

O impacto da depressão materna nas interações iniciais

Evanisa Helena Maio de Brum

Lígia Schermann

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

RESUMO

O presente estudo objetiva examinar questões teóricas a respeito da depressão materna, em particular o impacto da depressão materna nas interações iniciais para o desenvolvimento infantil. A revisão de literatura realizada revela que a depressão materna afeta o desenvolvimento infantil, os estudos apontam para a ocorrência de distúrbios comportamentais, afetivos, cognitivos e sociais, bem como alterações da atividade cerebral. Salienta-se algumas formas de intervenção precoce para diminuir a probabilidade de consequências adversas para o desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Depressão materna; interação mãe-bebê; desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

Impact of mother depression on early interactions

The present study aims to look at theoretical questions pertaining to mother depression, particularly, the impact of mother depression on early interactions for child development. The literature review shows that mother depression affects child development; the studies point out to the occurrence of behavioral, affective, cognitive and social disorders, as well as alterations in the brain activity. Some forms of early intervention are underscored in order to avoid the probability of adverse consequences for child development.

Key words: Mother depression; mother-infant interaction; child development.

INTRODUÇÃO

A depressão é considerada, atualmente, a quinta causa de morbidade entre todas as doenças no mundo, de acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). Se as tendências atuais da transição demográfica e epidemiológica mantiverem-se, a depressão passará a ocupar o segundo lugar nesta lista no ano de 2020. Na faixa etária de 15 a 44 anos, a depressão já configura como a segunda causa de morbidade e, ao classificarmos os episódios depressivos por gênero, encontramos a prevalência pontual de 1,9% nos homens e 3,2% nas mulheres (OMS, 2001).

Sobre a maior prevalência de depressão na população feminina, encontramos explicações genéticas e biológicas, amplamente reconhecidas e comprovadas, como as variações de estado de ânimo durante o ciclo menstrual e o puerpério, as quais são associadas às mudanças hormonais que ocorrem nestes períodos. Somam-se a isso os dados sobre a maior prevalência de depressão entre 15 e 44 anos, período que engloba os anos de fecundidade da mulher (OMS, 2001). Quanto aos diagnósticos referentes ao puerpério, encontramos

que, no Brasil, 50% a 80% das mães sofrem do *baby blues*, 0,1% a 0,2% de psicose puerperal e 10% a 15% apresentam o quadro de depressão materna pós-parto (Andrade, 2002; Catão, 2002; Ministério da Saúde, 1999; Schermann e Alfaya, 2000). Porém, salientamos que, Moraes et. al. (2006) ao investigarem a depressão materna pós-parto em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, encontraram a prevalência de 19,1%.

O *baby blues* é um distúrbio transitório de humor que se exterioriza no decorrer dos primeiros dias após o parto (Golse, 2002). Em condições favoráveis, não ultrapassa 10 dias, podendo, em outras condições, estender-se a três semanas após o parto (Schermann e Alfaya, 2000). Os sintomas descritos são: choro, confusão, humor lábil, ansiedade e humor deprimido (O'Hara, 1997). Alguns autores afirmam que estas reações, geralmente, resolvem-se espontaneamente entre o terceiro e o sexto mês sem qualquer intervenção terapêutica, mas advertem que, se o *baby blues* persistir por mais de três semanas, é conveniente realizar uma avaliação junto à equipe de saúde (Schermann e Alfaya, 2000).

Das mulheres que viveram um *baby blues*, entre 15% a 20%, desenvolverão em seguida a depressão materna propriamente dita, a qual pode estabelecer-se com uma intensidade leve, moderada ou severa (Catão, 2002). Inicia, nos primeiros meses depois do parto, podendo persistir por mais de um ano, os sintomas são episódio depressivo e não psicótico, humor disfórico associado a outros sintomas, como distúrbio de sono, apetite, alterações psicomotoras, fadiga, culpa excessiva e pensamentos suicidas (Schermann e Alfaya, 2000). Golse (2002), revisando os fatores considerados de risco para o surgimento da depressão pós-parto, cita: os antecedentes psiquiátricos da mulher, a existência de episódios depressivos anteriores, a qualidade do funcionamento do casal parental, a ambivalência dos futuros pais durante a gravidez, a existência ou não de rede de apoio e os eventos estressantes, incluindo o plano financeiro. O'Hara (1997) descreve os mesmos fatores acrescentando as alterações hormonais e os fatores obstétricos e ginecológicos (como complicações durante a gestação e o parto). Moraes et al. (2006) encontraram em seu estudo dois fatores de risco associados ao desenvolvimento de depressão materna: baixas condições sócioeconômicas e não aceitação da gravidez.

