DEPRESSÃO MATERNA

Depressão materna e ajustamento da criança na primeira infância

Susan B. Campbell, PhD

University of Pittsburgh, EUA

Fevereiro 2010

Introdução

Para promover o desenvolvimento pleno da criança pequena, é necessário que os pais sejam sensíveis e responsivos em seus cuidados. Durante os primeiros meses de vida, os pais atendem primariamente às necessidades básicas do bebê em relação à subsistência, proteção, conforto, interação social e estimulação. Mais tarde, quando a criança começa a andar e a falar, os pais devem também estabelecer limites adequados à idade em relação à exploração e, ao mesmo tempo, devem estimular o desenvolvimento cognitivo, social e de linguagem.[1] Os desafios das práticas parentais para crianças pequenas são enfrentados com sucesso quando a mãe recebe ajuda e apoio emocional adequados e quando ela própria é emocionalmente estável. No entanto, uma proporção relativamente grande de mulheres jovens em idade reprodutiva apresenta também sintomas depressivos suficientemente graves para comprometer sua capacidade de prover cuidados parentais satisfatórios.[2,3]

Do que se trata

A depressão, que se traduz por tristeza prolongada e sentimento de desesperança, está associada a práticas parentais menos engajadas, menos estimuladoras e menos proativas, e a uma variedade de problemas sociais e cognitivos nas crianças pequenas desde os primeiros meses de vida e ao longo dos anos pré-escolares.[4] Como as crianças pequenas são dependentes de suas mães para estimulação cognitiva e interação social, elas têm maior probabilidade de tornar-se vulneráveis aos impactos da depressão materna do que crianças em idade escolar ou adolescentes.

Problemas

Muitas mulheres podem apresentar melancolia pós-parto – *baby blues* – imediatamente após o nascimento do bebê, devido a mudanças hormonais ou físicas que acompanham a gestação, o trabalho de parto, o nascimento e o período imediatamente após o nascimento.[3] No entanto, para algumas mães, a depressão persiste além do período pós-parto, ou surge ao mesmo tempo em que a mãe começa a conhecer seu bebê. Episódios depressivos mais graves e prolongados, que ocorrem durante os primeiros anos de vida do bebê, são particularmente preocupantes, pois interferem nas práticas parentais.[2,3,4]

A depressão materna pode estar associada a um histórico de episódios depressivos anteriores, pobreza, ser mãe solteira, dificuldades conjugais ou declínio no apoio social.[4,5,6] Complicações durante a gestação ou no momento do parto, problemas de saúde do bebê ou irritabilidade e cólicas do mesmo podem também desencadear sintomas de depressão em mulheres vulneráveis.[6] Frequentemente, as crianças pequenas carregam o fardo da depressão materna e, quando esta vem associada a estresse conjugal e baixos níveis de apoio social, os efeitos sobre as crianças pequenas podem ser exacerbados. Além disso, alguns bebês e algumas crianças pequenas podem ser mais vulneráveis aos efeitos da depressão materna do que outras, dependendo de suas características de temperamento, de suas condições de saúde e da disponibilidade de um cuidador alternativo.[4,5]

Contexto de pesquisa

Inúmeros estudos acompanharam mães de crianças pequenas clinicamente avaliadas como depressivas, assim como grandes amostras de grupos de mães que relatam sintomas depressivos graves. Esses estudos longitudinais utilizaram entrevistas e relatos das mães para acompanhar a evolução da depressão materna. Foram utilizadas medidas observacionais de práticas parentais e

da interação mãe-criança para avaliar aspectos específicos de tais práticas e do relacionamento entre mãe e criança, assim como medidas de resultados que focalizaram o desenvolvimento socioemocional e cognitivo, a prontidão escolar e o ajustamento da criança de maneira geral.[4]

Questões-chave de pesquisa

As questões para novas pesquisas concentram-se na identificação de fatores que explicam a associação entre depressão materna e problemas de ajustamento da criança. Por exemplo, em que medida as dificuldades de ajustamento da criança são explicadas por fatores de risco biológico, comportamento parental da mãe, outros fatores familiares, ou uma combinação de todos esses fatores?[4,5]

