

## DEPRESSÃO MATERNA

---

# Depressão perinatal e a criança: uma perspectiva desenvolvimentista

Sherryl H. Goodman, PhD Matthew H. Rouse, MA, MSW

Emory University, EUA

Fevereiro 2010

### Introdução

A depressão perinatal da mãe, definida como a depressão que ocorre durante a gestação ou no período pós-parto, é motivo de preocupação para todos aqueles que estão envolvidos com as famílias afetadas. Tal preocupação deriva da compreensão comum sobre o papel essencial que uma gestação saudável e cuidados responsivos e afetuosos da mãe desempenham no desenvolvimento fetal e do bebê, e de como a depressão pode interferir nesses processos. Novas pesquisas revelam os efeitos da depressão perinatal sobre o desenvolvimento psicológico de bebês e crianças pequenas cujas mães estão em depressão, e focalizam vulnerabilidades que facilitam o desenvolvimento futuro de psicopatologias e mecanismos similares. Embora ainda haja muitas questões a elucidar, é possível chegar a algumas conclusões acerca dos efeitos da depressão perinatal sobre o desenvolvimento da criança e suas implicações para pais, provedores de serviço e formuladores de políticas.

### Do que se trata

A depressão é comum, principalmente em mulheres. Durante a gravidez, taxas de episódios depressivos importantes – de acordo com a definição contida na quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (Manual de diagnóstico e estatísticas de distúrbios mentais) – variam de 10% a 17%,<sup>1-3</sup> com diferenças significativas entre as estimativas.<sup>4</sup> Além disso, os resultados de uma meta-análise estimam que 19,2% das mulheres apresentam depressão importante ou secundária após o parto, sendo que sintomas de depressão importante claramente definidos são registrados em 7,1% das primíparas.<sup>4</sup> As taxas de ocorrência de depressão pré-natal e depressão pós-parto são semelhantes, e não apresentam diferenças significativas em relação às taxas de ocorrência em mulheres que não estão grávidas e nem no período pós-parto. Por fim, tendo em vista que a depressão pré-natal é um dos preditores mais consistentes da depressão pós-parto,<sup>5</sup> muitas crianças são expostas à depressão durante o desenvolvimento fetal e após o nascimento.

## **Problemas**

Sob uma perspectiva desenvolvimentista, o período de exposição à depressão materna merece consideração importante, principalmente em relação aos riscos particulares para o desenvolvimento, à resiliência que as crianças podem vir a desenvolver e aos mecanismos por meio dos quais esses riscos podem ser transmitidos. É particularmente preocupante que os filhos de mães depressivas possam desenvolver muito cedo uma vulnerabilidade à depressão ou a outros problemas futuros. A depressão pré-natal pode não apenas alterar o desenvolvimento de sistemas biológicos do feto relacionados ao estresse, mas também aumentar o risco de complicações obstétricas.<sup>6</sup> A depressão pós-parto pode ser também um fator estressante no início da vida devido a associações já conhecidas com índices mais baixos de cuidados responsivos e sensíveis, necessários para que o bebê desenvolva relações saudáveis de apego, habilidades de regulação emocional, habilidades interpessoais e mecanismos de resposta ao estresse.<sup>7</sup> Fatores de estresse presentes no início da vida – tais como aqueles que podem estar associados à depressão materna – podem influenciar o desenvolvimento do cérebro, que ocorre em ritmo rápido por vários anos após o nascimento.<sup>8</sup> Problemas com qualquer um desses aspectos podem prejudicar os estágios iniciais do desenvolvimento socioemocional e cognitivo, predispondo o bebê ao desenvolvimento posterior de depressão e outros distúrbios.

## **Contexto de pesquisa**

As pesquisas sobre o desenvolvimento de crianças expostas à depressão perinatal surgem a partir de um conjunto de trabalhos que consideram o contexto mais amplo no qual a depressão perinatal está inserida, inclusive comorbidades (por exemplo, ansiedade e/ou abuso de substâncias tóxicas), problemas correlatos (por exemplo, conflitos conjugais) e o contexto mais amplo (por exemplo, fatores estressantes de ordem econômica).