Já as psicoses puerperais ocorrem habitualmente no mês que segue ao parto, dando lugar a sintomas de ordem psicótica, os quais, de acordo com Golse (2002), podem organizar-se segundo um eixo esquizofrênico, melancólico ou bipolar. Os sintomas descritos são: ilusão, alucinação e grave deterioração do funcionamento mental (O'Hara, 1997).

Portanto, dentro desta perspectiva, existe uma preocupação com a saúde física e mental da puérpera. Porém, frente à descoberta de um bebê ativo, equipado com capacidades para interagir e se comunicar os pesquisadores e profissionais de saúde passaram a estender sua preocupação aos efeitos da depressão materna em nível da interação mãe-bebê. O impacto da depressão materna no desenvolvimento infantil tem sido amplamente investigado nas últimas décadas, pois há evidências de que o estado depressivo materno pode repercutir de forma negativa no desenvolvimento infantil (Alfaya e Schermann, 2001; Brazelton e Cramer, 1992; Dawson, Klinger e Penagiotides, 1992; Dawson et al., 1999; Dawson, Ashman e Carver, 2000; Field, 1988; Field, 1997; Frizzo e Piccinini, 2005; Goodman et al., 1993; Radke-Yarrow, 1998; Schwengber e Piccinini, 2003 e 2004), especificamente, no estabelecimento de um vínculo afetivo seguro entre mãe e filho, o qual se propagará nas futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança ao longo de sua vida (Schermann e Alfaya, 2000).

A descoberta deste bebê competente somada ao reconhecimento da depressão materna como fator de risco têm gerado inúmeras pesquisas sobre o impacto da depressão materna no desenvolvimento infantil.

O que sabemos sobre o impacto da depressão materna no desenvolvimento infantil?

Os pesquisadores do desenvolvimento infantil têm grande interesse no tema da interação mãe-bebê. As pesquisas enfatizam o desenvolvimento infantil como o resultado de uma interação genética-ambiental, com contribuições tanto da criança quanto dos seus cuidadores (ambiente) para o desenvolvimento (Radke-Yarrow, 1998). Dentro da perspectiva da influência ambiental, o interesse pelo tema do desenvolvimento infantil, no contexto da depressão materna, tem gerado um bom número de investigações e os resultados destes estudos revelam que o comportamento de mães deprimidas tende a influenciar o desenvolvimento de psicopatologias em seus filhos, ou seja, a depressão materna pode afetar profunda e amplamente a vida das crianças, influenciando notavelmente na natureza, frequência e recorrência de desordens infantis e gerando conseqüências adversas através da infância até o limiar da idade adulta (Radke-Yarrow, 1998).

As crianças de mães deprimidas apresentam maior risco para terem desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais (Field, 1997; Hay, 1997; Murray e Cooper, 1997; Radke-Yarrow, 1998), auto-imagem negativa, distúrbios do apego (Radke-Yarrow et al., 1995), maior incidência de diagnóstico psiquiátrico (Radke-Yarrow, 1998), e de afeto negativo (Schwengber e Piccinini, 2004), bem como maior risco para apresentarem alterações da atividade cerebral (Dawson et al., 2000; Motta, Lucion e Manfro, 2005).

Estes resultados adversos sobre o desenvolvimento infantil ocorrem na medida em que o estado depressivo da mãe faz com que ela apresente mais dificuldades de se conectar com seu bebê, seja menos sensível¹ aos sinais de seu filho (Field, 1997; Dawson et al., 1999 e 2000; Radke-Yarrow, 1998; Schwengber e Piccinini, 2004), com deterioração da capacidade de maternagem, expresse atitudes negativas e desatentas, mostre-se indisponível psicologicamente, irritável, triste, ansiosa, com dificuldades em práticas disciplinares e no manejo com a criança, além de se perceber incompetente como mãe e ter uma avaliação negativa de sua criança (Radke-Yarrow, 1998). Nesse sentido, Medeiros e Furtado (2004) encontraram que a depressão influencia a mãe na capacidade de amamentar ($p < 0,05$) e nos cuidados com a saúde do bebê ($p < 0,05$); e, Carvalhares e Benício (2002) encontra-

ram a depressão materna como um dos fatores de risco para desnutrição infantil ($p < 0,05$).

Mães deprimidas tendem a apresentar menos capacidade de interagir com a criança de forma adaptativa, menos capacidade de responder de forma continente e direta aos sinais da criança e estabelecem menos contato físico com sua criança quando comparadas com mães não deprimidas (Dawson et al., 2000). 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 retraimento (Field, 1997).

