

# Associação entre sintomas de depressão pós-parto e qualidade da relação de apego mãe-bebê

## **AMANDA BERETTA ISCAIFE**

Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), São Paulo, SP, Brasil.

*E-mail:* amanda.iscaife@hotmail.com

## **DANIELLY ALVES VIEIRA**

Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), São Paulo, SP, Brasil.

*E-mail:* daniellyvieira1996@gmail.com

## **CRISTIANE SILVESTRE PAULA**

Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), São Paulo, SP, Brasil.

*E-mail:* csilvestrep09@gmail.com

## **ANA ALEXANDRA CALDAS OSÓRIO**

Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), São Paulo, SP, Brasil.

*E-mail:* ana.osorio@mackenzie.br

## **VERA LÚCIA ESTEVES MATEUS**

Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), São Paulo, SP, Brasil.

*E-mail:* vera.l.e.mateus@gmail.com

## **Resumo**

A literatura tem mostrado que a depressão pós-parto pode comprometer significativamente o desenvolvimento do vínculo afetivo precoce entre a mãe e o bebê. O presente trabalho teve como objetivo examinar a associação entre relato materno de sintomas de depressão pós-parto e a qualidade da relação de apego precoce entre a mãe e seu bebê. As participantes foram 23 mães com bebês de seis meses a um ano de idade. As mães preencheram um questionário sociodemográfico, a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo e a Escala de Ligação Materna Pós-natal. Foi observada uma correlação negativa estatisticamente significativa entre sintomas de depressão pós-parto e qualidade do vínculo emocional mãe-bebê ( $-0,68$ ;  $p < 0,001$ ). Mais especificamente, o estudo mostrou que mais sintomas de depressão pós-parto estavam associados à menor aceitação ( $-0,59$ ;  $p = 0.003$ )

Recebido em: 3.4.2020

Aprovado em: 23.4.2020

e tolerância ( $-0,44$ ;  $p = 0,035$ ) por parte da mãe em relação ao bebê e baixa sensação de competência ( $-0,59$ ;  $p = 0,003$ ). Os resultados são consistentes com a literatura que vem mostrando que mães deprimidas no período pós-parto podem ter mais dificuldades em estabelecer uma relação de apego de elevada qualidade com seus bebês.

### Palavras-chave

Depressão pós-parto. Relação mãe-bebê. Apego. Desenvolvimento infantil.

## INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) se caracteriza pela ocorrência de um episódio depressivo maior frequentemente com início no período após o nascimento do bebê (O'HARA; MCCABE, 2013). Para o diagnóstico clínico da DPP, deverão estar presentes os mesmos sintomas dos critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior (por exemplo, humor deprimido, desinteresse em quase todas as atividades), com o especificador de início no periparto, ou seja, os sintomas de humor devem ter seu início ainda durante a gravidez ou nas quatro semanas seguintes ao parto (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A DPP também se distingue do período chamado *baby blues*, que se refere a alterações de humor (por exemplo, choro, tristeza, irritabilidade) comuns nas primeiras duas semanas após o parto e que normalmente desaparecem em alguns dias após esse período e sem qualquer intervenção (O'HARA, 2009; O'HARA; WISNER, 2014).

Uma metanálise realizada por O'Hara e Swain (1996) com base em 59 estudos, com um total de 12.810 participantes, concluiu que a prevalência de DPP é de aproximadamente 13%, e a variabilidade na taxa de prevalência reportada pelos diferentes estudos dependia do método usado para avaliar a DPP e do período após o parto em que essa avaliação ocorreu. Em outra revisão sistemática, que incluiu estudos que avaliaram mulheres com depressão durante a gravidez ou no primeiro ano após o parto usando uma entrevista clínica estruturada, os autores reportaram uma prevalência de 19,2% para episódios de depressão maior e menor nos três meses seguintes ao parto (7,2% de prevalência para depressão maior) (GAVIN *et al.*, 2005). No entanto, ainda que a grande maioria dos estudos avalie sintomas de DPP nos primeiros seis meses após o parto, diversas outras pesquisas continuam registrando taxas elevadas de prevalência de sintomas depressivos após esse período e até um

ano após o parto (GOODMAN, 2004). Outro dado relevante é que a prevalência de DPP é também maior em mulheres de países de baixa e média rendas, comparadas com mulheres de países de alta renda (WOODY *et al.*, 2017). Uma revisão de 15 estudos conduzidos no Brasil reportou taxas de prevalência de sintomas de DPP que variam de 7,2% a 42,8% nos primeiros seis meses após o parto, dependendo do tipo de população estudada, do instrumento usado e do período pós-parto para rastreamento de DPP (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011). Mais especificamente, uma maior porcentagem de mulheres assistidas em unidades básicas de saúde ou com um perfil socioeconômico baixo tinha tendência a apresentar níveis mais elevados de sintomas depressivos. Contudo, quando o diagnóstico de DPP era realizado por meio de uma entrevista clínica, por oposição ao preenchimento de um instrumento de rastreamento (por exemplo, Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo), a sua frequência era inferior e possivelmente mais aproximada da real ocorrência de DPP. Por fim, todos os estudos examinados avaliaram os sintomas de DPP nos primeiros seis meses após o nascimento do bebê, e taxas mais elevadas de sintomas depressivos tinham tendência a ocorrer nos primeiros três meses após o parto.