### **Questões-chave de pesquisa**

Os pesquisadores centralizaram suas questões nos efeitos da depressão pré-natal ou da depressão pós-parto sobre o bebê e seu desenvolvimento posterior, sendo que poucos analisaram os efeitos combinados dos dois tipos de depressão. Entre as questões essenciais abordadas estão: (a) efeitos da exposição pré-natal, pós-parto ou dupla sobre o bebê e seu desenvolvimento posterior; (b) principais mecanismos ou mediadores que ajudam a explicar tais efeitos; (c) moderadores dessas associações, como o fato de que algumas crianças estão em situação de maior risco do que outras. O modelo integrativo de Goodman e Gotlib vem sendo utilizado como uma estrutura organizacional para grande parte desse trabalho.<sup>9</sup>

### **Resultado de pesquisas recentes**

Confirmando as teorias, foi constatado que a depressão pré-natal está associada com a regulação do comportamento neurológico de recém-nascidos, inclusive sua capacidade de prestar atenção a estímulos visuais e auditivos e seu estado geral de alerta, conforme avaliações feitas pela *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (Escala de Avaliação de Comportamento Neonatal).<sup>10,11</sup> Outros resultados adversos observados nos recém-nascidos avaliados são: níveis mais altos de nervosismo/choro e maior incidência de problemas relacionados ao sono<sup>12</sup> (que persistem dos 18 aos 30 meses de idade);<sup>13</sup> maior assimetria no traçado do eletroencefalograma (EEG) na região frontal;<sup>14</sup> níveis mais altos de cortisol e níveis mais baixos de dopamina,<sup>15</sup> e tom vagal mais baixo<sup>15</sup> – embora esta última associação não esteja mais presente após 24 semanas de vida.<sup>16</sup> Estudos sobre o temperamento do bebê constataram associações específicas entre depressão pré-natal no início da gestação e afetividade negativa.<sup>17</sup> Por fim, a depressão pré-natal está associada a maior incidência de problemas de externalização e internalização em meninos de 30 meses de idade,<sup>19</sup> e à maior incidência de problemas de externalização, mas não de internalização, em crianças de ambos os sexos dos 8 aos 9 anos de idade.<sup>18</sup> Embora muitas teorias elaboradas a partir de estudos com animais apoiem o papel do cortisol como mediador de associações entre depressão pré-natal e o desenvolvimento do bebê e da criança, essa relação tem sido inconsistente e basicamente

indireta. Em primeiro lugar, não foram constatadas associações entre depressão e cortisol durante a gestação em um estudo de coorte, e pode ser que tais constatações somente sejam significativas na presença de medicação antidepressiva<sup>21</sup> ou de ansiedade como fator de comorbidade.<sup>22</sup> Em segundo lugar, estudos que analisaram as associações diretas entre os níveis de cortisol da mãe e os resultados observados em bebês ou crianças, ou ainda o papel do cortisol no período pré-natal em associações entre depressão pré-natal e desenvolvimento apresentaram resultados imprecisos, e basearam-se normalmente em amostras pequenas.<sup>23</sup> A depressão pós-parto foi associada a uma série de problemas de desenvolvimento apresentados por bebês e crianças pequenas. Os resultados incluem temperamento negativo do bebê,<sup>24</sup> apego inseguro,<sup>25</sup> dificuldades de desenvolvimento cognitivo e de linguagem,<sup>26</sup> autoestima mais baixa e outras vulnerabilidades cognitivas relacionadas à depressão em crianças com 5 anos de idade,<sup>27</sup> além de relacionamentos menos robustos com seus pares na primeira infância.<sup>28</sup>

Os mecanismos básicos envolvidos nas associações entre depressão pós-parto e desenvolvimento de crianças pequenas dizem respeito a práticas parentais problemáticas e altos níveis de estresse – dois elementos fortemente relacionados à depressão em mulheres<sup>7,29</sup>. A depressão interfere na qualidade dos cuidados parentais sabidamente associados ao desenvolvimento saudável dos bebês e crianças pequenas, uma vez que pode levar a práticas parentais estressantes para a criança – por exemplo, atitudes de indiferença/não envolvimento, hostilidade/crítica ou imprevisibilidade. Cada vez mais, as práticas parentais e o estresse ou adversidades vêm sendo considerados mediadores das associações entre depressão pós-parto e problemas de desenvolvimento infantil.<sup>30</sup>

