%)       |
| Ocupação – frequência (porcentagem)                          |              |
| Estudante  | 5 (12%)      |
| Do lar   | 22 (51%)     |
| Não-qualificada*   | 7 (16%)      |
| Qualificação inferior*                                       | 6 (14%)      |
| Qualificação média*  | 3 (7%)       |
| Primigesta – frequência (porcentagem)                        | 28 (65%)     |
| <b>Variáveis do recém-nascido</b>                            |              |
| Idade gestacional em semanas – média (desvio-padrão)         | 28 (± 2,86)  |
| Apgar do 5º minuto – média (desvio-padrão)                   | 9 (± 1,36)   |
| Tempo de permanência na UTIN em dias – média (desvio-padrão) | 26 (± 24,14) |

\* Classificação segundo Soares e Fernandes:<sup>8</sup> Não-qualificada: Nível mínimo de instrução desnecessário e nível de remuneração do salário mínimo; Qualificação inferior: Nível mínimo de instrução (antigo primário), esforço braçal não exigido e algum treinamento profissional específico; Qualificação média: Nível de instrução formal de Ensino Fundamental (antigo 1º grau) completo e algum estudo adicional, ausência de esforço braçal e status mais elevado do que as formas anteriores.

escalas de avaliação. Em seguida, verificou-se a distribuição das mães quanto aos escores indicativos de sintomas clínicos considerando-se especificamente cada escala específica (Ansiedade-estado, Ansiedade-traço e Disforia/Depressão). Os resultados obtidos nas duas avaliações (durante a internação do bebê na UTIN e após a sua alta hospitalar) foram comparados através do teste Mc Nemar para amostras pareadas.

Foram calculadas correlações de Spearman entre as pontuações obtidas no IDATE e no BDI, respectivamente, e as variáveis maternas (idade, escolaridade e número de filhos) e variáveis do bebê (idade gestacional, tempo de internação na UTI Neonatal e escore de Apgar do 5º minuto).

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o SPSS 10.1 e estabeleceu-se o nível de significância de 0,05 ( $=5\%$ ).

### Resultados

Na primeira avaliação, 44% das mães apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos no que se refere à ansiedade, disforia ou depressão; sendo que 23% das mães apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos em apenas uma das escalas e 21% em mais de uma escala.

Na segunda avaliação, após a alta hospitalar do bebê, houve redução significativa do número de mães que apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos em pelo menos uma das escalas aplicadas, em comparação com a primeira avaliação realizada no período de internação do bebê (de 44% para 26%;  $p \leq 0,008$ ).

A Tabela 2 apresenta a distribuição das mães quanto aos escores indicativos de sintomas clínicos apresentados nas escalas específicas de ansiedade-estado, ansiedade-traço e disforia/depressão, encontrados nos dois momentos de avaliação.

Verificou-se uma redução significativa do número de mães que apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade-estado da primeira para a segunda avaliação, realizada após a alta hospitalar do bebê. No entanto, não houve diferença significativa entre as duas avaliações quanto aos escores nas escalas de ansiedade-traço e de disforia/depressão.

A fim de verificar possíveis influências de variáveis intervenientes nos resultados, foram realizadas correlações entre as pontuações nas duas subescalas do IDATE e no BDI e as variáveis maternas (idade, escolaridade e número de filhos) e variáveis do bebê (idade gestacional, tempo de internação na UTI Neonatal e Apgar do 5º minuto), respectivamente. Não foram detectadas correlações significativas entre os escores de ansiedade e depressão e as diferentes variáveis analisadas.

### Discussão

Durante a internação do bebê na UTIN, 44% das mães apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão, sugestivos de problemas emocionais que demandam cuidados dispensados a essa clientela na área de Saúde Mental. Esse dado é similar ao encontrado na literatura.<sup>4-5</sup> Os escores indicativos de sintomas clínicos ocorreram tanto de forma isolada (escore indicativo de sintomas clínicos em apenas uma das escalas), em 23% das mães, quanto de forma combinada (escores indicativos de sintomas clínicos em mais de uma escala), em 21% das mães. O escore indicativo de ansiedade do tipo estado em nível clínico foi predominante nas mães entre aqueles avaliados durante o período de internação do bebê na UTIN.

Após a alta hospitalar dos bebês, houve uma redução significativa do número de mães que apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão. Considerando-se os escores maternos indicativos de sintomas clínicos em cada uma das escalas especificamente, houve uma redução significativa da ansiedade-estado da primeira para segunda avaliação. Em um estudo<sup>6</sup> realizado com pais de bebês prematuros com broncodisplasia foi observado que os níveis de ansiedade do tipo estado diminuíram significativamente após a alta hospitalar do bebê, o que corrobora os achados do presente estudo.

Não foram encontradas correlações significativas entre os escores nas escalas de ansiedade e depressão e variáveis maternas do tipo idade, nível de escolaridade e número de filhos e variáveis dos bebês do tipo idade gestacional, tempo de internação na UTIN e Apgar do 5º minuto. Nesse sentido, a diminuição significativa do número de mães que apresentaram escores indicativos de ansiedade-estado em nível clínico após a alta hospitalar, parece estar mais relacionada com a diminuição da preocupação relativa à sobrevivência do bebê do que com características da mãe e do bebê ou do contexto de internação. A ansiedade do tipo estado experimentada pelas mães do presente estudo parece estar, portanto, vinculada a um estado emocional transitório marcado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão reativos à situação de internação do bebê na UTIN.

