

A Saúde da Mulher: A Chave para uma Abordagem Bi-Generacional da Saúde e do Desenvolvimento da Criança

BARRY ZUCKERMAN, M.D., F.A.A.P.

Boston Medical Center, Boston University School of Medicine

Saúde mental materna e desenvolvimento infantil

Os conhecimentos crescentes sobre os efeitos adversos da depressão materna sobre a saúde da criança demonstram que o impacto da saúde da mulher sobre o desenvolvimento dos seus filhos se estende muito para além da gravidez e do parto (Zuckerman e Beardslee, 1987). A depressão grave, definida como um sentimento intenso e persistente de tristeza, um vazio emocional e a perda de prazer e interesse pela vida, ocorre em 3 por cento dos homens adultos e 4 a 9 por cento das mulheres adultas. As crianças nascidas de mães deprimidas têm um maior risco de baixo peso e de irritabilidade ao nascer (Zuckerman e col., 1990) e de problemas do sono durante a infância (Zuckerman e col., 1987). Aos 3 meses de idade, a criança responde negativamente se a sua mãe simular um estado depressivo (Cohn e Tronick, 1983). Na idade pré-escolar, as crianças de mães deprimidas apresentam problemas emocionais, problemas comportamentais, sintomas psicossomáticos, e maior índice de acidentes. Na idade escolar e na adolescência, as crianças de mães deprimidas têm um maior risco de depressão, défice de atenção e hiperactividade e outros problemas do comportamento e da aprendizagem (Zuckerman e Beardslee, 1987).

A depressão dos pais pode afectar a criança através de vários mecanismos. Os estudos de gémeos demonstraram a predisposição genética para a depressão (Nurnberger e Gershon, 1982). Para além disso, pais deprimidos têm maiores dificuldades em criar os seus filhos que os não deprimidos. A depressão materna pode interferir com a capacidade da mãe para responder de forma adequada às necessidades do seu filho. A forma como a mãe responde às solicitações do seu bebé é importante para o desenvolvimento da linguagem, da capacidade para resolver problemas (Clarke-Stewart, 1973) e para as trocas sociais com os seus pares (Waters e col., 1979). As mães deprimidas de crianças de 4 meses são

descritas como sendo menos espontâneas, menos alegres, vocalizando menos e fazendo menos contacto físico que mães não deprimidas (Sameroff e col., 1982). Com algumas excepções, as interacções de mães deprimidas com as suas crianças dos 0 aos 3 anos de idade (Mills e col., 1985) são menos recíprocas. As mães deprimidas têm dificuldade na regulação emocional, na separação e na individualização, e têm menos tendência para encorajar a criança e dar-lhe reforço positivo. Têm tendência para disciplinar de forma inconsistente, para ameaçar com castigos sem os infligir e para fazer promessas que não cumprem (Susman e col., 1985). Estes comportamentos podem significar falta de confiança, preocupação consigo próprias ou falta de memória, todas elas características da depressão. O afecto de uma mãe deprimida parece desencadear angústia em bebés e crianças jovens.

A depressão pode ser tratada eficazmente com medicamentos e com psicoterapia. As mulheres com depressão dos afectos ou que manifestam desespero, falta de energia, falta de interesse e demasiados sentimentos de culpa precisam de uma avaliação da sua saúde mental e de tratamento. Uma colaboração estreita entre a saúde mental, a saúde infantil, o apoio familiar, a visita domiciliária e outras estruturas comunitárias ao serviço das famílias com bebés e crianças jovens poderá proporcionar uma assistência eficaz às famílias em que um dos pais está deprimido. Os médicos da criança e da família podem ajudar uma mãe deprimida a perceber as causas sociais da sua depressão, como o isolamento, a falta de recursos financeiros, os problemas habitacionais e a discórdia do casal. O acesso aos serviços de visita domiciliária pode ser particularmente benéfico. Num estudo controlado e aleatório de visitas domiciliárias a mães deprimidas e seus bebés, verificou-se que os bebés que beneficiaram das visitas domiciliárias tinham scores desesenvolvimentais mais elevados e tinham maiores probabilidades para terem uma boa ligação com a sua mãe

aos 12 meses que bebês de mães deprimidas que não tiveram visitas domiciliares (Lyons-Ruth e col., 1990).

A violência doméstica – um problema bi-geracional

A segurança, um aspecto fundamental da saúde da mulher, é inviabilizada quando há violência doméstica. Apesar das mulheres serem as principais vítimas da violência doméstica, esta também afecta a saúde das crianças, tanto de forma directa como indirecta. Ser testemunha de cenas de violência em casa pode ser tão traumatizante para as crianças – incluindo bebês e crianças muito jovens – como serem elas próprias vítimas de violência. O Projecto da Criança como Testemunha de Violência do Centro Médico de Boston observou sintomas associados a Stress Traumático (ZERO TO THREE, 1994) em crianças com apenas 20 meses (Groves, 1996). As crianças que são testemunhas de violência estão em maior risco de desenvolver uma situação de Stress Traumático se tiverem uma relação estreita com a vítima ou com o agressor, e se se sentirem vulneráveis à agressão (Zeanah e Scheeringa, 1996). As crianças que são testemunhas de violência doméstica preenchem todos estes critérios.