Tendo em vista que para muitas mulheres a depressão pré-natal é seguida pela depressão pós-parto, muitas crianças ficam duplamente expostas. Os poucos estudos que objetivam avaliar a possível carga adicional da depressão pós-parto sobre bebês que já mostram vulnerabilidades associadas à depressão pré-natal constataram que esta última previu de modo específico os resultados já descritos, mesmo após levar em consideração a depressão pós-parto.<sup>16,17</sup>

## **Lacunas de pesquisa**

Embora atualmente as pesquisas corroborem uma ampla gama de resultados associados à depressão perinatal, muitas questões permanecem sem resposta. São necessários estudos longitudinais para avaliar mecanismos específicos que possam explicar essas associações – tais como comportamento referente à saúde pré-natal (tabagismo, ingestão de álcool, uso de drogas,

baixo ganho de peso); restrição no fluxo sanguíneo útero-placentário; perfil de comportamento neurológico fetal (por exemplo, ritmo cardíaco); e resultados obstétricos (por exemplo, baixo peso ao nascer). Do mesmo modo, são necessários novos estudos para determinar, entre as crianças cujos pais apresentaram depressão perinatal, quais têm maior ou menor probabilidade de desenvolver problemas, seja por características dos pais (como a gravidade da depressão ou condições de comorbidade), por características das crianças (como gênero), ou por fatores contextuais (como pobreza). É igualmente importante estudar, como possíveis moderadores, os polimorfismos genéticos envolvidos na depressão. De modo geral, são necessários novos estudos sob uma perspectiva desenvolvimentista, que incluam medidas da depressão perinatal em diversos momentos e que avaliem processos transacionais – por exemplo, de que forma os fatores ligados à criança podem contribuir para o desenvolvimento e a manutenção do estado depressivo na mãe.

## **Conclusões**

A depressão perinatal está associada a problemas relacionados a muitos aspectos do funcionamento dos bebês e crianças pequenas, aumentando sua vulnerabilidade para o desenvolvimento posterior de depressão e outros distúrbios. Os problemas variam desde o funcionamento afetivo e interpessoal a análises de EEG e anomalias neuroendócrinas. Embora grande parte da literatura perinatal tenha focalizado a depressão pós-parto, estudos que também avaliam a depressão pré-natal sugerem que esta pode explicar parcialmente alguns efeitos anteriormente atribuídos à depressão pós-parto. A qualidade das práticas parentais e contextos estressantes constituem, no mínimo, mecanismos parciais que atuam na trajetória entre a depressão pós-parto e problemas de desenvolvimento da criança pequena. Ainda não é possível tirar conclusões sobre os mecanismos de associação entre depressão pré-natal e problemas apresentados por crianças pequenas. Processos transacionais ajudam a explicar a sequência de eventos negativos – tais como a mãe em depressão pré-natal que dá à luz um bebê nervoso que, por sua vez, representa um desafio para a mãe já vulnerável que, portanto, pode estar mais propensa à depressão pós-parto. Embora esse aspecto não tenha sido analisado neste artigo, a depressão – incluindo a depressão perinatal – é muitas vezes evitável e tratável.

## **Implicações para pais, serviços e políticas**

Os resultados apresentados têm implicações para os pais, pois podem ajudá-los a compreender que a depressão perinatal deve ser reconhecida, considerada com seriedade e tratada. Mulheres

com histórico de depressão podem beneficiar-se de intervenções preventivas ao engravidar ou ao planejar a gravidez, visando reduzir a probabilidade de uma depressão perinatal. Os membros da família podem ser úteis na identificação dos primeiros sinais de depressão perinatal, e podem ajudar a minimizar as barreiras que impedem os cuidados, inclusive barreiras práticas e relacionadas a crenças. Prestadores de serviços que trabalham com gestantes e mulheres no período pós-parto desempenham o papel importante de conseguir não só identificar a depressão perinatal, mas também – e igualmente importante – de viabilizar o tratamento imediato e eficaz. Há uma grande variedade de opções de tratamentos farmacológicos<sup>31</sup> e não farmacológicos.<sup>32</sup> Um relatório recente produzido pelo National Research Council (Conselho Nacional de Pesquisa) e pelo Institute of Medicine of the National Academies (Instituto de Medicina das Academias Nacionais) faz inúmeras recomendações aos formuladores de políticas.<sup>33</sup>