Os primeiros meses após o parto marcam um período de extrema importância na formação do vínculo emocional entre a mãe e o bebê (BORSA; DIAS, 2004). Por essa razão, é fundamental entender como a DPP pode afetar a interação da mãe com o bebê, podendo repercutir negativamente na qualidade dessa relação e, conseqüentemente, no desenvolvimento infantil. Nesse sentido, diversos estudos na literatura têm mostrado como a DPP interfere na disponibilidade física e emocional da mãe para interagir com o bebê e prestar cuidados sensíveis e adequados a ele (por exemplo, FIELD, 2010; MOEHLER *et al.*, 2006; SCHWENGBER; PICCININI, 2003; SLOMIAN *et al.*, 2019). De forma geral, mães deprimidas apresentam menos engajamento e sincronia durante a interação com os seus bebês, tendem também a ser menos responsivas e a mostrar afeto mais negativo quando interagem com seus bebês, por comparação a mães clinicamente saudáveis (SCHWENGBER; PICCININI, 2003). Moehler *et al.* (2006) observaram que mães que relatavam mais sintomas depressivos quatro meses após o parto também relatavam mais dificuldades no vínculo estabelecido com o seu bebê durante o primeiro ano de vida. Outras pesquisas também constataram que mães com DPP eram menos sensíveis e sintonizadas com os sinais e comportamentos dos seus bebês (MURRAY *et al.*, 1996) e tocavam menos e de forma mais negativa em seus bebês

(HERRERA; REISSLAND; SHEPHERD, 2004; MALPHURS *et al.*, 1996; MANTIS *et al.*, 2019). Assim, essas alterações tanto na disponibilidade física e emocional das mães quanto nos seus comportamentos interativos com o bebê têm o potencial de comprometer o desenvolvimento da relação e do vínculo emocional estabelecido entre a mãe e o bebê durante os primeiros meses de vida e, conseqüentemente, também a relação de apego, que se consolida no final do primeiro ano de vida.

O apego, que constitui um marco muito importante do desenvolvimento humano, caracteriza-se por um vínculo afetivo entre o bebê e um cuidador (por exemplo, mãe, pai), o qual se torna a figura de referência com quem o bebê irá procurar manter proximidade física e contato e buscar segurança em momentos de aflição e estresse (BOWLBY, 1984; WATERS *et al.*, 2002). O apego está diretamente ligado ao investimento parental, pois é a partir dos sinais emitidos pelo bebê e da resposta dos pais que se formará o vínculo, e o tipo de apego desenvolvido pelos bebês depende da qualidade dos cuidados que recebem. Dessa forma, um apego seguro – em que o bebê confia no cuidador e recorre a ele em situações de estresse – depende da capacidade de a mãe/o pai mostrar-se sensível às comunicações do bebê (por exemplo, choro, olhar, vocalizações, comportamento), percebendo e interpretando corretamente esses sinais, e dando uma resposta contingente e adequada a essas mesmas necessidades e comunicações (AINSWORTH *et al.*, 1978; DE WOLFF; IJENDOORN, 1997). A esse respeito, estudos anteriores mostraram que os bebês de mães com DPP apresentam maior risco de desenvolver um padrão de apego inseguro – caracterizado por respostas de evitamento ou ambivalência em relação ao cuidador – quando comparados com bebês de mães clinicamente saudáveis (MCMAHON *et al.*, 2006; MURRAY, 1992; RIGHETTI-VELTEMA; BOUSQUET; MANZANO, 2003).