Uma vez que nem todas as crianças cujas mães são depressivas apresentam problemas posteriores, as pesquisas devem examinar também fatores de risco e de proteção associados a diferentes padrões de desenvolvimento e de ajustamento da criança pequena.[4,5] Por exemplo, crianças cujas mães têm histórico familiar de depressão ou que apresentaram depressão antes ou durante a gravidez estão em risco particularmente alto de apresentar dificuldades de ajustamento? O momento em que a depressão surgiu faz diferença nos primeiros anos de vida da criança? Em famílias biparentais, um pai envolvido pode proteger a criança pequena dos possíveis efeitos negativos da depressão materna? Na ausência do apoio do pai, outro adulto pode prover esse apoio à mãe e ao bebê e, desse modo, reduzir os efeitos da depressão materna? Por que motivo algumas mães são capazes de mostrarem-se responsivas e sensíveis, apesar da depressão? Na presença de depressão materna, as características da depressão e do contexto familiar permitem a identificação de algumas crianças que correm maior risco de apresentar dificuldades de ajustamento do que outras.

As características da criança e da família podem também causar um efeito mútuo, facilitando ou dificultando o ajustamento. Por exemplo, alguns bebês irritáveis ou bebês com complicações de parto ou problemas de saúde neonatal podem ser mais vulneráveis ao impacto da depressão materna. E nesse caso, preocupações em relação a ter um bebê difícil ou doente podem afetar a disposição de ânimo da mãe, agravando tanto os sintomas maternos como as dificuldades do bebê, principalmente quando a mãe sente-se menos capaz de cuidar dele. Por outro lado, a mãe de um bebê fácil pode sentir-se melhor em relação a si própria e a seu sucesso como mãe e, quando dispõe de apoio social por parte do parceiro, pode oferecer cuidados sensíveis a seu bebê, apesar de seu estado depressivo. Essas questões sobre fatores de risco e de proteção têm

implicações também para as intervenções iniciais para mulheres com depressão e suas crianças pequenas, e para programas de prevenção que podem ser criados para mulheres mais suscetíveis a apresentar depressão durante os primeiros anos de vida de seu filho.[4,5,6,7]

Resultados de pesquisas recentes

As pesquisas indicam que mães com depressão, principalmente no caso de depressão crônica, são menos sensíveis em relação a seus bebês e suas crianças pequenas, brincam e falam com eles menos frequentemente, e estabelecem práticas disciplinares e limites menos apoiadores e menos adequados à idade do que mães não deprimidas.[4,8,9] Crianças cujas mães apresentam sintomas depressivos crônicos são mais propensas a desenvolver apego não seguro com elas, a mostrar níveis mais baixos de desenvolvimento cognitivo e de linguagem, a mostrar-se menos cooperativas e a ter maior dificuldade para controlar a raiva e agressividade.[8,9] Níveis mais baixos de sensibilidade e envolvimento das mães explicam algumas dessas constatações. No entanto, práticas parentais sensíveis podem ser protetoras quando as mães estão em depressão.[8,9] Quando a depressão ocorre simultaneamente a dificuldades financeiras e a eventos altamente estressantes, os efeitos sobre a criança podem ser mais graves e debilitadores.[8,10]

Lacunas de pesquisas

Já são bastante conhecidos os fatores de risco associados à depressão materna e às dificuldades de ajustamento da criança. São necessárias mais pesquisas para enfatizar abordagens psicossociais à prevenção da depressão em mulheres em situação de alto risco e às necessidades de tratamento para mães em depressão e suas famílias.[4,7,11] A maioria dos estudos sobre tratamento focalizou basicamente a depressão da mãe, baseando-se em medicamentos ou em psicoterapia individual,[12] e não em suas necessidades mais amplas, incluindo seu relacionamento com o bebê e o papel do pai – ou de outro adulto responsável – no provimento de apoio emocional e de ajuda prática para os cuidados infantis. Portanto, são necessários estudos naturalistas e de intervenção para fornecer diretrizes mais claras em relação aos fatores que protegem as mães contra a depressão e protegem a criança pequena contra os efeitos da depressão materna.