## Referências

1. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57(2):269-274.
2. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynaecology* 2000;21(2):93-97.
3. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal* 2001;323(7307):257-260.
4. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology* 2005;106(5 Pt 1):1071-1083.
5. O'Hara M, Gorman LL. Can postpartum depression be predicted? *Primary Psychiatry* 2004;11(3):42-47.
6. Kammerer M, Taylor A, Glover V. The HPA axis and perinatal depression: A hypothesis. *Archives of Women's Mental Health* 2006;9(4):187-196.
7. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2000;20(5):561-592.
8. Chugani HT, Phelps ME. Maturation changes in cerebral function in infants determined by 18FDG positron emission tomography. *Science* 1986;231(4740):840-843.
9. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106(3):458-490.
10. Brazelton TB. *Neonatal behavioral assessment scale*. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Co; 1984.
11. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M. Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behavior & Development* 2005;28(2):155-164.
12. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C. Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior & Development* 2007;30(1):127-133.
13. O'Connor TG, Caprariello P, Blackmore ER, Gregory AM, Glover V, Fleming P, ALSPAC Study Team. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Human Development* 2007;83(7):451-458.

14. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Vera Y, Gil K, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Garcia A.. Prenatal predictors of maternal and newborn EEG. *Infant Behavior and Development* 2004;27(4):533-536.
15. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior & Development* 2004;27(2):216-229.
16. DiPietro JA, Novak MF, Costigan KA, Atella LD, Reusing SP. Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development* 2006;77(3):573-587.
17. Davis EP, Glynn LM, Schetter CD, Hobel C, Chicz-Demet A, Sandman CA. Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2007;46(6):737-746.
18. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, Almqvist F. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(12):1367-1374.
19. Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R, Little C, Briggs-Gowan MJ. Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40(1):18-26.
20. Drewett R, Blair P, Emmett P, Emond A, ALSPAC Study Team. Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers depressed in the postnatal period: a population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004;45(2):359-366.
21. Shea AK, Streiner DL, Fleming A, Kamath MV, Broad K, Steiner M. The effect of depression, anxiety and early life trauma on the cortisol awakening response during pregnancy: Preliminary results. *Psychoneuroendocrinology* 2007;32(8-10):1013-1020.
22. Evans LM, Myers MM, Monk C. Pregnant women's cortisol is elevated with anxiety and depression - but only when comorbid. *Archives of Women's Mental Health* 2008;11(3):239-248.
23. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Cullen C, Schanberg S, Kuhn C. Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 2004;67(1):63-80.
24. Beck CT. A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nursing Research* 1996;45(4):225-230.
25. Martins C, Gaffan E. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000;41(6):737-746.
26. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child & Family Psychology Review* 2006;9(1):65-83.
27. Murray L, Woolgar M, Cooper P, Hipwell A. Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001;42(7):891-899.
28. Cummings EM, Keller PS, Davies PT. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005;46(5):479-489.
29. Hammen C. Context of stress in families of children with depressed parents. In: Goodman SH, Gotlib IH, eds. *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002:175-202.
30. Goodman SH, Brand SR. Maternal depression and infant mental health. In: Zeanah C, ed. *Handbook of Infant Mental Health*. 3<sup>rd</sup> Ed. New York, NY: Guilford; 2009.
31. Stowe Z. Psychiatric disorders in pregnancy: Foreword. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2009;52(3):423-424.

32. Dimidjian SP, Goodman SP. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 2009;52(3):498-515.
33. National Research Council (U.S.). Committee on Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children. *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention*. Washington, DC : National Academies Press; 2009.