Além das dificuldades causadas na qualidade da interação e do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, o contexto da DPP também tem sido associado a um prognóstico adverso do desenvolvimento infantil. Recentemente, uma revisão sistemática da literatura, conduzida por Slomian *et al.* (2019), examinou 73 estudos que investigaram as conseqüências da DPP em diferentes dimensões do desenvolvimento infantil. Os autores concluíram que níveis mais elevados de sintomas maternos de DPP estão relacionados a maiores queixas quanto à saúde física, atrasos no desenvolvimento cognitivo, piores habilidades linguísticas, mais dificuldades emocionais, menos engajamento em interações sociais, mais problemas de comportamento e temperamento mais difícil por

parte dos bebês ou crianças. No entanto, esse efeito da DPP no desenvolvimento infantil ocorre não só de forma direta, por meio da exposição aos sintomas depressivos da mãe, mas também indireta, por meio do impacto que a DPP tem no comportamento materno e na sua responsividade e capacidade de prestar cuidados adequados e sensíveis ao bebê (MURRAY; COOPER, 1997; SLOMIAN *et al.*, 2019).

A grande maioria dos estudos tende a avaliar a DPP principalmente nos primeiros seis meses após o nascimento do bebê. No entanto, como referido anteriormente, níveis ainda elevados de sintomas depressivos têm sido registrados até o final do primeiro ano de vida. Além disso, a presença de sintomas de DPP, e não estritamente de um diagnóstico de DPP, é um fator importante a ser avaliado, na medida em que tal diagnóstico depende do acesso a cuidados de saúde mental que envolve inúmeros aspectos, principalmente disponibilidade de equipamentos (barreira estrutural), estigma/preconceito, assim como a própria conceituação da doença (BONFIM *et al.*, 2013; MARTIN *et al.*, 2012).

Por esse motivo, faz-se importante entender como a presença de sintomas de DPP no segundo semestre do primeiro ano de vida do bebê pode afetar o vínculo afetivo mãe-bebê, em um período do desenvolvimento no qual a relação de apego entre a díade começa a se consolidar. Assim, o presente estudo tem como objetivo examinar a relação entre a DPP e a qualidade da relação de apego mãe-bebê. Colocamos como hipótese que as mães que apresentam mais sintomas de DPP também relatariam mais dificuldades em estabelecer um vínculo emocional de qualidade com o seu bebê.

## MÉTODOS

### Participantes

O presente trabalho é um estudo descritivo quantitativo de natureza correlacional, em que a amostra foi de conveniência e composta por 23 mães, entre 21 e 39 anos de idade ( $M = 30,38$ ,  $DP = 5,19$ ), com bebês entre 6 meses e 1 ano de idade. Foram incluídas mães com idade igual ou superior a 18 anos de idade, sem complicações médicas graves durante a gravidez, cujos bebês nasceram com 37 a 42 semanas de gestação (prematuros tardios – entre 34 a menos de 37 semanas de gestação – foram incluídos, desde que com peso à nascença adequado e sem complicações médicas graves). Duas mães foram excluídas da amostra por não cumprirem o critério de inclusão relativo à idade

do bebê. Em um dos casos, o bebê tinha mais de 1 ano de idade e, no outro caso, uma imprecisão na data de nascimento não permitiu saber a idade correta do bebê.

## Instrumentos

As mães responderam via *on-line* a três questionários estruturados descritos a seguir.

O questionário de informações sociodemográficas, desenvolvido pelas pesquisadoras do estudo, permitiu a coleta de informações relativas ao estado de saúde do bebê ao nascer (sexo, peso, complicações médicas) e de dados sobre a mãe (por exemplo, idade, nível de escolaridade completo, estado civil), a gravidez e o parto (intercorrências, tipo de parto).

A Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987), validada para a população brasileira por SANTOS *et al.* (2007), foi aplicada para rastreamento de sintomas de DPP na mãe. É um questionário de relato materno composto por dez itens aos quais a mãe responde atendendo à presença e intensidade de cada sintoma apresentado nos últimos sete dias (por exemplo, “Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas”, “Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado”). Cada item pode receber uma pontuação de 0 a 3, pelo que a pontuação global da escala poderá variar entre 0 e 30 pontos. Um escore  $\geq 10$  indica probabilidade elevada de DPP. Para efeitos da análise dos dados, será usada a variável no seu formato intervalar, que pode variar de 0 a 30 pontos.

A Escala de Ligação Materna Pós-natal (Maternal Postnatal Attachment Scale) (CONDON; CORKINDALE, 1998), traduzida para o Brasil por Gemignani, Mateus e Osório (2019), é um questionário de relato materno que avalia a relação emocional de apego da mãe com o seu bebê durante o primeiro ano de vida. O questionário é composto por 19 itens que recebem uma codificação de 1 a 5 pontos, em que 1 indica baixa qualidade da relação de apego e 5 corresponde a uma elevada qualidade da relação de apego, podendo o escore total da escala variar de 19 a 95 pontos. Os itens avaliam a qualidade da relação de apego precoce entre a mãe e o bebê em quatro dimensões: oito itens avaliam o *prazer na proximidade com o bebê* (por exemplo, “Eu procuro envolver-me o máximo possível enquanto brinco com o bebê”), três avaliam *tolerância* por parte da mãe (por exemplo, “Quando eu estou cuidando do bebê, tenho a sensação de que a criança está sendo deliberadamente difícil ou ten-