A função parental constitui sempre um desafio, em quaisquer circunstâncias. Contudo, se a mãe for vítima de violência doméstica (como acontece em 95% dos casos), as dificuldades tomam outra dimensão. Enquanto vítima, a mãe pode estar tão preocupada com a sua segurança e a sua sobrevivência que é incapaz de avaliar correctamente as necessidades e os estados mentais do seu filho. Pode desenvolver sintomas de Stress Pós-Traumático, depressão e/ou perturbações emocionais. A sua capacidade para estar em sintonia afectiva com o seu filho é perturbada. À medida que ela se vai tornando mais insensível à violência na sua vida, ela vai sub-estimando cada vez mais o impacto que essa violência exerce sobre os seus filhos.

Tal como sublinhou Betsy McAlister Groves, directora do Projecto da Criança como Testemunha de Violência, os técnicos de saúde mental, os professores e os prestadores de cuidados de saúde não são capazes de ajudar, por si sós, as famílias afectadas pela violência doméstica. A complexidade das situações familiares exige uma abordagem multi-disciplinar, incluindo a jurídica, de modo a restabelecer a segurança e a estabilidade, e a trabalhar terapêuticamente com a mãe e com as crianças. Os profissionais envolvidos neste trabalho devem estar conscientes das nossas dificuldades.

Quer estejamos a proporcionar terapia a uma família, a facultar serviços de protecção para as crianças, a referenciar as mães a grupos de suporte ou abrigos, ou a ajudar as mães através dos serviços de saúde infantil, temos que nos mostrar disponíveis para as mães, oferecendo-lhes de forma consistente o nosso apoio e a nossa

confiança nelas quanto a saberem o que é melhor para si e para os seus filhos (Groves, 1996).

O consumo de álcool e drogas

As mães que ingerem álcool em excesso, que consomem drogas psico-activas e que fumam tabaco durante a gravidez prejudicam a saúde do seu bebê (Zuckerman e Bresnahan, 1991). Apesar da maior parte dos estudos incidir sobre o consumo destas substâncias durante a gravidez, a continuação do seu consumo por parte da mãe de drogas e tabaco pode afectar a saúde do seu filho durante toda a sua infância. Por exemplo, as crianças expostas ao fumo do tabaco durante os dois primeiros anos de vida aumenta o risco de constipações, otites, problemas respiratórios (sobretudo asma), síndrome de morte súbita do lactente e problemas comportamentais (Schoendorf e Kiely, 1992; Weitzman e col., 1990; Chilmouczyk e col., 1993).

Qual a melhor estratégia de tratamento de pais que fumam? As pastilhas de nicotina (Lam e col., 1987) e os pensos de nicotina (Medical Letter, 1992b) são inapropriados para grávidas, mas podem ajudar as mães a deixar de fumar depois do bebês nascer, ou o pai em qualquer altura.

A adicção dos pais ao álcool e/ou a outras drogas afecta a saúde das crianças muito para além da gestação. O alcoolismo constitui a adicção familiar mais comum; aproximadamente uma em cada seis ou oito crianças tem um pai ou uma mãe alcoólicos. Apesar dos efeitos pré-natais do abuso de álcool serem importantes (síndrome alcoólico fetal), as crianças de pais alcoólicos estão em maior risco de sofrer acidentes (Bijur e col., 1992), incluindo os acidentes de automóvel (Margolis e col., 1986); de serem internados em hospitais por causas diversas (Fundação dos Filhos de Alcoólicos, 1988); de depressão e baixa auto-estima (Roosa e col., 1988). As mães consumidoras de álcool ou drogas concentram todas as suas atenções na droga da sua escolha, e não nos seus filhos. Organizam a sua vida para a obtenção das drogas, e não para cuidar dos seus filhos em casa ou levá-los às consultas de saúde infantil ou à escola. As mulheres toxicodependentes utilizam muitas vezes as drogas para não sentirem ansiedade ou vergonha. Ao tentarem não sentir nada, tornam-se incapazes de se relacionar com os seus bebês ou de responder às suas necessidades (Brooks, Kaplan-Sanoff e Zuckerman, 1992). Visto que as mães que consomem substâncias ou que estão em recuperação podem estar muito receptivas a abordagens que reconhecem a sua preocupação com a saúde e o bem estar dos seus filhos, estamos neste momento a estudar a eficácia da inclusão de acções dirigidas ao abuso de substâncias por parte das mães no contexto dos cuidados pediátricos primários.