Ao mesmo tempo, verificou-se que não houve diferença significativa no número de mães que apresentaram escores indicativos de ansiedade do tipo traço em nível clínico, da primeira para a segunda avaliação. Os sintomas de ansiedade do tipo traço dizem respeito a diferenças individuais, traços relativamente estáveis da personalidade, na tendência a reagir com elevação no estado de ansiedade diante de situações percebidas pelo indivíduo como

**Tabela 2 – Sintomas clínicos de ansiedade (estado /traço), disforia ou depressão materna, avaliados durante a internação hospitalar do bebê (1ª avaliação) e após a alta hospitalar (2ª avaliação): frequência e porcentagem de mães (n=43)**

| Sintomas clínicos maternos | 1º avaliação         |       | 2º avaliação           |       | Valor de p |
|----------------------------|----------------------|-------|------------------------|-------|------------|
|                            | Durante a internação |       | Após a alta hospitalar |       |            |
|                            | (n = 43)             |       | (n = 43)               |       |            |
|                            | f                    | (%)   | f                      | (%)   |            |
| Ansiedade - Estado         | 15                   | (35%) | 5                      | (12%) | 0,006*     |
| Ansiedade - Traço          | 7                    | (16%) | 8                      | (19%) | 1,000      |
| Disforia ou Depressão      | 11                   | (26%) | 9                      | (21%) | 0,625      |

\*  $p \leq 0,05$

ameaçadoras.<sup>10</sup> Considerando-se, portanto, o construto de ansiedade-traço, era esperado que os escores na subescala Ansiedade-Traço não sofressem alterações significativas ao longo do tempo. Porém, não se pode descartar o fato de que essas mães constituem-se em um grupo de risco, na medida em que apresentam maior propensão a reagir de maneira ansiosa frente às situações estressantes, tal como a representada pela internação do bebê.

Não houve diferença significativa do número de mães que apresentaram escores indicativos de disforia ou depressão em nível clínico da primeira para a segunda avaliação. A melhora clínica do bebê e sua conseqüente alta hospitalar parecem não ter proporcionado um alívio desses sintomas clínicos em 21% das mães. Estas necessitam de suporte psicológico para o enfrentamento adaptativo da situação de internação do bebê na UTIN, assim como para prevenir problemas futuros na interação mãe e criança, como apontado por Feldman et al.<sup>7</sup>

### Conclusão

Os achados do presente estudo reforçam a importância de se avaliar e fornecer suporte aos sentimentos maternos, no percurso entre o nascimento do bebê pré-termo e a alta hospitalar. A avaliação clínica possibilita a identificação de mães com maior dificuldade no enfrentamento adaptativo da situação de estresse psicológico, possibilitando assim o planejamento e execução de adequada intervenção psicológica preventiva.

Investigações futuras podem ser orientadas para atender a algumas questões de pesquisa, como, por exemplo, verificar a influência do apoio psicológico recebido pelas mães na UTIN, comparar os achados de mães de prematuros com os de mães de bebês a termo e avaliar os efeitos dos sintomas clínicos de ansiedade, disforia e depressão, em médio prazo, na trajetória de desenvolvimento do bebê prematuro.

**Financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (Processo nº 02/14188-7) / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) 3506557/91-2 nr. / Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP-USP (FAEPA-HCFMRP).

Recebido em 02.04.2003

Aceito em 23.12.2003

### Referências

1. Linhares MBM, Carvalho AEV, Bordin MBM, Chimello JT, Martinez FE, Jorge SM. Prematuridade e muito baixo peso ao nascer como fator de risco ao desenvolvimento psicológico da criança. *Paidéia*. 2000;10(18):60-9.
2. Pinelli J. Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. *Neonatal Netw*. 2000;19(6):27-37.
3. Kennell JH, Klaus MH. Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In: Klaus MH, Kennell JH. *Pais / Bebês - a formação do apego*. Trad. Batista D. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 170-244.
4. Doering LV, Moser DK, Dracup K. Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. *Neonatal Netw*. 2000;19(5):15-23.
5. Zanardo V, Freato F. Home oxygen therapy in infants with bronchopulmonary dysplasia: assessment of parental anxiety. *Early Hum Dev*. 2001;65(1):39-46.
6. Wijnroks L. Maternal recollected anxiety and mother-infant interaction in preterm infants. *Infant Ment Health J*. 1999;20(4):393-409.
7. Feldman R, Weller A, Leckman JF, Kuint J, Eidelman AI. The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *J Child Psychol Psychiatr*. 1999;40(6):929-39.
8. Soares NE, Fernandes LM. A medida do nível socioeconômico-cultural. *Arq Bras Psicol*. 1989;41(2):35-43.

9. Del Ben CM. *Estudo da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico obtido através da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III-R (SCID) em serviço ambulatorial de um hospital escola (tese)*. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1995.

10. Biaggio A, Natalício L. *Inventário de ansiedade traço-estado - IDATE*. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.

11. Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

12. Gorenstein C, Andrade L. *Inventário de Depressão de Beck - Propriedades psicométricas da versão em português*. In: Gorenstein C, Andrade L, HSG, Zuairi AW. *Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial; 2000. p. 89-95.

### Correspondência

Maria Beatriz Martins Linhares  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
Universidade de São Paulo – Avenida 9 de Julho, 980  
14.025-000 Ribeirão Preto, SP  
Tel.: (16) 625-0309 / 625-0490  
Fax: (16) 625-0309 / 635-0713  
E-mail: linhares@fmrp.usp.br