tando me chatear”), três itens se referem à *aceitação do bebê* (por exemplo, “Cuidar deste bebê é um fardo pesado de responsabilidade”) e, por fim, cinco itens avaliam o *sentido de competência e confiança no seu papel como mãe do bebê* (por exemplo, “Eu confio em meu próprio julgamento ao decidir do que o bebê precisa”). Para efeitos de análise dos dados, foi calculado o escore total da escala, bem como das diferentes dimensões que engloba.

## Procedimento

Este estudo inclui-se no âmbito de um projeto de pesquisa mais amplo sobre o desenvolvimento social e emocional precoce e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 02631818.1.0000.0084). Para efeitos deste estudo, a coleta de dados foi realizada por meio do preenchimento de um formulário *on-line* (Google Forms) divulgado em grupos nas redes sociais ligados à maternidade. Quando acessado o formulário, numa primeira tela era apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informava os objetivos do estudo, o que avaliavam os questionários a preencher e aspectos éticos do estudo. No final dessa tela, as mães tinham a opção de aceitar participar do estudo, a qual, quando selecionada, permitia o acesso aos instrumentos do estudo para preenchimento.

## Análise dos dados

Após a tabulação dos dados coletados, foram realizadas análises descritivas sobre perfil sociodemográfico dos participantes e da pontuação obtida nos questionários. Em seguida, com o *software* IBM SPSS Statistics 20.0, realizou-se o teste estatístico de correlação de Spearman para examinar a associação entre os sintomas de DPP materna e a qualidade da relação emocional de apego da mãe com o seu bebê. A magnitude dos efeitos foi interpretada de acordo com os critérios de Cohen (1992).

## RESULTADOS

Na Tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas da amostra. Assim, 69,6% das mães eram de cor branca ( $n = 16$ ), estavam empregadas ( $n = 15$ , 65,2%), das quais 11 (47,8%) trabalhavam em tempo integral e estavam casadas ( $n = 15$ , 65,2%). Aproximadamente 78% das mães ( $n = 18$ ) eram primíparas. Por sua vez, os bebês tinham em média 9 meses de

idade ( $DP = 2,17$ ), 69,6% eram de cor branca ( $n = 16$ ) e do sexo masculino ( $n = 15$ , 65,2%). Mais de 75% das mães informaram que não tiveram intercorrências na gravidez e no parto, o qual foi cesárea para 17 mães (73,9%).

**Tabela 1** ■ Características da amostra

|                                  | <b>n (%)</b> | <b>Mín.-Máx.</b> | <b>M (DP)</b> |
|----------------------------------|--------------|------------------|---------------|
| <b>Mãe</b>                       |              |                  |               |
| Idade (anos)                     |              | 21-39            | 30,38 (5,19)  |
| Cor                              |              |                  |               |
| Branca                           | 16 (69,6)    |                  |               |
| Negra                            | 1 (4,3)      |                  |               |
| Parda                            | 6 (26,1)     |                  |               |
| Escolaridade                     |              |                  |               |
| Ensino médio/superior incompleto | 9 (39,1)     |                  |               |
| Ensino superior completo         | 9 (39,1)     |                  |               |
| Pós-graduação                    | 5 (21,7)     |                  |               |
| Situação profissional            |              |                  |               |
| Empregada                        | 15 (65,2)    |                  |               |
| Desempregada                     | 8 (34,8)     |                  |               |
| Estado civil                     |              |                  |               |
| Casada                           | 15 (65,2)    |                  |               |
| Solteira                         | 8 (34,8)     |                  |               |
| Primípara                        | 18 (78,3)    |                  |               |
| Horas/dia com o bebê             |              | 3,5-24           | 17,63 (8,21)  |
| <b>Bebê</b>                      |              |                  |               |
| Idade (meses)                    |              | 5,73-12,87       | 8,94 (2,17)   |
| Sexo masculino                   | 15 (65)      |                  |               |
| Cor                              |              |                  |               |

(continua)