Nesse sentido, o estudo qualitativo realizado por Schwengber e Piccinini (2004) com 26 díades mães-bebê (11 díades com indicadores de depressão e 15 díades sem indicadores de depressão) corrobora aos achados de Field (1997) acima citados somente no que se refere a presença de comportamentos de retraimento e apatia nas mães com indicadores de depressão. Portanto, salientamos que o comportamento de intrusividade materno não foi encontrado durante as interações dessas díades. Essas mães também apresentaram menos comportamentos facilitadores para que o bebê explorasse os brinquedos durante o jogo livre e menos ternura e afeição; enquanto seus filhos apresentaram mais afeto negativo.

Em estudo posterior os mesmos pesquisadores (Schwengber e Piccinini, 2005) investigaram igualmente díades com indicadores de depressão ($N = 9$) e sem indicadores de depressão ($N = 9$) no final do primeiro ano de vida do bebê. A análise de conteúdo das entrevistas sobre o desenvolvimento do bebê e sobre a experiência da maternidade mostrou que mães com indicadores de depressão relataram mais insatisfação com o desenvolvimento do bebê, com o desempenho do papel materno e com o apoio recebido do companheiro e de outras pessoas, maior nível de estresse pela separação dos filhos em função do trabalho, pela ocorrência de conflitos familiares e conjugais, por dificuldades no manejo com o bebê e por dificuldades financeiras.

O estudo de Dawson et al. (1999) igualmente evidencia esta relação entre depressão materna e insensibilidade materna, incluindo a alteração da atividade elétrica cerebral no bebê. Os pesquisadores estudaram 99 mães (a amostra consistia basicamente de mães adultas, a maioria casada e de classe média, com patologias mentais sérias) divididas em dois grupos: deprimidas ($N = 59$) e não deprimidas ($N = 40$), com filhos de 13 a 15 meses de idade. Encontraram que as mães deprimidas mostravam-se menos sensíveis aos sinais de seus filhos ($p < 0,1$). O grau de insensibilidade materna encontrado foi relacionado

com a redução de atividade elétrica cerebral frontal esquerda (região associada com expressão de afetos positivos) nas crianças de mães deprimidas, quando comparadas às crianças de mães não deprimidas. A atividade cerebral foi avaliada, através de eletroencefalograma, em cinco situações diferentes e a redução da atividade cerebral generalizava-se mesmo quando as crianças estavam na presença de adultos não deprimidos e em situações de interação positiva.

Em um estudo anterior, Dawson et al. (1992) também encontraram redução de atividade elétrica cerebral frontal esquerda nas crianças de 11 a 17 meses de idade de mães deprimidas ($N = 13$) quando comparadas com as de mães não deprimidas ($N = 14$). Neste estudo, a amostra caracterizava-se por mães adolescentes, a maioria solteira, de baixa renda e com uma amplitude de dificuldades emocionais.

O estudo realizado por Field et al. (1988) também aponta para alterações afetivas e comportamentais em mães deprimidas na interação com seus filhos e sua relação com conseqüências adversas no desenvolvimento dessas crianças. A pesquisa foi realizada com 74 mães, das quais, 40 foram classificadas como deprimidas e 34 como não deprimidas. Os pesquisadores encontraram que as mães do primeiro grupo mostraram menos afeto positivo e mais afeto negativo quando interagiam com suas crianças e respondiam de forma menos contingente aos sinais de seus filhos. E, por sua vez, as crianças de mães deprimidas (de 3 a 6 meses de idade) mostraram comportamento deprimido (menos afeto positivo e baixo nível de atividade) tanto durante a interação com suas mães quanto com adultos não deprimidos.

Portanto, os dois estudos citados (Dawson et al., 1999 e Field et al., 1988) apontam para o impacto da depressão materna no desenvolvimento infantil, onde o padrão de interação com a mãe deprimida é internalizado pela criança e generaliza-se mesmo para situações positivas.

A pesquisa realizada por Radke-Yarrow (1998) configurou-se em um estudo prospectivo, longitudinal, no qual crianças de mães com depressão unipolar ($N = 42$), depressão bipolar ($N = 26$) e sem diagnóstico psiquiátrico ($N = 30$) foram seguidas da infância precoce até o limiar da vida adulta. A amostra foi composta de famílias com dois filhos, o primeiro com idade entre 1 ano e meio e 3 anos e meio (filho mais jovem) e o segundo filho entre 5 e 8 anos (filho mais velho). O foco do estudo foi acompanhar o curso do desenvolvimento destas crianças e os fatores que influenciaram seu desenvolvimento, especificamente, entender o desenvolvimento destas crianças no contexto da depressão materna. A avaliação do funcionamento das crianças ocorreu em quatro períodos ao

longo do desenvolvimento e incluiu dimensões do comportamento auto-regulatório, expressão de afetos, funcionamento cognitivo e relacionamentos interpessoais. A avaliação da família e dos pais também foi realizada em variadas dimensões: características pessoais e interpessoais, afetos, comunicação e autocontrole. As fontes dos dados coletados foram: observações do comportamento, entrevistas e testes.