As abordagens de intervenção – como visitas domiciliares por enfermeiros, que foram utilizadas com sucesso em outros contextos de alto risco[13] – podem constituir uma intervenção eficaz para mulheres no período pós-parto. Mulheres com histórico anterior de depressão ou que estão enfrentando situações de estresse que podem ser atribuídos a fatores psicossociais ou

relacionados à saúde podem ser indicadas com prioridade para visitas domiciliares. Intervenções que focalizam tanto a depressão da mãe quanto o relacionamento entre a mãe e a criança[7] também podem ser importantes nos primeiros meses de vida do bebê e principalmente quando a criança dá seus primeiros passos, uma vez que nessa etapa torna-se mais desafiadora, à medida que desenvolve sua autonomia e sua identidade.

Conclusões

A depressão é bastante comum entre as gestantes e, quando é grave e prolongada, pode ter consequências sobre o relacionamento entre a mãe e o bebê, assim como sobre o desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança pequena. Normalmente, a depressão materna mais grave e crônica está associada a diversos outros fatores de risco, entre os quais: histórico familiar e pessoal de depressão; estresse relacionado à situação conjugal, financeira ou de outra origem; e problemas associados ao parto, à saúde do bebê ou ao seu desenvolvimento. No entanto, quando mães em depressão recebem apoio social adequado e conseguem dar atenção a seus bebês, estes podem ser protegidos contra os efeitos negativos da depressão materna.

Implicações para pais, serviços e políticas

Os formuladores de políticas e provedores de serviços que atuam na linha de frente, principalmente pediatras, enfermeiros e obstetras, devem estar cientes do impacto de depressões pós-parto e de outras formas de depressão em mães com crianças pequenas. Programas que ajudam mães e pais “de primeira viagem” a preparar-se para os cuidados parentais, principalmente com o primeiro filho, e que lhes fornecem apoio e estímulo, podem evitar o início da depressão ou reduzir seus sintomas. O envolvimento do pai certamente aumentou nos últimos 15 anos, mas, em algumas comunidades, ainda são necessários programas que estimulem o apoio paterno no envolvimento com os cuidados infantis e as práticas parentais. É necessário também tornar os programas de tratamento mais amplamente acessíveis – inclusive visitas domiciliares realizadas por enfermeiros e intervenções que visam não apenas à depressão materna, mas também à criança e à família. Ao mesmo tempo, as mães que vivenciam uma breve reação pós-parto, devem ser tranquilizadas e apoiadas, uma vez que, em sua maioria, os sintomas são temporários. Assim sendo, provedores de cuidados de saúde devem estar cientes da evolução dos sintomas iniciais de depressão materna e sugerir intervenções adequadas, sempre que necessário.

Referências

1. Campbell SB. *Behavior problems inpreschool children: Clinical and developmental issues*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
2. Kessler RC. The epidemiology of depression among women. In: Keyes CL, Goodman SH, eds. *Women and depression: A handbook for the social, behavior, and biomedical sciences*. New York: Cambridge University Press; 2006:22-37.
3. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996;8(1):37-54.
4. Goodman SH. Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007;3:107-135.
5. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106(3:458-490.
6. Howell EA, Mora PA, DiBonaventura MD, Leventhal H. Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health* 2009;12(2):113-120
7. Clark R, Tluczek A, Brown R. A mother-infant therapy group model for postpartum depression. *Infant Mental Health Journal* 2008;29(5):514-536.
8. NICHD Early Child Care Research Network. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child outcomes at 36 months. *Developmental Psychology* 1999;35(5):1297-1310.
9. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker SI, Mohan R, Blessing JS. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology* 2004;16(2):231-252.
10. Dawson G, Ashman SB, Panagiotides H, Hessl D, Self J, Yamada E, Embry L. Preschool outcomes of children of depressed mothers: Role of maternal behavior, contextual risk, and children's brain activity. *Child Development* 2003;74(4):1158-1175.
11. Goodman JH. Influence of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Mental Health Journal* 2008;29(6):624-643.
12. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical Practice: Postpartum depression. *New England Journal of Medicine* 2002;347(3):194-199.
13. Olds D, Henderson CR, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children* 1999;9(1):44-65.