**Tabela 1** ■ Características da amostra (continuação)

|                                       | <b>n (%)</b> | <b>Mín.-Máx.</b> | <b>M (DP)</b> |
|---------------------------------------|--------------|------------------|---------------|
| Branco                                | 16 (69,6)    |                  |               |
| Negro                                 | 1 (4,3)      |                  |               |
| Pardo                                 | 5 (21,7)     |                  |               |
| Asiático                              | 1 (4,3)      |                  |               |
| Idade gestacional (semanas)           |              | 36-41            | 38,87 (1,22)  |
| Peso ao nascer (gramas)               |              | 2.241-4.635      | 3.175 (588)   |
| <b>Gravidez e parto</b>               |              |                  |               |
| Gravidez planejada (sim)              | 11 (47,8)    |                  |               |
| Intercorrências na gravidez (não)     | 18 (78,3)    |                  |               |
| Intercorrências no parto (não)        | 22 (95,7)    |                  |               |
| Tipo de parto                         |              |                  |               |
| Normal                                | 6 (26,1)     |                  |               |
| Cesárea                               | 17 (73,9)    |                  |               |
| <b>Família</b>                        |              |                  |               |
| Número de pessoas que vivem na casa   |              | 2-5              | 3,22 (0,79)   |
| História de doença genética (não)     | 18 (78,3)    |                  |               |
| História de doença psiquiátrica (não) | 17 (73,9)    |                  |               |

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A seguir são relatados os achados descritivos das principais variáveis deste estudo – sintomas de DPP e relação de apego mãe-bebê –; neste último caso, são reportados o escore total da escala da relação de apego e os escores de cada uma das dimensões da relação de apego avaliadas (prazer na proximidade, tolerância, aceitação e sentido de competência). É possível observar que os escores da escala de DPP variaram de 1 a 29 pontos, com uma média de 9,17 pontos ( $DP = 6,95$ ), indicando, dessa forma, a presença na amostra de mães com níveis de sintomas compatíveis com DPP. Considerando o ponto de corte de escore  $\geq 10$  no questionário, oito mães (34,8%) reportaram sintomas que indicam probabilidade elevada de DPP. Além disso, não foi encontrada

qualquer associação estatisticamente significativa entre os sintomas de DPP e a idade materna,  $r_s = -0,34$ ,  $p = 0,130$ , ou o tipo de parto,  $r_{pb} = -0,07$ ,  $p = 0,739$ .

Quanto à relação de apego, as mães na amostra obtiveram uma média de 81,90 pontos ( $PD = 10,90$ ) entre 95 pontos possíveis na escala, refletindo, assim, uma elevada qualidade da relação de apego emocional mãe-bebê. Mais especificamente, essa relação de apego se traduziu em elevado prazer na proximidade com o bebê ( $M = 36,03$ ,  $PD = 4,46$ ), elevado sentimento de aceitação ( $M = 10,41$ ,  $PD = 3,60$ ) e tolerância para com o bebê ( $M = 13,32$ ,  $PD = 2,48$ ), bem como elevado sentido de competência como mãe daquele bebê ( $M = 22,13$ ,  $PD = 3,17$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2** ■ Descritivos dos escores de DPP e relação de apego mãe-bebê

|                                 | Mín.-Máx. | M (DP)        |
|---------------------------------|-----------|---------------|
| Sintomas de depressão pós-parto | 1-29      | 9,17 (6,95)   |
| Relação de apego mãe-bebê       | 42,9-95   | 81,90 (10,90) |
| Prazer na proximidade           | 22,9-40   | 36,03 (4,46)  |
| Aceitação                       | 3-15      | 10,41 (3,60)  |
| Tolerância                      | 4-15      | 13,32 (2,48)  |
| Sentido de competência          | 13-25     | 22,13 (3,17)  |

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Por último, foi examinada a associação entre os sintomas de DPP e a qualidade da relação de apego mãe-bebê segundo o relato materno (Tabela 3). De forma geral, observou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre sintomas de DPP e qualidade do apego emocional mãe-bebê,  $r_s = -0,68$ ,  $p < 0,001$  (efeito grande). Mais especificamente, verificou-se uma associação estatisticamente significativa com as seguintes dimensões da relação de apego: aceitação do bebê por parte da mãe,  $r_s = -0,59$ ,  $p = 0,003$  (efeito grande), tolerância do comportamento do bebê,  $r_s = -0,44$ ,  $p = 0,035$  (efeito médio grande) e sensação de competência parental,  $r_s = -0,59$ ,  $p = 0,003$  (efeito grande). Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre sintomas de DPP e o prazer na proximidade com o bebê,  $r_s = -0,33$ ,  $p = 0,119$  (efeito médio). De forma geral, os resultados mostraram que quanto mais sintomas de DPP, menos aceitação e tolerância com o bebê e baixa sensação de competência parental eram relatadas pelas mães.