Na primeira avaliação realizada de 1 ano e meio a 3 anos e meio, as crianças de mães unipolar aparecem com mais problemas que as crianças de mães bipolar e de mães sem diagnóstico psiquiátrico, quando avaliadas quanto ao comportamento disruptivo ($p < 0,001$ para os filhos mais velhos de mães deprimidas e $p < 0,09$ para os filhos mais jovens de mães deprimidas), ansiedade ($p < 0,05$ tanto para os filhos jovens quanto para os mais velhos de mães deprimidas) e depressão. Estas crianças apresentaram maior incidência de depressão ($p < 0,005$), mais dificuldades de relacionamento ($p < 0,001$) e deterioração comportamental e acadêmica ($p < 0,001$) quando comparadas às crianças de mães sem diagnóstico psiquiátrico.

Nas crianças de mães com depressão unipolar, a existência de relacionamentos suportivos com outras pessoas e a qualidade individual do bebê foram encontrados como fatores de proteção para o desenvolvimento. Quanto à existência de suporte, 73% dos filhos mais jovens e 65% dos filhos mais velhos sem diagnóstico psiquiátrico possuíam relacionamentos suportivos com outras pessoas; 56% dos filhos mais jovens e 36% dos filhos mais velhos com diagnóstico psiquiátrico, mas funcionando bem quanto a relacionamento com pares, autoconceito e performance escolar também possuíam relacionamentos suportivos e apenas 17% dos filhos mais jovens e 17% dos filhos mais velhos das crianças com diagnóstico psiquiátrico e funcionando pobremente quanto a relacionamento com pares, autoconceito e performance escolar possuíam relacionamentos suportivos (Radke-Yarrow, 1998).

Na avaliação final deste estudo, realizado por Radke-Yarrow (1998), encontrou-se que algumas crianças de mães deprimidas não apresentavam diagnósticos ou dificuldades no relacionamento social, mas poucas não foram de alguma forma atingidas pela depressão materna. A análise revelou que crianças de mães com depressão unipolar (69%) e depressão bipolar (57,7%) mostraram altos índices de problemas: comportamento disruptivo, depressão e ansiedade. Nas crianças de mães deprimidas, problemas contínuos também estavam presentes, ou seja, a presença de problemas em pelo menos três das quatro avaliações realizadas no estudo. Estas crianças entraram na adolescência e na idade adulta tendo sérios e múltiplos diagnósticos (depressão, depressão com distúrbios de

externalização, depressão maior, episódios hipomaniacos, sinais de depressão bipolar, ansiedade), apresentavam pobres aquisições em áreas significativas de suas vidas e temiam o futuro. Algumas crianças muito deprimidas estavam funcionando com sucesso, mas, de forma geral, o estudo revela que o crescimento das crianças de mães deprimidas é custoso através de toda infância e adolescência até o limiar da idade adulta.

A revisão de artigos, realizada por Dawson et al. (2000) sobre os efeitos da depressão materna no desenvolvimento infantil, corrobora para os dados encontrados na pesquisa de Radke-Yarrow (1998). Os pesquisadores encontraram que: depressão materna apresenta efeitos a longo prazo no desenvolvimento infantil, crianças de mães deprimidas apresentam 29% de chance para desenvolver distúrbios emocionais e comportamentais quando comparadas com 8% de chance de crianças de mães medicamente doentes. Igualmente, o contato com mães deprimidas, no primeiro ano de vida, baixa a habilidade cognitiva da criança aos 4 anos de idade.

Murray et al. (1993) analisaram o discurso de mães com idade entre 20 e 40 anos, casadas, as quais foram designadas para um grupo controle de mães sem depressão ($N = 20$), um segundo grupo de mães com depressão que experimentaram depressão menor pós-parto ($N = 29$) e um terceiro grupo de mães com depressão maior ($N = 10$). O discurso materno foi analisado durante uma hora de jogo com suas crianças. Os resultados obtidos, a partir da análise multivariada, apontaram mais afeto negativo e um discurso menos focado nas crianças do grupo de mães deprimidas que apresentaram depressão pós-parto quando comparado aos dois outros grupos.