**Tabela 3** Correlação Spearman entre os sintomas de DPP e a relação de apego mãe-bebê

|                           | Sintomas depressão pós-parto |
|---------------------------|------------------------------|
| Relação de apego mãe-bebê | -0,68***                     |
| Prazer na proximidade     | -0,33                        |
| Aceitação                 | -0,59**                      |
| Tolerância                | -0,44*                       |
| Sentido de competência    | -0,59**                      |

\*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

Fonte: Elaborada pelas autoras.

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo examinar a associação entre sintomas de DPP materna e a qualidade da relação de apego mãe-bebê, segundo o relato materno. Tal como esperado, os resultados mostraram que mais sintomas de DPP estavam associados a uma pior percepção da qualidade da relação de apego mãe-bebê, estando principalmente afetada a aceitação do bebê pela mãe, a tolerância da mãe para com o comportamento do bebê e o sentido de confiança e competência maternas. Os resultados obtidos corroboram a hipótese, formulada com base em estudos com mães deprimidas no período pós-parto, de que quanto mais intensos os sintomas de DPP, maiores as dificuldades em estabelecer um vínculo afetivo com os seus bebês.

Esses resultados mostram como a saúde mental da mãe nos meses seguintes ao nascimento, e pelo menos até final do primeiro ano de vida, está fortemente ligada à forma como a própria mãe percebe a qualidade da relação emocional que estabeleceu com o seu bebê. Estudos epidemiológicos de coorte têm revelado ainda que essa associação e suas consequências costumam se estender até a adolescência (HAMMERTON *et al.*, 2015). A literatura vem mostrando também como a DPP pode afetar negativamente a qualidade da interação mãe-bebê. Mais especificamente, mães com depressão tendem a ter mais dificuldades em se ligar emocionalmente ao seu bebê, engajando-se menos na interação com o bebê ou estabelecendo interações assíncronas (por exemplo, SCHWENGBER; PICCININI, 2003), o que certamente fará com que

as mães se sintam menos confiantes e competentes no desempenho do seu papel de mãe. Além disso, quando as mães se tornam emocionalmente menos disponíveis para os seus bebês, tendo mais dificuldades em reconhecer os sinais e as necessidades deles, interpretá-los e responder a eles adequadamente (por exemplo, choro) ou percebendo o seu bebê como sendo mais difícil do que a maioria, tal situação pode contribuir para um agravamento dos sintomas depressivos e fragilizar ainda mais a relação afetiva com o bebê.

Como algumas pesquisas vêm mostrando, a DPP impacta o comportamento da mãe durante a interação com o bebê – elas tocam menos frequentemente em seus bebês ou o fazem de forma menos positiva (como toque lúdico/estimulante) – (por exemplo, MALPHURS *et al.*, 1996; MANTIS *et al.*, 2019), sendo menos responsivas aos sinais do bebê durante a interação ou mostrando afeto mais negativo (SCHWENGBER; PICCININI, 2003). Essas características interativas são fundamentais para o estabelecimento de uma relação afetiva positiva e saudável, principalmente durante os primeiros meses de vida, em que a relação mãe-bebê se desenvolve por meio do toque materno, do contato ocular entre a mãe e o bebê, do sorriso, da linguagem materna, das expressões faciais e da atenção aos movimentos e às comunicações do bebê. Por sua vez, a pesquisa ainda mostra como o comportamento interativo materno de mães com DPP repercute no comportamento dos bebês, os quais tendem a apresentar também comportamentos menos positivos (por exemplo, sorriem menos) e menor engajamento durante a interação (MALPHURS *et al.*, 1996). Assim, a interação com mães com DPP pode influenciar negativamente o nível de envolvimento e comportamento interativo do bebê, aumentando o risco de desenvolver uma relação de apego do tipo inseguro com a sua mãe (RIGHETTI-VELTEMA; BOUSQUET; MANZANO, 2003).

Como este estudo apresenta algumas limitações, é necessário cuidado em generalizar os resultados obtidos, principalmente pelo perfil da amostra com tamanho reduzido e com características sociodemográficas restritas (na sua maioria, mães de cor branca, empregadas, casadas, primíparas, de nível educacional elevado, com acesso à internet e possivelmente com melhores condições financeiras), o que não representa de forma fidedigna a realidade brasileira. Como próximo passo, recomenda-se, portanto, replicação deste estudo com uma amostra maior e mais heterogênea, que possa melhor expressar a diversidade sociocultural e econômica da população brasileira, ampliando

a generalização externa dos achados da presente pesquisa. Além disso, diversos estudos mostraram que diferentes fatores, como a ausência de apoio emocional adequado durante a gravidez, ser mãe solteira ou mãe adolescente, ter baixa escolaridade, dificuldades econômicas ou histórico de distúrbios psicológicos ou psiquiátricos podem aumentar a probabilidade de ocorrência de sintomas depressivos após o parto (por exemplo, KONRADT *et al.*, 2011; MORAIS *et al.*, 2015; O'HARA; SWAIN, 1996; SEGRE *et al.*, 2007). Assim, seria importante que pesquisas futuras investigassem também potenciais fatores de risco para a ocorrência de sintomas depressivos no período pós-parto, bem como potenciais fatores protetores que possam atenuar o impacto da DPP na relação de apego mãe-bebê. Além disso, todos os questionários resultaram de relato materno, pelo que seria interessante avaliar a qualidade da relação de apego mãe-bebê por meio de outra fonte de informação, como observar o comportamento da mãe na interação direta com o seu bebê. Por fim, a inclusão de mães com bebês entre seis meses e um ano de idade implica diferentes níveis no desenvolvimento da relação afetiva mãe-bebê, em alguns casos possivelmente já consolidada e em outros casos, ainda em construção. Ainda que nossos resultados tenham mostrado que, de forma geral, os sintomas de DPP afetam negativamente a percepção materna sobre a qualidade da relação emocional mãe-bebê, seria importante que novos estudos pudessem explicar se esse impacto se manifestaria da mesma forma em diferentes fases do desenvolvimento da relação mãe-bebê.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tem implicações no nível de políticas públicas para a infância, alertando para o impacto dos sintomas de DPP no estabelecimento de um vínculo emocional mãe-bebê saudável e positivo durante o primeiro ano de vida. Dessa forma, torna-se importante o rastreamento precoce de sintomas de depressão, ainda mesmo na gestação e durante o primeiro ano pós-parto, de modo a identificar mães que possam apresentar mais fatores de risco para a ocorrência de DPP e assim fortalecer as redes de apoio social e emocional, bem como disponibilizar intervenções multidisciplinares, com o propósito de minimizar o impacto que a DPP tem na relação mãe-bebê e fortalecer o vínculo entre ambos desde o nascimento.

# The association between symptoms of postpartum depression and quality of mother-infant attachment relationship

## Abstract

The literature has shown that postpartum depression may significantly compromise the development of early mother-infant affective bonding. The present work aimed to examine the association between mothers' report of postpartum depression symptoms and the quality of mother-infant early attachment relationship. Participants were 23 mothers whose infants were six months to one year of age. Mothers completed a sociodemographic questionnaire, the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Maternal Postnatal Attachment Scale. A significant negative correlation emerged between maternal postpartum depression symptoms and the quality of mother-infant affective bonding ( $-0,68$ ;  $p < 0,001$ ). More specifically, the study showed that more postpartum depression symptoms were related to less acceptance ( $-0,59$ ;  $p = 0,003$ ) and tolerance ( $-0,44$ ;  $p = 0,035$ ) from the mother towards the baby, and lower sense of competence ( $-0,59$ ;  $p = 0,003$ ) reported by the mothers. The findings are consistent with previous studies showing that depressed mothers in the postpartum period may exhibit more difficulties in establishing high quality attachment relationships with their infants.

## Keywords

Postpartum depression. Mother-infant relationship. Attachment. Infant development.

# Asociación entre los síntomas de depresión posparto y la calidad de la relación de apego madre-bebé

## Resumen

Este artículo tiene como objetivo examinar la asociación entre el informe materno de los síntomas de depresión posparto y la calidad de la relación emocional temprana entre las madres y su bebé. Veintitrés madres con bebés de 6 meses a 1 año, participaron en este estudio transversal. Las madres completaron un cuestionario sociodemográfico, la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y la Escala de Vinculación Madre Postnatal. Se observó una correlación negativa estadísticamente significativa entre los

síntomas de depressión posparto y la calidad del vínculo emocional madre-bebé ( $-0,68$ ;  $p < 0,001$ ). Más específicamente, el estudio mostró que los síntomas más altos de depressión posparto se asociaron con menos aceptación ( $-0,59$ ;  $p = 0,003$ ) y tolerancia ( $-0,44$ ;  $p = 0,035$ ) con el bebé, y un menor sentido de competencia ( $-0,59$ ;  $p = 0,003$ ) reportado por las madres, corroborando la hipótesis de que las madres deprimidas muestran relaciones de apego de menor calidad con sus bebés.

### Palabras clave

Depresión posparto. Relación madre-bebé. Apego. Desarrollo infantil.

## REFERÊNCIAS

AINSWORTH, M. D. *et al.* *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1978.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BONFIM, I. G. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 45, p. 287-300, 2013. DOI: 10.1590/s1414-32832013005000012

BORSA, J. B.; DIAS, A. C. Relação mãe e bebê: as expectativas e vivências do puerpério. *Revista Perspectiva*, v. 28, n. 102, p. 39-53, 2004.