As evidências sobre o prejuízo da depressão materna para o desenvolvimento infantil são claras, porém algumas pesquisas como a de Hay e Pawlby (2003) trazem dados interessantes e de alguma forma contrários. Os pesquisadores realizaram um estudo com 149 famílias de Londres, a amostra foi formada quando as mães estavam grávidas e seguida até as crianças completarem 11 anos de idade, perfazendo um total de seis avaliações em distintos períodos do desenvolvimento. Entre outros resultados encontrados, os pesquisadores referem que a depressão materna não teve associação significativa com comportamento pró-social da criança e nem com preocupação com os membros da família, dados que os autores referem não serem os esperados, contrariando pesquisas anteriores em que esta associação havia sido encontrada e que a mesma forma de coleta de dados foi utilizada. Esta questão pode sugerir que houve diferenças na caracterização das amostras, ou que a avaliação ocorreu em diferentes pontos do ciclo vital, ou, ainda, evidenciar

a importância da análise multivariada para controlar fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento infantil.

A relação entre comportamento pró-social infantil, preocupação com os pais e depressão materna é abordada também na pesquisa de Radke-Yarrow (1998). O autor refere que as crianças de mães deprimidas que apresentaram o diagnóstico de depressão manifestaram uma forma particular de lidar com a doença de suas mães, forma que se caracterizava por preocupação com os pais e elevados esforços para serem bons filhos (69%). Estes dados corroboram para o conceito que Winnicott (1960) postulou sobre a existência de um falso *self* nas crianças de mães deprimidas. O autor refere que, ao olhar para a mãe, o bebê se vê refletido no rosto dela, como se fosse um espelho e que, frente à sua imagem refletida, o bebê sentiria algo como o descrito: “Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver” (Winnicott, 1971, p. 157).

Se o rosto da mãe não reage, o bebê tem a experiência de não receber de volta o que está dando. Olha e não se vê. Este é um fato que ocorre com as mães deprimidas por estarem temporariamente impossibilitadas de se conectarem com o mundo. Frente às adversidades da vida, esses bebês encontram outras vias para realizarem o processo de desenvolvimento a partir do ambiente. Neste sentido, Winnicott (1971) sugeriu, por exemplo, que, na ausência da reação materna, o bebê aprende, ao longo dos meses, a decifrar as várias feições da mãe numa tentativa de predizer seu humor, buscando, assim, comportar-se de acordo com o que decifra e afastando suas necessidades pessoais temporariamente (encobrendo defensivamente seu verdadeiro *self* e manifestando um falso *self* que corresponde ao prolongamento do desejo materno), o que, conforme o autor, pode levar a um desenvolvimento com dificuldades.

Já Goodman et al. (1993), em seus estudos com mães deprimidas, usaram a análise multivariada na tentativa de esclarecer os fatores de risco e de proteção associados à depressão materna, tais como estado civil dos pais, idade e sexo da criança, relacionamento com pais e pai com ou sem transtorno mental. Os pesquisadores também estudaram a relação entre depressão materna e competência emocional e social de crianças de 5 a 10 anos de idade. As mães deprimidas da amostra tiveram pelo menos um episódio de depressão maior unipolar durante o tempo de vida da criança (N = 60) e o grupo controle foi composto de 36 mães não deprimidas. Os autores encontraram as seguintes correlações significativas: 1) entre crianças de mães deprimidas e pais com psicopatologia, as quais mostraram-se menos competente social e emocionalmente

e, 2) entre crianças mais velhas de mães deprimidas divorciadas de pais sem transtorno psiquiátrico, as quais apresentaram alteração na capacidade de controle egóico e, 3) entre crianças mais velhas de mães deprimidas com pais portadores de transtorno mental, as quais apresentaram o escore mais baixo para resiliência, capacidade de externalização e internalização de comportamentos problemas quando comparadas àquelas dos pais sem transtorno mental.

Os estudos revelam de forma consistente associações entre depressão materna com desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, bem como com alterações da atividade cerebral na criança o que, por sua vez, está relacionado com a insensibilidade materna, mas evidenciam que certas circunstâncias de vida servem para minimizar ou exacerbar os efeitos da depressão materna na criança, como qualidade da relação com o marido, presença ou ausência de ansiedade, pai com ou sem diagnóstico psiquiátrico, existência ou não de suporte social e situação financeira, entre outros fatores possíveis. Dentro desta perspectiva, torna-se importante intervir precocemente para minimizar os danos causados pela depressão tanto na mãe quanto no bebê, fazendo da intervenção um fator de proteção.

Como intervir?