BOWLBY, J. *Apego*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

COHEN, J. A power primer. *Psychological Bulletin*, v. 112, v. 1, p. 155-159, 1992. DOI: 10.1037/0033-2909.112.1.155

CONDON, J. T.; CORKINDALE, C. J. The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, v. 16, n. 1, p. 57-76, 1998. DOI: 10.1080/02646839808404558

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, v. 150, n. 6, p. 782-786, 1987. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782

DE WOLFF, M. S.; IJZENDOORN, M. H. van. Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, v. 68, n. 4, p. 571-591, 1997. DOI: 10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218.x

FIELD, T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, v. 33, n. 1, p. 1-6, 2010. DOI: 10.1016/j.infbeh.2009.10.005

GAVIN, N. I. *et al.* Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, v. 106, n. 51, p. 1071-1083, 2005. DOI: 10.1097/01.aog.0000183597.31630.db

GEMIGNANI, T.; MATEUS, V.; OSÓRIO, A. *Escala de Ligação Materna Pós-natal* [instrumento de medida]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2019. (Manuscrito não publicado).

GOODMAN, J. H. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, v. 33, n. 4, p. 410-420, 2004. DOI: 10.1177/0884217504266915

HAMMERTON, G. *et al.* Association between maternal depression symptoms across the first eleven years of their child's life and subsequent offspring suicidal ideation. *Plos One*, v. 10, n. 7, p. e0131885, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0131885

HERRERA, E.; REISSLAND, N.; SHEPHERD, J. Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders*, v. 81, n. 1, p. 29-39, 2004. DOI: 10.1016/j.jad.2003.07.001

KONRADT, C. E. *et al.* Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011. DOI: 10.1590/s0101-81082011005000010

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011. DOI: 10.1590/s1519-38292011000400003

MALPHURS, J. *et al.* Touch by intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Infant and Child Development*, v. 5, n. 2, p. 111-115, 1996. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0917(199606)5:2<111::AID-EDP122>3.0.CO;2-%23

MANTIS, I. *et al.* Depressed and non-depressed mothers' touching during social interactions with their infants. *Developmental Cognitive Neuroscience*, v. 35, p. 57-65, 2019. DOI: 10.1016/j.dcn.2018.01.005

MARTIN, D. *et al.* Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 43, p. 885-899, 2012. DOI: 10.1590/s1414-32832012000400003

MCMAHON, C. A. *et al.* Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 47, n. 7, p. 660-669, 2006. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2005.01547.x

MOEHLER, E. *et al.* Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, v. 9, n. 5, p. 273-278, 2006. DOI: 10.1007/s00737-006-0149-5

- MORAIS, M. L. S. *et al.* Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia*, v. 20, n. 1, p. 40-50, 2015. DOI: 10.5935/1678-4669.20150006
- MURRAY, L. The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 33, n. 3, p. 543-561, 1992. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x
- MURRAY, L.; COOPER, P. J. Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, v. 77, n. 2, p. 99-101, 1997. DOI: 10.1136/adc.77.2.99
- MURRAY, L. *et al.* The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, v. 67, n. 5, p. 2512-2526, 1996. DOI: 10.2307/1131637
- O'HARA, M. W. Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, v. 65, n. 12, p. 1258-1269, 2009. DOI: 10.1002/jclp.20644
- O'HARA, M. W.; MCCABE, J. E. Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 9, n. 1, p. 379-407, 2013. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- O'HARA, M. W.; SWAIN, A. M. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, v. 8, n. 1, p. 37-54, 1996. DOI: 10.3109/09540269609037816
- O'HARA, M. W.; WISNER, K. L. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 28, n. 1, p. 3-12, 2014. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
- RIGHETTI-VELTEMA, M.; BOUSQUET, A.; MANZANO, J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v. 12, n. 2, p. 75-83, 2003. DOI: 10.1007/s00787-003-0311-9
- SANTOS, I. S. *et al.* Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, 2007. DOI: 10.1590/s0102-311x2007001100005
- SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003. DOI: 10.1590/S1413-294X2003000300007
- SEGRE, L. S. *et al.* The prevalence of postpartum depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 42, n. 4, p. 316-321, 2007. DOI: 10.1007/s00127-007-0168-1
- SLOMIAN, J. *et al.* Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, v. 15, p. 1-55, 2019. DOI: 10.1177/1745506519844044

WATERS, E. *et al.* Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: work(s) in progress. *Attachment & Human Development*, v. 4, n. 2, p. 230-242, 2002. DOI: 10.1080/14616730210154216

WOODY, C. *et al.* A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, v. 219, p. 86-92, 2017. DOI: 10.1016/j.jad.2017.05.003