O fracasso das intervenções em saúde mental, que até então eram realizadas individualmente e principalmente em termos de tratamento (prevenção secundária), fazem com que as ações tenham que ser repensadas. Surge, então, a prevenção primária precoce e a promoção da saúde (Costello e Angold, 2000; Cowen e Durlak, 2000), as quais passam a ser consideradas mais custo-efetivas (Luthar e Cicchetti, 2000). Dentro desta concepção, o período neonatal e o pós-natal passam a ser considerados períodos sensíveis para o desenvolvimento e para a ocorrência de intervenções, as quais constam como prioridades nas recomendações políticas (Costello e Angold, 2000; Cowen e Durlak, 2000; Dawson et al., 2000).

Desta forma, a saúde psicológica precoce passa a ser a chave para um futuro desenvolvimento infantil saudável acompanhada de intervenções primárias precoces para populações de risco para o desenvolvimento, como, nos casos de crianças de mães deprimidas, as quais apresentam efeitos benéficos a longo prazo (Cowen e Durlak, 2000; Dawson et al., 2000). Dentro desta concepção, considera-se que muitos fatores modulam a formação da saúde psicológica precoce como a influência do ambiente, dos cuidados primários e do apego seguro para um adequado desenvolvimento infantil (Cowen e Durlak, 2000; Dawson et al., 2000; OMS, 2001), sendo este último um fator de proteção

para o desenvolvimento infantil (Dawson et al., 2000; Luthar e Cicchetti, 2000). Para tanto é necessário identificar os fatores de risco para resultados adversos, tal como a depressão materna, e desenvolver intervenções para impedir e/ou minimizar tais efeitos (Costello e Angold, 2000; Cowen e Durlak, 2000; Dawson et al., 2000; Luthar e Cicchetti, 2000; Macedo, 2002; OMS, 2001; WHO, 2000).

O estudo de coorte experimental realizado por Campbell e Ramey (1994) ilustra a importância de intervenções precoces e seus resultados a longo prazo. Os autores estudaram os efeitos de quatro intervenções para melhorar a aquisição acadêmica e intelectual de crianças de famílias de baixa renda, para os quais as crianças (N = 111) foram randomicamente designadas e, após, seguidas longitudinalmente. O resultado do estudo revela que a intervenção realizada no período mais precoce do desenvolvimento, com maior duração e intensidade, foi a mais efetiva, resultados que permaneceram na avaliação realizada sete anos após o fim da intervenção.

Outro estudo de intervenção realizado por Baydar, Reid e Webster-Stratton (2003) também revela resultados positivos com intervenções de prevenção. Os pesquisadores estudaram o papel dos fatores da saúde mental e do engajamento de mães relacionando-os com a efetividade de um programa preventivo de treinamento. A amostra foi composta por mães de crianças pré-escolares em desvantagem socioeconômica, divididas em grupo controle (N = 275) e grupo de intervenção (N = 607). Os treinamentos ocorreram em sessões semanais (8, 9 e 12 sessões), onde foram abordadas questões como habilidades direcionadas a criança, estratégias positivas de disciplina, habilidades consideradas efetivas para exercer a maternidade, estratégias para lidar com o estresse e formas de fortalecer as habilidades sociais e pró-sociais das crianças. Foi realizada uma avaliação pré e pós-intervenção das mães quanto a três domínios sobre sua maternidade: severidade, suporte e maternidade inconsistente. Houve associação significativa das mães que se engajaram no programa com melhoras na sua maternidade. Mães com fatores de risco para saúde mental (depressão, irritabilidade, história de abuso quando crianças, e abuso de substâncias) se engajaram tanto quanto as mães sem estes fatores de risco, e, em alguns casos, até mais. As mães com fatores de risco beneficiaram-se do programa em níveis comparáveis com as mães sem estes fatores de risco, melhorando nos três domínios avaliados. Quanto aos fatores de risco para maternidade, constatou-se que as mães com depressão e com história de abuso foram as que se beneficiaram menos do programa, mas as

diferenças apresentadas não foram significativas. O programa foi considerado de efetividade moderada, resultado que suporta fortemente o valor de programas de prevenção para pais de alto risco.

Além da importância de realizar intervenções precoces e de prevenção, os programas de intervenção com mães deprimidas têm focado o suporte emocional ou social. Na pesquisa de Dawson et al. (1999), as mães deprimidas revelaram ter menos suporte social e/ou estarem insatisfeitas com os que tinham ($P < 0,1$), quando comparadas às mães não deprimidas. Salientamos que esta questão também foi encontrada no estudo de Schwengber e Piccinini, (2005). Falta de suporte tem sido considerado um fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, e claro, sua presença, um fator de proteção, como refere Andrade (2002). Portanto, acredita-se que suporte social e emocional ajude as mães a superar momentos adversos (Stern, 1997; Winnicott, 1956). Para oferecer este suporte às mães, variadas formas de intervenção foram estruturadas e mostram-se efetivas, entre elas, encontramos as de treinamento e informação aos pais (Baydar et al., 2003; Wendland-Carro, Piccinini e Millar, 1999), grupo de mães (Jacobson e Frye, 1991), bem como a psicoterapia breve pais-bebê (Brazelton e Cramer, 1992; Field, 1997; Guedeney e Lebovici, 1999; Murray e Cooper, 1997; Stern, 1997).

Dentro da concepção de intervenção preventiva precoce, compreende-se a interação mãe-bebê dentro de um modelo bidirecional, ou seja, tanto o bebê quanto a mãe contribuem para a qualidade da interação (Schermann, 2001), e as dificuldades encontradas neste período devem ser entendidas dentro deste modelo bidirecional de relação (Brazelton e Cramer, 1992; Field, 1997; Guedeney e Lebovici, 1999; Murray e Cooper, 1997; Stern, 1997).

Guedeney e Lebovici (1999) apontam questões importantes a serem trabalhadas na psicoterapia mãe-bebê, como a necessidade das mães de refletirem sobre sua infância, representarem os conflitos e permanecerem em contato com o que viveram e com suas emoções. Para Brazelton e Cramer (1992), é importante trabalhar: o bebê da mãe, motivos pelos quais a mãe teve o bebê, significado do bebê, sentimentos em relação ao bebê, o que estava acontecendo na época em que o bebê nasceu, a escolha do nome, o que esperam do bebê, como a mãe era quando bebê, o bebê real e o bebê imaginário, o luto pelo bebê real. Os autores salientam que o objetivo de uma intervenção mãe-bebê ou pais-bebê é tratar os distúrbios do relacionamento a partir de modificações nas representações parentais (Brazelton e Cramer, 1992; Guedeney e Lebovici, 1999; Stern, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura realizada revela que a depressão materna afeta o desenvolvimento infantil. Os estudos apontam para a ocorrência de distúrbios comportamentais, afetivos, cognitivos e sociais, bem como alterações da atividade cerebral.

Neste sentido, destacamos que sem intervenções preventivas as crianças de risco, como as de mães deprimidas, ficam expostas a desenvolver sérios problemas. Nestes casos, as intervenções devem objetivar fatores de vulnerabilidade e ter um forte foco no desenvolvimento (Luthar e Cicchetti, 2000).

Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre a depressão materna e seu possível impacto no desenvolvimento infantil, diagnosticando e posteriormente encaminhando estas mães e seus bebês para profissionais de saúde mental, dirimindo, assim, a probabilidade de consequências adversas para o desenvolvimento da criança.

REFERÊNCIAS

- Ainsworth, M. D.; Blehar, M. C.; Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers Hillsdale.
- Alfaya, C. & Schermann, L. (2001). Depressão materna em mães de bebês recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. *Psico*, 32, 1, 115-129.
- Andrade, M. A. G. (2002). Considerações sobre o desenvolvimento psicoafetivo do bebê pré-termo. In Correia-Filho, L., & Corrê, M. E., França, P. S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 438-457). Brasília: LGE Editora.
- Baydar, N., Reid, M., & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for head start mothers. *Child Developmental*, 74, 5, 1433-1453.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Campbell, F., & Ramey, C. (1994). Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: a follow-up study of children from low-income families. *Child Development*, 65, 684-698.
- Carvalho, M., & Benício, M. (2002). Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Revista de Saúde Pública*, 36, 2, 188-197.
- Catão, I. (2002). A tristeza das mães e seus riscos para o bebê. In Correia-Filho, L., Corrê, M. E., & França, P. S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 221-231). Brasília: LGE Editora.
- Costello, E., & Angold, A. (2000). Developmental psychopathology and public health: Past, present and future. *Development and Psychopathology*, 12, 599-618.
- Cowen, E., & Durlak, J. (2000). Social policy and prevention in mental health. *Development and Psychopathology*, 12, 815-834.
- Dawson, G., Klinger, L., Penagiotides, H., Hill, D., & Spieker, S. (1992). Frontal lobe activity and affective behavior of infants of mothers with depressive symptoms. *Child Development*, 63, 725-737.
- Dawson, G., Karin, F., Penagiotides, H., Yamada, E., Hessel, D., & Osterling, J. (1999). Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal electrical brain activity during interactions with mother and with a familiar, nondepressed adult. *Child Development*, 70, 5, 1058-1066.
- Dawson, G., Ashman, S., & Carver, L. (2000). The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Development and Psychopathology*, 12, 695-712.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E., & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Field, T. The treatment of depressed mothers and their infants. (1997). In Murray, L., & Cooper, P. (Orgs.). *Postpartum depression and child development* (pp. 221-236). New York: Guilford.
- Frizzo, G., & Piccinini, C. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudos*, 10, 1, 47-55.
- Golse, B. (2002). Depressão do bebê, depressão da mãe: conceito de psiquiatria perinatal. In Correia-Filho, L., Corrê, M. E., & França, P. S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 232-248). Brasília: LGE Editora.
- Goodman, S., Brogan, D., Lynch, M., & Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Developmental*, 64, 516-531.
- Guedeney, A., & Lebovici, S. (1999). *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Hay, D. Postpartum depression and cognitive development. (1997). In Murray, L., & Cooper, P. (Orgs.). *Postpartum depression and child development* (pp. 85-110). New York: Guilford.
- Hay, D., & Pawlby, S. (2003). Prosocial development in relation to children's and mother's psychological problems. *Child Development*, 74, 5, 1314-1327.
- Jacobson, S. W., & Frye, K. F. (1991). Effect of maternal social support on attachment. Experimental evidence. *Child Development*, 62, 572-582.
- Luthar, S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Macedo, E. N. (2002). O surgimento e os caminhos da psicologia da saúde neonatal. In Correia-Filho, L., Corrê, M. E., & França, P. S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 458-478). Brasília: LGE Editora.
- Medeiros, P., & Furtado, E. (2004). Perfil dos cuidados maternos em mães deprimidas e não-deprimidas no período puerperal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 53, 4, 227-234.
- Ministério da Saúde. (1999). In www.datasus.gov.br.
- Moraes, I., Pinheiro, R., Silva, R., Horta, B., Souza, P., & Faria, A. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40, 1, 65-70.
- Motta, M., Lucion, A., & Manfro, G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria*, 27, 2, 165-176.
- Murray, L., Kempton, C., Woogar, M., & Hooper, R. (1993). Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 7, 1083-1101.

- Murray, L., & Cooper, P. (1997). The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions, and infant outcomes. In Murray, L., & Cooper, P. (Orgs.). *Postpartum depression and child development* (pp. 111-135). New York: Guilford.
- O'Hara, M. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In Murray, L., & Cooper, P. (Orgs.). *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31). New York: Guilford.
- OMS. (2001). *Salude mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Informe sobre la salud en el mundo Ginebra: OMS.
- Radke-Yarrow, M., Cummings, E., Kuczynski, L., & Chapman, M. (1995). Patterns of attachment in two and three years olds in normal families and families with parental depression. *Child Development, 56*, 884-893.
- Radke-Yarrow, M. (1998). *Children of depressed mothers: from early childhood to maturity*. New York: Cambridge University Press.
- Schermann, L. (2001). Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. *Temas de Psicologia da SBP, 9*, 1, 55-61.
- Schermann, L., & Alfaya, C. (2000). Depressão pós-parto: tendências atuais. *Revista de Medicina PUCRS, 10*, 2, 130-136.
- Schwengber, D., & Piccinini, C. (2003). O impacto da depressão pós-parto para interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia, 8*, 3, 403-411.
- Schwengber, D., & Piccinini, C. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*, 3, 233-240.
- Schwengber, D., & Piccinini, C. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia, 22*, 2, 143-156.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Wendland-Carro, J., Piccinini, C. A., & Millar, W. S. (1999). The role of an early intervencion on enhancing the quality of mother-infant interaction. *Child Development, 70*, 3, 713-721.
- Winnicott, D. (1956/1978). Preocupação Materno Primária. In _____. *Textos selecionados da pediatria à psicanálise* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.
- Winnicott, D. (1960/1982). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In _____. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. (1971/1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In _____. *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago.
- WHO. (2000). Setting the WHO agenda for mental health. *Bulletin of World Health Organization, 78*, 4, 500-514.

Recebido em: 15/04/2005. Aceito em: 10/08/2006.

Nota:

¹ Sensitividade materna é a capacidade da mãe de perceber, interpretar e responder adequadamente ao comportamento da criança (Ainsworth, Blehar e Waters, 1978).

Autores:

Evanisa Helena Maio de Brum – Mestre em Saúde Mental Coletiva, Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.

Lígia Schermann – Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Curso de Psicologia, Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.

Endereço para correspondência:

EVANISA BRUM
Rua João Abott, 451 sala 204 – Petrópolis
CEP: 90460-150, Porto Alegre, RS, Brasil
Fone: (0xx51)3333-7820 ou 9128-0886
E-mail: evanisa@brturbo.com.br